

福岡県医師会 第2029号(保)

平成16年 2月16日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関 原 敬次郎



中医協諮問書および答申書の送付について

平成16年4月1日実施予定の社会保険診療報酬点数表の改定について、2月13日開催の中央社会保険医療協議会総会において、諮問・答申が行われましたので、その関係書類をお送りいたします。

なお、診断群分類（DPC）に関する諮問書については、後日、お送りいたします。

小郡三井医師会より

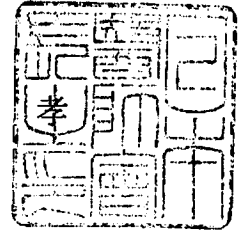
会長 丸山 泉



日医発第913号（保164）
平成16年2月13日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
坪 井 栄



中医協諮問書および答申書の送付について

平成16年4月1日実施予定の社会保険診療報酬点数表の改定について、2月13日開催の中央社会保険医療協議会 総会において、坂口厚生労働大臣より諮問があり、同日に答申が行われましたので、取り急ぎ関係書類をお送り申し上げます。

（添付資料）

1. 諮問書（平成16年2月13日 厚生労働省発保第0213001号）
2. 平成16年度社会保険診療報酬等の改定概要
3. 答申書



厚生労働省発保第0213001号
平成16年2月13日

中央社会保険医療協議会
会長 星野 進保 殿

厚生労働大臣
坂 口 力

諮 問 書

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第86条第11項及び第88条第5項並びに老人保健法（昭和57年法律第80号）第30条第1項、第31条の3第7項及び第46条の5の2第5項の規定に基づき、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年厚生省告示第54号）、老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成6年厚生省告示第72号）、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成6年厚生省告示第296号）、老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準（平成4年厚生省告示第29号）及び厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成15年厚生労働省告示第75号）をそれぞれ別紙1から別紙5までのとおり改正することについて、貴会の意見を求めます。

別紙 1

健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の改正案

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料		
第 1 節 初診料		
初診料		
(点数の見直し)	1 病院の場合 250点	255点
※外来診療の見直し	2 診療所の場合 270点	274点
(注の変更)	注 3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点(注5に規定する加算を算定する場合は、102点)を加算する。	注 3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点(注5又は注6に規定する加算を算定する場合は、115点)を加算する。
(注の新設)	(新設)	注 6 小児科を標榜する保険医療機関(注5のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示
※小児に対する時間外診療体制の評価		

第2節 再診料

再診料

(注の変更：算定対象の区分の見直し)

(注の新設)

※小児に対する時間外診療体制の評価

注2 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して再診を行った場合は、それぞれ所定点数に35点(注3に規定する加算を算定する場合は、65点)又は27点(注3に規定する加算を算定する場合は、57点)を加算する。

(新設)

する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点(注3又は注4に規定する加算を算定する場合は、70点)を加算する。

注4 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。)にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。

外来診療料 (点数の見直し)	68点	72点
(注の変更) ※外来診療の見直し	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。 イ 尿中一般物質定性半定量検査 ロ 尿沈渣顕微鏡検査 ハ 糞便検査 潜血反応検査 ニ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査、末梢血液像 ホ～ツ (略)	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。 イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(17骨髓像を除く。)に掲げるもの ニ～ソ (略)
(注の変更：算定対象の区分の見直し)	3 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して再診を行った場合は、それぞれ所定点数に35点(注4に規定する加算を算定する場合は、65点)又は27点(注4に規定する加算を算定する場合は、57点)を加算する。	3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点(注4又は注5に規定する加算を算定する場合は、70点)を加算する。
(注の新設) ※小児に対する時間外診療体制の評価	(新設)	注5 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日

第2部 入院料等

第1節 入院基本料 通則

(通則の追加)

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- 1 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- 2 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- 3 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- 4 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点

(新設)

又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。

1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ているものとして地方社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関に入院している患者について
、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥
瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節
各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を
含む。）の所定点数に20点を加算する。

療養病棟入院基本料（1日につき）
（項目の削除）

療養病棟入院基本料

1	入院基本料1	1,209点
2	入院基本料2	1,138点
3	入院基本料3	1,098点
4	入院基本料4	1,204点
5	入院基本料5	1,129点
6	入院基本料6	1,076点
7	入院基本料7	1,041点

1	入院基本料1	1,209点
2	入院基本料2	1,138点

（区分の削除）

老人病棟入院基本料（1日につき）

注1 病院の老人病棟のうち、老人医科点数表の
老人病棟老人入院基本料（以下「老人病棟老
人入院基本料」という。）の注1の届出を行
っ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、
老人病棟老人入院基本料の例により算定する

（削除）

。この場合において、老人病棟老人入院基本料中「老人病棟老人入院基本料1」とあるのは「老人病棟入院基本料1」と、「老人病棟老人入院基本料2」とあるのは「老人病棟入院基本料2」と、「老人病棟老人入院基本料3」とあるのは「老人病棟入院基本料3」と、「老人病棟老人入院基本料4」とあるのは「老人病棟入院基本料4」と、「老人病棟老人入院基本料5」とあるのは「老人病棟入院基本料5」と、老人病棟老人入院基本料の注中「第3節の老人特定入院料」とあるのは「第3節の特定入院料」と、「老人特別入院基本料」とあるのは「特別入院基本料」と、「老人病棟老人入院基本料」とあるのは「老人病棟入院基本料」と、「当該老人入院基本料」とあるのは「当該入院基本料」と、「第2節の老人入院基本料等加算」とあるのは「第2節の入院基本料等加算」と、それぞれ読み替える。

- 2 当該病棟において、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算を算定する場合においては、それぞれの算定要件中「地方社会保険事務局長」とあるのは「都道府県知事」と読み替えるものとする。

有床診療所入院基本料（１日につき

）
（注の新設）

※有床診療所における入院医療
の評価

（注の変更：加算の追加）

（新設）

注３ 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診療所である保険医療機関に入院している患者（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４０点を加算する。

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。

イ～チ （略）

リ HIV感染者療養環境特別加算

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～チ （略）

リ 離島加算

ヌ HIV感染者療養環境特別加算

ル 小児療養環境特別加算

第2節 入院基本料等加算

(区分の新設)

※臨床研修機能に伴う医療の質
の評価

(新設)

※以下の入院料等を算定している患者について
加算する。

- ・一般病棟入院基本料
- ・療養病棟入院基本料
- ・結核病棟入院基本料
- ・精神病棟入院基本料
- ・特定機能病院入院基本料
- ・専門病院入院基本料
- ・障害者施設等入院基本料
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・亜急性期入院医療管理料
- ・特殊疾患療養病棟入院料

臨床研修病院入院診療加算(入院初日) 30点
注 臨床研修病院(医師法(昭和23年法律第201号)第16条の2第1項に規定する大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。)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臨床研修病院であ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(特別入院基本料を除く。))のうち、臨床研修病院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。

- ・緩和ケア病棟入院料
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料
- ・精神療養病棟入院料
- ・老人一般病棟入院医療管理料
- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料
- ・老人性痴呆疾患療養病棟入院料
- ・短期滞在手術基本料

新生児入院医療管理加算（1日につき）

（点数の見直し）

250点

750点

（区分の新設）

※特定地域への対応

（新設）

※以下の入院料を算定している患者について加算する。

- ・一般病棟入院基本料
- ・療養病棟入院基本料
- ・結核病棟入院基本料
- ・精神病棟入院基本料
- ・特定機能病院入院基本料
- ・専門病院入院基本料

離島加算（1日につき）

18点

注 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、離島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。

- ・障害者施設等入院基本料
- ・有床診療所入院基本料
- ・有床診療所療養病床入院基本料
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・広範囲熱傷特定集中治療室管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・亜急性期入院医療管理料
- ・特殊疾患療養病棟入院料
- ・緩和ケア病棟入院料
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料
- ・精神療養病棟入院料
- ・老人一般病棟入院医療管理料
- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料
- ・老人性痴呆疾患療養病棟入院料
- ・短期滞在手術基本料

第3節 特定入院料
通則

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数から減算する。

- 1 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- 2 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- 3 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- 4 褥瘡対策未実施減算（1日につき）
5点

（通則の追加）

（新設）

1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回）
350点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき）
5点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき）
10点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき）
5点

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に20点を加算する。

(区分の新設)

※ハイケアユニットの評価

(新設)

ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）
3, 7 0 0 点

注１ 別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方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ハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、２１日を限度として算定する。

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 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、地域加算及び離島加算を除く。）

ハ 第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

(区分の新設)

※回復期入院医療の評価

(新設)

亜急性期入院医療管理料（１日につき）

2, 050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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、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。

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、地域加算及び離島加算並びに第2章第1部指導管理等、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。

精神科救急入院料（１日につき） （注の追加）	（新設） → 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。
精神科急性期治療病棟入院料（１日につき） （注の追加）	（新設） → 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。
精神療養病棟入院料（１日につき） （注の追加）	（新設） → 注４ 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。

第2章

特掲診療料

第1部

指導管理等

特定疾患治療管理料

2 特定薬剤治療管理料

(点数の見直し)

(注の変更：告示の簡素化)

(注の変更：点数の見直し)

500点

470点

注1 ジギタリス製剤、テオフィリン、不整脈用剤、抗てんかん剤、ハロペリドール製剤若しくはリチウム製剤を投与している患者、アミノ配糖体抗生物質若しくはグリコペプチド系抗生物質等を投与している入院中の患者又は免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者、重症の再生不良性貧血、赤芽球癆の患者若しくはベーチェット病の患者（眼症状を伴うものに限る。）等に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

注3 ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数に

注1 ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者、その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

注3 ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数に

	かかわらず、1回に限り800点を特定薬剤治療管理料として算定する。			かかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。	
(注の変更：点数の見直し)	注5 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、所定点数に3,000点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に300点を加算する。			注5 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、所定点数に2,740点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。	
(注の削除)	6 注1に掲げられていない薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1に掲げられている測定及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。			(削除)	
3 悪性腫瘍特異物質治療管理料 (点数の見直し)	イ 測定方法が一般的なもの 240点 ロ 測定方法が精密なもの (1) 1項目の場合 390点 (2) 2項目以上の場合 430点			220点 360点 400点	

(注の変更：点数の見直し)

注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、口の所定点数に160点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合はこの限りでない。

注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、口の所定点数に150点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合はこの限りでない。

15 慢性維持透析患者外来医学
管理料

(点数の見直し)

2,670点

2,460点

(項目の新設)

(新設)

1.9 植込み型補助人工心臓指導管理料

6,000点

注 植込み型補助人工心臓の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、体内植込み型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

地域連携小児夜間・休日診療料

(注の変更)

※小児に対する時間外診療体制
の評価

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小児科を標榜する保険医療機関において、主たる勤務先が当該保険医療機関以外の保険医療機関である医師が、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に算定する。

手術前医学管理料

(点数の見直し)

1, 420点

1, 310点

手術後医学管理料（1日につき）

(点数の見直し)

1 病院の場合

1, 410点

1, 340点

2 診療所の場合

1, 250点

1, 190点

(区分の新設)

※肺血栓塞栓症予防のための医学管理の評価

(新設)

肺血栓塞栓症予防管理料

300点

注1 一般病棟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。 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器、材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
--	--	--

第 2 部

在宅医療

第 1 節 在宅患者診療・指導料

在宅患者訪問看護・指導料（1 日につき）

（注の変更）

※在宅医療の充実

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 1 4 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 回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数に 2 5 0 点を加算する。

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 1 4 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 4 5 0 点又は 8 0 0 点を加算する。

（区分の新設）

※在宅医療の充実

（新設）

在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1 週につき）

6 0 点

注 区分番号 C 0 0 5 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 8 8 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

在宅訪問リハビリテーション指導管理料

(注の変更)

※言語聴覚療法の見直し

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又は作業療法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3回に限り算定する。

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療法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3回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

在宅自己注射指導管理料

(注の変更：告示の簡素化)

注1 インスリン製剤、性腺刺激ホルモン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場

	子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、ソマトスタチンアナログ、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤又はインターフェロンベータ製剤の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。		合に算定する。
(注の変更：取扱いの明確化)	注4 注入器又は間歇注入シリンジポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ300点又は1,000点を加算する。	→	注4 注入器を処方した場合又は間歇注入シリンジポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ300点又は1,000点を加算する。
(注の変更：点数の見直し)	5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定点数に次の点数を加算する。 イ 治療上の必要があって、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 160点 ロ イ以外の場合 80点	→	5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定点数に次の点数を加算する。 イ 治療上の必要があって、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点 ロ イ以外の場合 130点
在宅血液透析指導管理料 (注の変更) ※在宅自己透析の評価の見直し	注1 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	→	注1 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。	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。
在宅酸素療法指導管理料 (注の変更：点数の見直し) (注の変更：点数の見直し)	注4 携帯用酸素ポンプを使用した場合は、所定点数に990点を加算する。 5 設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ4,320点又は990点を加算する。	注4 携帯用酸素ポンプを使用した場合は、所定点数に880点を加算する。 5 設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ3,970点又は880点を加算する。

第 3 部 検 査

第 1 節 検体検査料

第 1 款 検体検査実施料

血液学的検査

出血・凝固検査

(項目の追加)

(新設：区分D 0 0 6 の 1 1)

全血凝固溶解時間測定 (Ratnoff法等) 8 5 点

(新設：区分D 0 0 6 の 1 1)

血清全プラスミン測定法 (血清SK活性化プラスミン値) 8 5 点

(新設：区分D 0 0 6 の 1 1)

ユーグロブリン溶解時間測定 8 5 点

(新設：区分D 0 0 6 の 1 1)

ユーグロブリン分屑プラスミン値測定 (Lewis法) 8 5 点

(新設：区分D 0 0 6 の 1 1)

プラスミン活性値検査の簡易法 (福武法、畔柳法) 8 5 点

生化学的検査 (I)

血液化学検査

(項目の追加)

(新設：区分D 0 0 7 の 2 6)

心筋トロポニン I 精密測定 1 2 0 点

生化学的検査(Ⅱ) 腫瘍マーカー (項目の追加)	(新設：区分D007の33)	βクロスラプス精密測定	190点
	(新設：区分D009の16)	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	310点
	(新設：区分D009の16)	血清中HER2タンパク測定	310点
免疫学的検査 免疫血液学的検査 (注の変更)	注 赤血球不規則抗体検査は、第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号K898に掲げる帝王切開術を行った場合に算定する。 注 赤血球不規則抗体検査は、第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第12款の各区分に掲げる女子性器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。		
感染症血清反応 (項目の追加)	(新設：区分D012の19)	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	160点
	(新設：区分D012の23)	尿中レジオネラ抗原	200点

自己抗体検査

(項目の追加)

(新設：区分D 0 1 4 の 1 6)

血清中抗デスモグレイン 1 抗体

3 1 0 点

(新設：区分D 0 1 4 の 1 6)

血清中抗デスモグレイン 3 抗体

3 1 0 点

細胞機能検査

(項目の追加)

(新設：区分D 0 1 6 の 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

2 9 0 点

微生物学的検査

微生物核酸同定・定量検査

(項目の追加)

(新設：区分D 0 2 3 の 7)

SARSコロナウイルス核酸増幅検査

4 8 0 点

(新設：区分D 0 2 3 の 7)

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

4 8 0 点

(新設：区分D 0 2 3 の 1 1)

結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査

5 5 0 点

第 2 節 病理学的検査料

第 1 款 病理学的検査実施料

病理学的検査

(区分の新設：HER 2 遺伝子)

(新設：区分D 1 0 3 - 2)

HER 2 遺伝子

2, 0 0 0 点

第3節 生体検査料

脳波検査等

(区分の新設：神経磁気診断の評価)

(新設：区分D236-3)

神経磁気診断

5,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

耳鼻咽喉科学的検査

自覚的聴力検査

(区分の変更)

3 簡易聴力検査 (種目数にかかわらず一連につき) 80点

3 簡易聴力検査 (種目数にかかわらず一連につき)

イ 標準純音聴力検査 (骨導聴力検査を行わない場合) 110点

ロ その他 40点

上記のほか、検査に関する改定内容は、別表のとおり。

別表

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)					
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	蛋白定量	8	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA定性	11	→ 10	D001 2	
D001 3	B-J蛋白定性	12	→ 11	D001 3	
D001 3	糖定量	12	→ 11	D001 3	
D001 3	メラニン定性	12	→ 12	D001 4	
D001 4	ポルフィリン定性	14	→ 12	D001 4	
D001 4	アミラーゼ定性半定量	14	→ 12	D001 4	
D001 6	胃酸度測定	17	→ 15	D001 5	
D001 5	ビリルビン定量	16	→ 16	D001 6	
D001 5	ウロビリニン定量	16	→ 16	D001 6	
D001 5	ウロビリノーゲン定量	16	→ 16	D001 6	
D001 5	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 6	ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	→ 17	D001 7	
D001 7	浸透圧測定	21	→ 18	D001 8	
D001 8	細菌尿検査(TTC還元能)	23	→ 20	D001 9	
D001 9	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	50	→ 44	D001 10	
D001 10	アルブミン定性	60	→ 60	D001 11	
D001 11	パラニトロフェノール	70	→ 70	D001 12	
D001 11	カタラーゼ反応	70	→ 70	D001 12	
D001 12	黄体形成ホルモン(LH)定性	75	→ 75	D001 13	
D001 13	線維素分解産物(FDP)測定	95	→ 85	D001 14	
D001 14	マイクロトランスフェリン精密測定(尿中)	150	→ 130	D001 15	
D001 15	ウロポルフィリン定量	160	→ 140	D001 16	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 15	アルブミン定量精密測定	160	→ 140	D001 16	
D001 15	デルタアミノレブリン酸定量	160	→ 140	D001 16	
D001 15	ポリアミン	160	→ 140	D001 16	
D001 16	コプロボルフィリン定量	190	→ 170	D001 17	
D001 16	IV型コラーゲン定量精密測定	190	→ 190	D001 18	
D001 17	ボルフオビリノーゲン定量	230	→ 200	D001 19	
D001 18	成長ホルモン(GH)定量精密測定	270	→ 230	D001 20	
D001 19	尿蛋白免疫電気泳動	290	→ 250	D001 21	
D002	尿沈渣顕微鏡検査	27	→ 23	D002	
D002 注	染色標本加算	10	→ 9	D002 注	
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	10	→ 9	D003 1	
D003 2	ビリルビン定量	16	→ 14	D003 2	
D003 2	AMSⅢ	16	→ 14	D003 2	
D003 2	ウロビリニン定量	16	→ 16	D003 3	
D003 2	ウロビリノーゲン定量	16	→ 16	D003 3	
D003 2	虫卵検査(集卵法)	16	→ 16	D003 3	
D003 3	塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	26	→ 23	D003 4	
D003 4	虫体検出	30	→ 26	D003 5	
D003 5	脂質定量	32	→ 28	D003 6	
D003 6	ヘモグロビン	50	→ 44	D003 7	
D003 7	虫卵培養検査	55	→ 48	D003 8	
D003 8	ヘモグロビン精密測定	60	→ 55	D003 9	
D003 9	ヘモグロビン及びトランスフェリン	65	→ 60	D003 10	
D003 10	アデノウイルス抗原	70	→ 65	D003 11	
D003 11	ロタウイルス抗原	85	→ 75	D003 12	
D003 12	クロストリジウム・ディフィシル抗原	90	→ 80	D003 13	
D003 13	ヘモグロビン及びトランスフェリン精密測定	95	→ 85	D003 14	
D003 14	キモトリプシン	150	→ 130	D003 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		
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 3	胃液又は十二指腸液一般検査	75 →	65	D004 2	
D004 2	髄液一般検査	70 →	70	D004 3	
D004 3	頸管粘液検査	75 →	75	D004 4	
D004 4	精液一般検査	90 →	80	D004 5	
D004 4	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	90 →	90	D004 6	
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	180 →	160	D004 7	
D004 5	膺分泌液中乳酸脱水素酵素(LDH)半定量	170 →	170	D004 8	
D004 7	関節液中コンドロカルシン	340 →	340	D004 9	
D004 8	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	380 →	380	D004 10	
(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	11 →	10	D005 1	
D005 2	網赤血球数	17 →	15	D005 2	
D005 3	血液浸透圧測定	21 →	18	D005 3	
D005 3	鼻汁中好酸球検査	21 →	18	D005 3	
D005 4	好酸球数	23 →	20	D005 4	
D005 5	末梢血液像	25 →	22	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)	35 →	32	D005 5	
D005 8	赤血球抵抗試験	50 →	44	D005 8	
D005 8	自己溶血試験	50 →	50	D005 9	
D005 9	血液粘稠度測定	60 →	55	D005 10	
D005 9	ヘモグロビンA ₁ (HbA ₁)	60 →	55	D005 10	
D005 10	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	65 →	60	D005 11	
D005 10	ヘモグロビンA ₁ C(HbA ₁ C)	65 →	60	D005 11	
D005 12	ヘモグロビンF(HbF)	75 →	65	D005 12	
D005 11	LE現象検査	70 →	70	D005 13	
D005 13	動的赤血球膜物性検査	130 →	130	D005 14	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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	310	→ 270	D005 15	
D005 15	デオキシチミジンキナーゼ'(TK)活性精密測定	340	→ 290	D005 16	
D005 16	骨髓像	580	→ 500	D005 17	
D005 16	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	60	→ 50	D005 17	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間測定	18	→ 16	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間測定	19	→ 17	D006 2	
D006 3	凝固時間測定	22	→ 19	D006 3	
D006 3	血餅収縮能	22	→ 22	D006 4	
D006 3	毛細血管抵抗試験	22	→ 22	D006 4	
D006 4	トロンビン時間測定	30	→ 26	D006 5	
D006 4	フィブリノーゲン定量	30	→ 26	D006 5	
D006 5	部分トロンボプラスチン時間測定	32	→ 28	D006 6	
D006 5	クリオフィブリノーゲン検査	32	→ 28	D006 6	
D006 4	トロンボエラストグラフ	30	→ 30	D006 7	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	38	→ 34	D006 8	
D006 6	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	38	→ 34	D006 8	
D006 6	複合凝固因子検査	38	→ 34	D006 8	
D006 7	蛇毒試験	42	→ 36	D006 9	
D006 8	血小板粘着能	85	→ 75	D006 10	
D006 9	血小板凝集能	95	→ 85	D006 11	
D006 9	フィブリンモノマー複合体検出	95	→ 85	D006 11	
D006 9	線維素分解産物(FDP)測定	95	→ 85	D006 11	
D006 10	プラスミン	100	→ 85	D006 11	
D006 10	アンチトロンビンⅢ	100	→ 85	D006 11	
- -	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)		→ 85	D006 11	新設
- -	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)		→ 85	D006 11	新設
- -	ユーグロブリン溶解時間測定		→ 85	D006 11	新設
- -	ユーグロブリン分屑プラスミン値測定(Lewis法)		→ 85	D006 11	新設

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	プラスミン活性値検査の簡易法(福武法、畔柳法)	→	85	D006 11	新設
D006 10	プラスミン活性値測定検査	100 →	95	D006 12	
D006 10	α 1-アンチトリプシン	100 →	95	D006 12	
D006 11	α 2-マクログロブリン	130 →	130	D006 13	
D006 11	D-Dダイマー	130 →	130	D006 13	
D006 12	プラスミノーゲン	160 →	140	D006 14	
D006 13	アンチプラスミン	180 →	160	D006 15	
D006 14	フォン・ウィルブランド因子	190 →	170	D006 16	
D006 15	PIVKA II	200 →	170	D006 16	
D006 15	フィブリノーゲン分解産物精密測定	200 →	170	D006 16	
D006 15	D-Dダイマー精密測定	200 →	170	D006 16	
D006 16	PIVKA II 精密測定(出血・凝固)	210 →	180	D006 17	
D006 17	プロテインS精密測定	220 →	190	D006 18	
D006 17	α 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	220 →	190	D006 18	
D006 16	凝固因子インヒビター	210 →	200	D006 19	
D006 18	血小板第4因子(PF4)精密測定	240 →	210	D006 20	
D006 18	β -トロンボグロブリン精密測定	240 →	210	D006 20	
D006 19	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定	260 →	230	D006 21	
D006 20	プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定	280 →	240	D006 22	
D006 20	フィブリンモノマー複合体定量精密測定	280 →	280	D006 23	
D006 23	凝固因子(Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、ⅩⅠ、ⅩⅡ、ⅩⅢ)	320 →	280	D006 23	
D006 21	プロテインC	300 →	300	D006 24	
D006 22	tPA・PAI-1複合体	310 →	310	D006 25	
D006 24	フィブリノペプチド精密測定	340 →	340	D006 26	
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	750 →	640	D006 注	
D006 注	包括項目:5項目以上	900 →	770	D006 注	
(生化学的検査(I))					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	13 →	12	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	直接ビリルビン	13	→ 12	D007 1	
D007 1	総蛋白	13	→ 12	D007 1	
D007 1	アルブミン	13	→ 12	D007 1	
D007 1	尿素窒素(BUN)	13	→ 12	D007 1	
D007 1	クレアチニン	13	→ 12	D007 1	
D007 1	尿酸	13	→ 12	D007 1	
D007 1	アルカリフォスファターゼ	13	→ 12	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	13	→ 12	D007 1	
D007 1	γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)	13	→ 12	D007 1	
D007 1	中性脂肪	13	→ 12	D007 1	
D007 1	Na及びCl	13	→ 12	D007 1	
D007 1	K	13	→ 12	D007 1	
D007 1	Ca	13	→ 12	D007 1	
D007 1	Mg	13	→ 12	D007 1	
D007 2	膠質反応	14	→ 12	D007 1	
D007 2	クレアチン	14	→ 12	D007 1	
D007 2	グルコース	14	→ 12	D007 1	
D007 2	乳酸脱水素酵素(LDH)	14	→ 12	D007 1	
D007 2	酸性フォスファターゼ	14	→ 12	D007 1	
D007 2	エステル型コレステロール	14	→ 12	D007 1	
D007 2	アミラーゼ	14	→ 12	D007 1	
D007 2	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	14	→ 12	D007 1	
D007 2	クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)	14	→ 12	D007 1	
D007 2	アルドラーゼ	14	→ 12	D007 1	
D007 2	遊離コレステロール	14	→ 12	D007 1	
D007 2	鉄	14	→ 12	D007 1	
D007 2	アルブミン・グロブリン比測定	14	→ 12	D007 1	
D007 2	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	14	→ 12	D007 1	
D007 3	リン脂質	19	→ 17	D007 2	
D007 3	β-リポ蛋白	19	→ 17	D007 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		
D007 4	総脂質	21	→ 18	D007 3	
D007 4	遊離脂肪酸	21	→ 18	D007 3	
D007 5	HDL-コレステロール	22	→ 19	D007 4	
D007 5	前立腺酸性フォスファターゼ	22	→ 19	D007 4	
D007 5	P及びHPO ₄	22	→ 19	D007 4	
D007 5	総コレステロール	22	→ 19	D007 4	
D007 5	グルタミン・オキサロセティック・トランスアミナーゼ(GOT)	22	→ 19	D007 4	
D007 5	グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)	22	→ 19	D007 4	
D007 5	LDL-コレステロール	22	→ 20	D007 5	
D007 6	総鉄結合能(TIBC)	23	→ 20	D007 5	
D007 6	不飽和鉄結合能(UIBC)	23	→ 20	D007 5	
D007 7	過酸化脂質	25	→ 22	D007 6	
D007 7	蛋白分画測定	25	→ 22	D007 6	
D007 8	イオン化カルシウム	28	→ 24	D007 7	
D007 9	モノアミノキシダーゼ(MAO)	30	→ 26	D007 8	
D007 10	シアル酸	32	→ 28	D007 9	
D007 11	Cu	34	→ 29	D007 10	
D007 11	リパーゼ	34	→ 29	D007 10	
D007 11	フルクトサミン	34	→ 29	D007 10	
D007 9	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D007 11	
D007 9	G-6-Pase	30	→ 30	D007 11	
D007 11	G-6-PDH定性	34	→ 34	D007 12	
D007 11	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D007 12	
D007 12	マンガン	40	→ 34	D007 12	
D007 12	ムコ蛋白	40	→ 36	D007 13	
D007 13	ケトン体	46	→ 40	D007 14	
D007 13	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	46	→ 40	D007 14	
D007 14	リボプロテイン	50	→ 44	D007 15	
D007 14	グアナーゼ(GU)	50	→ 44	D007 15	
D007 14	重炭酸塩	50	→ 50	D007 16	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 15	有機モノカルボン酸定量	60	→ 55	D007 17	
D007 15	胆汁酸	60	→ 55	D007 17	
D007 15	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム	60	→ 55	D007 17	
D007 15	アミラーゼ・アイソザイム	60	→ 55	D007 17	
D007 15	γ-GTP・アイソザイム	60	→ 55	D007 17	
D007 15	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	60	→ 55	D007 17	
D007 15	カタラーゼ	60	→ 60	D007 18	
D007 16	アンモニア	65	→ 60	D007 18	
D007 16	リボ蛋白分画	65	→ 60	D007 18	
D007 17	GOT・アイソザイム	70	→ 60	D007 18	
D007 17	CPK・アイソザイム	70	→ 60	D007 18	
D007 18	グリコアルブミン	75	→ 65	D007 19	
D007 17	尿中硫酸抱合型胆汁酸	70	→ 70	D007 20	
D007 20	ケトン体分画	85	→ 75	D007 21	
D007 20	コレステロール分画	85	→ 75	D007 21	
D007 19	フェリチン	80	→ 80	D007 22	
D007 20	G-6-PDH定量	85	→ 85	D007 23	
D007 21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	95	→ 85	D007 23	
D007 22	リボ蛋白分画精密測定	100	→ 85	D007 23	
D007 23	1,5-アンヒドロ-D-グルシトル(1,5AG)	110	→ 95	D007 24	
D007 23	不飽和鉄結合能(UIBC)精密測定	110	→ 95	D007 24	
D007 24	心筋トロポニンT定性	120	→ 110	D007 25	
D007 24	グリココール酸	120	→ 110	D007 25	
D007 24	総鉄結合能(TIBC)精密測定	120	→ 110	D007 25	
D007 24	セルロプラスミン	120	→ 110	D007 25	
D007 24	CPK・アイソザイム精密測定	120	→ 110	D007 25	
D007 24	サーファクタント蛋白A(SP-A)	120	→ 120	D007 26	
D007 24	シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	120	→ 120	D007 26	
D007 24	心筋トロポニンT精密測定	120	→ 120	D007 26	
- -	心筋トロポニンI精密測定		→ 120	D007 26	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		
D007 25	ヘパリン	130	→ 120	D007 26	
D007 25	膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)	130	→ 120	D007 26	
D007 26	乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型	140	→ 120	D007 26	
D007 25	シアル化糖鎖抗原KL-6	130	→ 130	D007 27	
D007 25	ガラクトース	130	→ 130	D007 27	
D007 27	フェリチン精密測定	150	→ 130	D007 27	
D007 26	サーファクタントプロテインD (SP-D)	140	→ 140	D007 28	
D007 28	血液ガス分析	170	→ 150	D007 29	
D007 28	アルコール	170	→ 150	D007 29	
D007 28	Al	170	→ 150	D007 29	
D007 29	リボ蛋白(a)精密測定	180	→ 160	D007 30	
D007 28	アルブミン非結合型ビリルビン	170	→ 170	D007 31	
D007 28	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定	170	→ 170	D007 31	
D007 30	Zn	190	→ 170	D007 31	
D007 30	ビルビン酸キナーゼ (PK)	190	→ 170	D007 31	
D007 31	ミオグロビン	200	→ 170	D007 31	
D007 31	ミオグロビン精密測定	200	→ 170	D007 31	
D007 31	$\alpha 1$ -マイクログロブリン	200	→ 170	D007 31	
D007 31	$\alpha 1$ -マイクログロブリン精密測定	200	→ 170	D007 31	
D007 31	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)	200	→ 170	D007 31	
D007 31	P-III-P精密測定	200	→ 170	D007 31	
D007 30	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定	190	→ 180	D007 32	
D007 32	IV型コラーゲン精密測定	210	→ 180	D007 32	
D007 30	オステオカルシン精密測定	190	→ 190	D007 33	
D007 30	尿中デオキシビリジノリン精密測定	190	→ 190	D007 33	
D007 31	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	200	→ 190	D007 33	
D007 33	アンギオテンシン I 転換酵素(ACE)	220	→ 190	D007 33	
D007 33	IV型コラーゲン・7S精密測定	220	→ 190	D007 33	
- -	β クロスラプス精密測定		→ 190	D007 33	新設
D007 34	アセトアミノフェン精密測定	230	→ 200	D007 34	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
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)	230	→ 200	D007 34	
D007 34	ビタミンB12定量精密測定	230	→ 200	D007 34	
D007 32	赤血球コプロポルフィリン定量	210	→ 210	D007 35	
D007 35	葉酸精密測定	240	→ 210	D007 35	
D007 34	トリプシン	230	→ 230	D007 36	
D007 36	ヒアルロン酸	260	→ 230	D007 36	
D007 36	心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定	260	→ 230	D007 36	
D007 37	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	270	→ 230	D007 36	
D007 37	トリプシン精密測定	270	→ 230	D007 36	
D007 37	ビタミンB2定量	270	→ 230	D007 36	
D007 37	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	270	→ 230	D007 36	
D007 37	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定	270	→ 230	D007 36	
D007 35	CKアイソフォーム	240	→ 240	D007 37	
D007 35	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定	240	→ 240	D007 37	
D007 37	頸管臍分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	270	→ 240	D007 37	
D007 38	頸管臍分泌液中癌胎児性フィブロネクチン精密測定	280	→ 240	D007 37	
D007 39	腓ホスホリパーゼA2(腓PLA2)精密測定	290	→ 250	D007 38	
D007 36	臍分泌液中 α -フエト蛋白	260	→ 260	D007 39	
D007 37	リポ蛋白リパーゼ精密測定	270	→ 260	D007 39	
D007 40	トロンボモジュリン精密測定	300	→ 260	D007 39	
D007 41	肝細胞増殖因子(HGF)	310	→ 270	D007 40	
D007 40	ビタミンB1定量	300	→ 280	D007 41	
D007 42	ビタミンB1定量精密測定	320	→ 280	D007 41	
D007 43	2,5-オリゴデニル酸合成酵素活性精密測定	330	→ 290	D007 42	
D007 42	赤血球プロトポルフィリン定量	320	→ 320	D007 43	
D007 44	エンドトキシン定量検査	370	→ 320	D007 43	
D007 45	ビタミンB2定量精密測定	380	→ 330	D007 44	
D007 46	ビタミンC定量精密測定	400	→ 340	D007 45	
D007 47	1,25ジヒドロキシビタミンD3(1,25(OH)2D3)	420	→ 420	D007 46	
D007 48	インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定	430	→ 430	D007 47	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	130	→ 120	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	150	→ 130	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	165	→ 140	D007 注	
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	70	→ 60	D008 1	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画定性	70	→ 70	D008 2	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	80	→ 70	D008 2	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)精密測定	80	→ 70	D008 2	
D008 2	17-ヒドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)	80	→ 75	D008 3	
D008 3	17-ヒドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)精密測定	85	→ 75	D008 3	
D008 4	ホモバニール酸(HVA)精密測定	100	→ 85	D008 4	
D008 4	17-ケトステロイド(17-KS)精密測定	100	→ 85	D008 4	
D008 5	T3摂取率(T3-uptake)精密測定	110	→ 95	D008 5	
D008 4	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)精密測定	100	→ 100	D008 6	
D008 5	バニールマンデル酸(VMA)精密測定	110	→ 110	D008 7	
D008 6	プロラクチン(PRL)精密測定	140	→ 120	D008 8	
D008 6	プロラクチン(PRL)	140	→ 120	D008 8	
D008 8	トリヨードサイロニン(T3)精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 8	甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 8	サイロキシシン(T4)精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 8	レニン活性精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 8	ガストリン精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 8	レニン定量精密測定	150	→ 130	D008 9	
D008 7	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定	145	→ 140	D008 10	
D008 9	インスリン(IRI)精密測定	160	→ 140	D008 10	
D008 10	成長ホルモン(GH)精密測定	170	→ 150	D008 11	
D008 10	黄体形成ホルモン(LH)精密測定	170	→ 150	D008 11	
D008 10	卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定	170	→ 150	D008 11	
D008 10	C-ペプチド(CPR)精密測定	170	→ 150	D008 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 10	黄体形成ホルモン(LH)	170	→ 150	D008 11	
D008 11	サイロキシン結合能(TBC)精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	セクレチン精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	遊離サイロキシン(FT4)精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシルーゼ(GAD)抗体価精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	遊離トリヨードサイロニン(FT3)精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	コルチゾール精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	アルドステロン精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 11	サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定	190	→ 170	D008 12	
D008 12	テストステロン精密測定	200	→ 170	D008 12	
D008 12	サイログロブリン精密測定	200	→ 170	D008 12	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)精密測定	200	→ 170	D008 12	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)	200	→ 170	D008 12	
D008 12	ヒ絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定	200	→ 170	D008 12	
D008 13	ヒ絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画精密測定	210	→ 180	D008 13	
D008 13	グルカゴン精密測定	210	→ 180	D008 13	
D008 13	カルシトニン精密測定	210	→ 180	D008 13	
D008 14	プロジェステロン精密測定	220	→ 190	D008 14	
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	210	→ 200	D008 15	
D008 15	17-ケトジェニックスステロイド(17-KGS)精密測定	230	→ 200	D008 15	
D008 15	遊離テストステロン精密測定	230	→ 200	D008 15	
D008 16	エストロジェン	240	→ 210	D008 16	
D008 16	サイクリックAMP(C-AMP)精密測定	240	→ 210	D008 16	
D008 16	エストリオール(E3)精密測定	240	→ 210	D008 16	
D008 17	17-ケトジェニックスステロイド分画(17-KGS分画)精密測定	250	→ 220	D008 17	
D008 17	エストロジェン精密測定	250	→ 220	D008 17	
D008 18	カテコールアミン精密測定	260	→ 230	D008 18	
D008 18	副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定	260	→ 230	D008 18	
D008 18	エストラジオール(E2)精密測定	260	→ 230	D008 18	
D008 18	カテコールアミン分画精密測定	260	→ 230	D008 18	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 18	DHEA-S精密測定	260	→ 230	D008 18	
D008 19	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)精密測定	270	→ 230	D008 18	
D008 18	プレグナンジオール	260	→ 260	D008 19	
D008 20	17-ケステロイド分画(17-KS分画)精密測定	300	→ 260	D008 19	
D008 20	プレグナンジオール精密測定	300	→ 260	D008 19	
D008 20	プレグナントリオール精密測定	300	→ 260	D008 19	
D008 20	エリスロポエチン精密測定	300	→ 260	D008 19	
D008 21	17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定	310	→ 270	D008 20	
D008 22	ノルメタネフリン精密測定	320	→ 280	D008 21	
D008 23	メタネフリン精密測定	330	→ 290	D008 22	
D008 23	ソマトメジンC精密測定	330	→ 290	D008 22	
D008 23	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定	330	→ 290	D008 22	
D008 24	メタネフリン分画精密測定	340	→ 290	D008 22	
D008 24	アルギニンバソプレッシン精密測定	340	→ 290	D008 22	
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	540	→ 460	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	860	→ 740	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	1,050	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	α -フェトプロテイン(AFP)	46	→ 40	D009 1	
D009 2	免疫抑制酸性蛋白(IAP)	70	→ 60	D009 2	
D009 3	尿中BTA	75	→ 70	D009 3	
D009 注	上記検査を2項目以上行った場合	85	→ 75	D009 注	
D009 4	癌胎児性抗原(CEA)精密測定	150	→ 130	D009 4	
D009 4	α -フェトプロテイン(AFP)精密測定	150	→ 130	D009 4	
D009 4	組織ポリペプチド抗原(TPA)精密測定	150	→ 130	D009 4	
D009 5	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)精密測定	160	→ 140	D009 5	
D009 6	DUPAN-2精密測定	170	→ 150	D009 6	
D009 6	NCC-ST-439精密測定	170	→ 150	D009 6	
D009 6	CA15-3精密測定	170	→ 150	D009 6	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 7	エラスターゼ1精密測定	180	→ 160	D009 7	
D009 7	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	180	→ 160	D009 7	
D009 7	PSA精密測定	180	→ 160	D009 7	
D009 8	塩基性フェトプロテイン(BFP)精密測定	190	→ 170	D009 8	
D009 8	CA19-9精密測定	190	→ 170	D009 8	
D009 9	CA72-4精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	CA-50精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	SPan-1抗原精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	シアリルTn抗原精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	尿中NMP22精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 9	PIVKA II 精密測定	200	→ 170	D009 8	
D009 10	SP1精密測定	210	→ 180	D009 9	
D009 10	シアリルLeX-i(SLX)抗原精密測定	210	→ 180	D009 9	
D009 10	CA125精密測定	210	→ 180	D009 9	
D009 8	尿中遊離型フコース	190	→ 190	D009 10	
D009 8	シアリルLeX(CSLEX)抗原精密測定	190	→ 190	D009 10	
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比精密測定	190	→ 190	D009 10	
D009 11	BCA225精密測定	230	→ 200	D009 11	
D009 12	CA602精密測定	240	→ 210	D009 12	
D009 12	CA130精密測定	240	→ 210	D009 12	
D009 12	サイトケラチン19フラグメント精密測定	240	→ 210	D009 12	
D009 12	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定	240	→ 210	D009 12	
D009 13	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L3%)	250	→ 220	D009 13	
D009 13	CA54/61精密測定	250	→ 220	D009 13	
D009 13	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定	250	→ 220	D009 13	
D009 11	膵癌胎児性抗原(POA)精密測定	230	→ 230	D009 14	
D009 14	γ-セミノプロテイン精密測定	270	→ 230	D009 14	
D009 12	尿中ヒ絨毛性ゴナドトロピンβ分画γ定量(HCGβγ定量)精密測定	240	→ 240	D009 15	
D009 15	乳頭分泌液中CEA精密測定	310	→ 310	D009 16	

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		
- -	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	→	310	D009 16	新設
- -	血清中HER2タンパク測定	→	310	D009 16	新設
D009 注	包括項目:2項目	310	→ 270	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	390	→ 340	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	540	→ 460	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	55	→ 48	D010 1	
D010 2	結石分析	160	→ 140	D010 2	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	360	→ 310	D010 4	
D010 6	アミノ酸定量			D010 5	
D010 6	イ 1種類につき	430	→ 370	D010 5	
D010 6	ロ 5種類以上の場合	1,750	→ 1,500	D010 5	
D010 5	アミノ酸分析(定性)	430	→ 430	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	500	→ 430	D010 6	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 7	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	28	→ 24	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	28	→ 24	D011 1	
D011 2	クームス試験 直接	40	→ 34	D011 2	
D011 2	クームス試験 間接	46	→ 40	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	200	→ 180	D011 3	
D011 5	赤血球不規則抗体検査	230	→ 200	D011 4	
D011 4	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	→ 210	D011 5	
D011 7	抗血小板抗体検査	360	→ 310	D011 7	
D012	感染症血清反応			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	19	→ 17	D012 1	
D012 1	抗streptolysin O価(ASO価)	19	→ 17	D012 1	
D012 2	ボールバネル反応	34	→ 29	D012 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		
D012 3	トキソプラズマ抗体価測定	36	→ 31	D012 3	
D012 4	抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)	38	→ 34	D012 4	
D012 5	TPHA試験(定性)	42	→ 36	D012 5	
D012 5	マイコプラズマ抗体価	42	→ 36	D012 5	
D012 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	42	→ 38	D012 6	
D012 6	梅毒脂質抗原使用検査(定量)	46	→ 40	D012 7	
D012 7	ツツガムシ抗体価	60	→ 55	D012 8	
D012 8	ヘリコバクター・ピロリ抗体	70	→ 60	D012 9	
D012 8	TPHA試験(定量)	70	→ 60	D012 9	
D012 8	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定	70	→ 70	D012 10	
D012 8	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定	70	→ 70	D012 10	
D012 8	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	70	→ 70	D012 10	
D012 9	ウイルス抗体価	90	→ 85	D012 11	
D012 10	百日咳菌抗体価	100	→ 90	D012 12	
D012 11	HTLV-I抗体価	110	→ 95	D012 13	
D012 12	トキソプラズマ抗体価精密測定	120	→ 110	D012 14	
D012 12	トキソプラズマIgM抗体価精密測定	120	→ 110	D012 14	
D012 12	抗抗酸菌抗体価精密測定	120	→ 110	D012 14	
D012 14	赤痢アメーバ抗体価	140	→ 120	D012 15	
D012 13	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	130	→ 130	D012 16	
D012 13	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	130	→ 130	D012 16	
D012 15	HIV-1抗体価	150	→ 130	D012 16	
D012 15	A群β溶連菌迅速試験	150	→ 130	D012 16	
D012 15	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	150	→ 140	D012 17	
D012 15	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原	150	→ 140	D012 17	
D012 16	HIV-1,2抗体価	160	→ 140	D012 17	
D012 16	大腸菌O157LPS抗原精密測定	160	→ 140	D012 17	
D012 17	RSウイルス抗原精密測定	170	→ 150	D012 18	
D012 17	淋菌同定精密検査	170	→ 150	D012 18	
D012 16	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	160	→ 160	D012 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		
D012 16	インフルエンザウイルス抗原精密測定	160	→ 160	D012 19	新設
D012 16	ノイラミニダーゼ	160	→ 160	D012 19	
D012 18	カンジダ抗原	180	→ 160	D012 19	
- -	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原		→ 160	D012 19	
D012 19	大腸菌O157LPS抗体	190	→ 170	D012 20	
D012 19	FTA-ABS試験	190	→ 170	D012 20	
D012 21	D-アラビニトール	210	→ 180	D012 21	
D012 21	クラミジアトラコマチス抗原精密測定	210	→ 180	D012 21	
D012 19	単純ヘルペスウイルス特異抗原	190	→ 190	D012 22	
D012 22	マイコプラズマ抗原精密測定(咽頭内)	220	→ 190	D012 22	
D012 20	大腸菌ベロトキシン検出検査	200	→ 200	D012 23	
D012 20	ブルセラ凝集反応	200	→ 200	D012 23	
D012 23	アスペルギルス抗原	230	→ 200	D012 23	
- -	尿中レジオネラ抗原		→ 200	D012 23	
D012 24	アデノウイルス抗原精密測定	240	→ 210	D012 24	新設
D012 24	大腸菌抗原同定検査	240	→ 210	D012 24	
D012 22	抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定	220	→ 220	D012 25	
D012 25	クリプトコックス・ネオフォルマンس抗原	250	→ 220	D012 25	
D012 25	HTLV-I抗体価精密測定	250	→ 220	D012 25	
D012 27	上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定	270	→ 230	D012 26	
D012 24	ツツガムシ抗体価精密測定	240	→ 240	D012 27	
D012 26	レプトスピラ抗体価	260	→ 250	D012 28	
D012 29	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	290	→ 250	D012 28	
D012 29	(1→3)- β -D-グルカン	290	→ 250	D012 28	
D012 26	サイトメガロウイルス抗体価精密測定	260	→ 260	D012 29	
D012 30	赤痢アメーバ抗体価精密測定	300	→ 260	D012 29	
D012 30	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定	300	→ 260	D012 29	
D012 28	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定	280	→ 280	D012 30	
D012 32	百日咳菌抗体価精密測定	320	→ 280	D012 30	
D012 33	結核菌群抗原精密測定	330	→ 290	D012 31	

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	ダニ特異IgG抗体価	310	→ 310	D012 32	
D012 35	HIV-1抗体価精密測定	370	→ 320	D012 33	
D012 34	ウイルフェリックス反応	350	→ 330	D012 34	
D012 34	ヴィダール反応	350	→ 350	D012 35	
D012 38	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	520	→ 460	D012 37	
D012 37	HTLV-I抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)	500	→ 500	D012 38	
D012 41	抗アセチルコリンレセプター抗体価	1,280	→ 1,100	D012 41	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原	38	→ 34	D013 1	
D013 2	HBs抗体価	42	→ 36	D013 2	
D013 3	HBs抗原精密測定	120	→ 110	D013 3	
D013 3	HBs抗体価精密測定	120	→ 110	D013 3	
D013 4	HBe抗原精密測定	140	→ 120	D013 4	
D013 4	HBe抗体価精密測定	140	→ 120	D013 4	
D013 5	HCV抗体価精密測定	160	→ 140	D013 5	
D013 5	HCVコア蛋白質測定	160	→ 140	D013 5	
D013 6	HBc抗体価	170	→ 150	D013 6	
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	180	→ 160	D013 7	
D013 8	HBc抗体価精密測定	190	→ 170	D013 8	
D013 8	IgM-HA抗体価精密測定	190	→ 170	D013 8	
D013 8	HA抗体価精密測定	190	→ 170	D013 8	
D013 8	IgM-HBc抗体価精密測定	190	→ 170	D013 8	
D013 9	HCVコア抗体価精密測定	200	→ 170	D013 8	
D013 9	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定	200	→ 170	D013 8	
D013 11	HCV特異抗体価測定による群別判定	320	→ 280	D013 9	
D013 13	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	380	→ 330	D013 11	
D013 14	HBV核酸同定精密測定	390	→ 340	D013 12	
D013 14	HBV核酸定量測定	390	→ 340	D013 12	
D013 12	DNAポリメラーゼ	350	→ 350	D013 13	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D013 注	包括項目:3項目	390	→ 340	D013 注	
D013 注	包括項目:4項目	490	→ 420	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	650	→ 560	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	16	→ 14	D014 1	
D014 2	リウマチ因子スクリーニング	23	→ 20	D014 2	
D014 3	リウマチ因子測定	42	→ 36	D014 3	
D014 4	抗ガラクトース欠損IgG抗体	46	→ 40	D014 4	
D014 5	甲状腺自己抗体検査	50	→ 44	D014 5	
D014 6	抗DNA抗体	75	→ 65	D014 6	
D014 7	抗核抗体	85	→ 75	D014 7	
D014 8	抗核抗体精密測定	150	→ 130	D014 8	
D014 8	インスリン抗体精密測定	150	→ 130	D014 8	
D014 9	抗ガラクトース欠損IgG抗体精密測定	160	→ 140	D014 9	
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	160	→ 140	D014 9	
D014 10	抗SS-A/Ro抗体	190	→ 170	D014 10	
D014 10	抗SS-B/La抗体	190	→ 170	D014 10	
D014 10	抗Scl-70抗体	190	→ 170	D014 10	
D014 10	抗Jo-1抗体	190	→ 170	D014 10	
D014 10	甲状腺自己抗体精密測定	190	→ 170	D014 10	
D014 11	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	200	→ 170	D014 10	
D014 10	抗RNP抗体	190	→ 170	D014 10	
D014 11	抗RNP抗体精密測定	200	→ 170	D014 10	
D014 10	抗Sm抗体	190	→ 190	D014 11	
D014 12	抗SS-A/Ro抗体精密測定	220	→ 190	D014 11	
D014 12	抗SS-B/La抗体精密測定	220	→ 190	D014 11	
D014 12	抗Scl-70抗体精密測定	220	→ 190	D014 11	
D014 12	抗Sm抗体精密測定	220	→ 190	D014 11	
D014 13	抗DNA抗体精密測定	240	→ 210	D014 12	
D014 14	抗セントロメア抗体精密測定	250	→ 220	D014 13	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 15	抗ミトコンドリア抗体精密測定	310	→ 270	D014 14	
D014 15	抗カルジオリピン β 2グリコпротеインI (抗CL β 2GPI)複合体抗体	310	→ 270	D014 14	
D014 15	抗LKM-1抗体精密測定	310	→ 270	D014 14	
D014 16	抗カルジオリピン抗体精密測定	330	→ 290	D014 15	
D014 17	TSHレセプター抗体精密測定	340	→ 290	D014 15	
- -	血清中抗デスモグレイン1抗体		→ 310	D014 16	新設
- -	血清中抗デスモグレイン3抗体		→ 310	D014 16	新設
D014 16	ループスアンチコアグラント	330	→ 330	D014 17	
D014 19	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	380	→ 330	D014 17	
D014 20	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	390	→ 340	D014 18	
D014 21	抗糸球体基底膜抗体精密測定	400	→ 340	D014 18	
D014 18	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定	370	→ 370	D014 19	
D014 注	包括項目:2項目	430	→ 370	D014 注	
D014 注	包括項目:3項目以上	570	→ 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	22	→ 19	D015 1	
D015 2	C反応性蛋白(CRP)定量	23	→ 20	D015 2	
D015 4	血清補体価(CH50)	50	→ 44	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	50	→ 44	D015 4	
D015 5	クリオグロブリン	55	→ 48	D015 5	
D015 4	血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定	50	→ 50	D015 6	
D015 6	トランスフェリン	80	→ 70	D015 7	
D015 6	トランスフェリン精密測定	80	→ 70	D015 7	
D015 7	補体蛋白(C3)精密測定	95	→ 85	D015 8	
D015 7	補体蛋白(C4)精密測定	95	→ 85	D015 8	
D015 7	補体蛋白(C3)	95	→ 85	D015 8	
D015 7	補体蛋白(C4)	95	→ 85	D015 8	
D015 8	アポリポ蛋白	130	→ 120	D015 9	
D015 8	β 2-マイクログロブリン(β 2-m)	130	→ 120	D015 9	
D015 8	非特異的IgE	130	→ 120	D015 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		
D015 8	特異的IgE	130	→ 120	D015 9	
D015 9	プレアルブミン	140	→ 120	D015 9	
D015 10	$\beta 2$ -マイクログロブリン($\beta 2$ -m)精密測定	150	→ 130	D015 10	
D015 9	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 11	
D015 10	$\alpha 1$ -酸性糖蛋白精密測定	150	→ 150	D015 12	
D015 10	レチノール結合蛋白(RBP)精密測定	150	→ 150	D015 12	
D015 11	C3プロアクチベータ	170	→ 170	D015 13	
D015 12	ハプトグロビン(型補正を含む。)	190	→ 170	D015 13	
D015 13	ヘモペキシン	210	→ 180	D015 14	
D015 13	第Ⅷ因子様抗原	210	→ 190	D015 15	
D015 13	第Ⅷ因子様抗原精密測定	210	→ 190	D015 15	
D015 14	C1q結合免疫複合体精密測定	220	→ 190	D015 15	
D015 15	血中APRスコア	230	→ 200	D015 16	
D015 13	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)測定	210	→ 210	D015 17	
D015 16	C3d結合免疫複合体精密測定	240	→ 210	D015 17	
D015 17	モノクローナルRF結合免疫複合体精密測定	260	→ 230	D015 18	
D015 17	アトピー鑑別試験	260	→ 230	D015 18	
D015 18	IgG型リウマチ因子精密測定	280	→ 240	D015 19	
D015 19	免疫電気泳動法(同一検体に対し一連につき)	320	→ 280	D015 20	
D015 21	C1インアクチベータ	350	→ 300	D015 21	
D015 20	免疫グロブリンL鎖 κ/λ 比	340	→ 340	D015 22	
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)	230	→ 200	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)	250	→ 220	D016 2	
D016 1	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	→ 230	D016 3	
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	280	→ 240	D016 4	
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)	290	→ 250	D016 5	
-	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査		→ 290	D016 6	新設
D016 5	ロゼット法によるリンパ球サブセット検査(種目数にかかわらず一連につき)	310	→ 310	D016 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		
D016 6	リンパ球幼若化検査(一連につき)	400	→ 340	D016 8	
D016 7	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)	1,370	→ 1,200	D016 9	
(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	38	→ 34	D017 1	
D017 2	保温装置使用のアメーバ検査	46	→ 40	D017 2	
D017 3	その他のもの	22	→ 19	D017 3	
D018	細菌培養同定検査等			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	→ 140	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	150	→ 130	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	150	→ 130	D018 2	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	130	→ 120	D018 3	
D018 4	その他の部位からの検体	120	→ 110	D018 4	
D018 5	簡易培養検査	60	→ 55	D018 5	
D018 注	嫌気性培養加算	85	→ 75	D018 注	D018の1から5までに係る
D018 6	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')	60	→ 55	D018 6	
D018 8	尿素呼気試験	80	→ 70	D018 7	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	140	→ 120	D019 1	
D019 2	2菌種	200	→ 170	D019 2	
D019 3	3菌種以上	270	→ 230	D019 3	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	160	→ 140	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	150	→ 130	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査			D021	
D021 1	ナイアシンテスト	100	→ 90	D021 1	
D021 2	その他の同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	280	→ 250	D021 2	
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	230	→ 200	D022 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		
D022 2	4薬剤以上	270	→ 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)	150	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定精密検査	260	→ 230	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査	260	→ 230	D023 2	
D023 3	淋菌核酸増幅同定精密検査	280	→ 240	D023 3	
D023 3	クラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査	280	→ 240	D023 3	
D023 4	結核菌核酸同定精密検査	480	→ 410	D023 4	
D023 4	HCV核酸同定検査	480	→ 410	D023 4	
D023 4	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	480	→ 410	D023 4	
D023 5	抗酸菌群核酸同定精密検査	500	→ 430	D023 5	
D023 6	結核菌群核酸増幅同定検査	550	→ 470	D023 6	
- -	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		→ 480	D023 7	新設
- -	SARSコロナウイルス核酸増幅検査		→ 480	D023 7	新設
D023 7	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	570	→ 490	D023 8	
D023 8	HCV核酸定量検査	600	→ 510	D023 9	
D023 9	HIV-Ⅰ核酸増幅定量精密検査	620	→ 530	D023 10	
D023 9	注 濃縮前処理加算	100	→ 90	D023 10	
- -	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査		→ 550	D023 11	新設
	(基本的検体検査実施料)				
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	165	→ 150	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	130	→ 120	D025 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		
第2款 検定検査判断料					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	32	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	130	→ 135	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	150	→ 155	D026 3	
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	130	→ 134	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	140	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	145	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(I)	30	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅱ)	250	→ 300	D026 注	
第2節 病理学的検査料					
第1款 病理学的検査実施料					
(病理学的検査)					
D101-2	その他の病理組織検査			D101-2	
D101-2 1	エストロゲンレセプター検査	950	→ 810	D101-2 1	
D101-2 2	プロジェステロンレセプター(PgR)検査	950	→ 810	D101-2 2	
D101-2 3	HER2タンパク	950	→ 810	D101-2 3	
- -	HER2遺伝子		→ 2,000	D103-2	新設
第2款 病理学的検査診断・判断料					
(脳波検査等)					
- -	神経磁気診断		→ 5,000	D236-3	新設
D237	終夜睡眠ポリグラフィー				
D237 1	携帯用装置を使用した場合	600	→ 720	D237 1	
D237 2	1以外の場合	2,200	→ 3,300	D237 2	
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 3	簡易聴力検査(種目数にかかわらず一連につき)	80	→	D244 3	
- -	イ 標準純音聴力検査		→ 110	D244 3	項目の細分化
- -	ロ その他		→ 40	D244 3	項目の細分化

第4部 画像診断

通則

(通則の変更：点数の見直し)

(通則の変更：点数の見直し)

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48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。

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

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。

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E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に7 2点を加算する。		に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に8 7点を加算する。
コンピューター断層撮影（一連につき） （点数の見直し）	2 特殊C T撮影（管腔描出を行った場合） イ 頭部 7 1 5 点 ロ 躯幹 9 6 0 点 ハ 四肢 6 7 0 点	→	7 1 0 点 9 5 0 点 6 6 0 点
磁気共鳴コンピューター断層撮影 （一連につき） （点数の見直し）	2 特殊M R I 撮影（管腔描出を行った場合） イ 頭部 1, 7 6 0 点 ロ 躯幹 1, 8 8 0 点 ハ 四肢 1, 7 9 0 点	→	1, 5 0 0 点 1, 6 0 0 点 1, 5 2 0 点

第 6 部

注射

点滴注射（1日につき）

（注の変更）

※入院医療における安全対策等
の評価の見直し

注 2 区分番号 G 0 0 5 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 4 0
点を加算する。

注 2 区分番号 G 0 0 5 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つて細胞
毒性を有するもの及び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 4 0 点を加算する。

第 7 部

リハビリテーション

理学療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逓減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定する。

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定
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、1 日 2 単位、かつ、1 月に合
計 12 単位に限り算定する。

作業療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逓減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定する。

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定
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、1 日 2 単位、かつ、1 月に合
計 12 単位に限り算定する。

言語聴覚療法

(項目の分割)

※言語聴覚療法の見直し

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法(1単位)	250点
ロ	集団療法(1単位)	100点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法(1単位)	180点
ロ	集団療法(1単位)	80点

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逡減制及び算定制限の見直し

3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

(注の追加)

※言語聴覚療法の見直し

(新設)

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法(1単位)	250点
ロ	集団療法(1単位)	100点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法(1単位)	180点
ロ	集団療法(1単位)	80点
3	言語聴覚療法(III)	
イ	個別療法(1単位)	100点
ロ	集団療法(1単位)	40点

注3 集団療法については、患者1人につき1日
2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定
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、1日2単位、かつ、1月に合
計12単位に限り算定する。

注5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に
対して、リハビリテーション計画を作成し、
当該リハビリテーション計画に基づき、言語
聴覚療法(I)(個別療法に限る。)又は言語聴
覚療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合
は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテ

		ーション加算として、それぞれ次に定める点数（15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 発症後14日以内に行われた場合（1単位につき） 100点 ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 80点 ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき） 30点
--	--	---

第 8 部

精神科専門療法

精神科デイ・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して
3年を超える期間に行われる場合にあっては
、週5日を限度として算定する。

精神科ナイト・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して
3年を超える期間に行われる場合にあっては
、週5日を限度として算定する。

精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

（注の追加）

※精神科デイケアの適正評価

（新設）

注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して
3年を超える期間に行われる場合にあっては
、週5日を限度として算定する。

精神科退院前訪問指導料

(注の変更)

※社会復帰促進と在宅医療推進
のための取組の評価

(注の追加)

※社会復帰促進と在宅医療推進
のための取組の評価

精神科訪問看護・指導料

(注の追加)

※社会復帰促進と在宅医療推進
のための取組の評価

持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

(注の変更：精神分裂病の名称変更)

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。

(新設)

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回に限り算定する。

2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、所定点数に320点を加算する。

(新設)

注3 注1に規定する場合であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。

注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の精神分裂病患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該

注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該

(区分の新設) ※医療保護入院等における適切な医療の確保	薬剤を投与したときに算定する。	薬剤を投与したときに算定する。 (新設) → 医療保護入院等診療料 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の4第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
--	------------------------	--

第 9 部 処 置

エタノールの局所注入
(注の変更)

注 1 甲状腺に対する局所注入については、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。

2 甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注 1 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、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。

2 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

耳垢栓塞除去（複雑なもの）
(注の新設)

(新設)

注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

(区分の新設：介達牽引を個別に評価)

(新設)

介達牽引（1日につき）

35点

注 1 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるもののいずれかの所定点数のみにより

消炎鎮痛等処置（１日につき）

（注の変更）

※リハビリテーション等に関する
逡減制及び算定制限の見直し

注３ 同一の患者につき同一月において、２及び３の療法について併せて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。

算定する。

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回目以降について所定点数の１００分の５０に相当する点数により算定する。

注３ 同一の患者につき同一月において、２及び３の療法について併せて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回目以降について所定点数の１００分の５０に相当する点数により算定する。

第 1 0 部

手術

通則

(通則の変更：対象手術の追加)

4 区分番号K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K552、K554からK554-3まで、K599、K600、K614-3、K678、K697-4及びK768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。

(通則の変更：加算の新設)

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、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、K4

4 区分番号K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K552、K552-2、K554からK554-3まで、K596-2、K599からK600-2まで、K614-3、K678、K697-5及びK768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。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、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、K4

27-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K512、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K552、K554、K588、K596、K614、K614-2、K615、K645、K677、K695、K702、K703、K756、K764、K765、K779、K780、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合（K695及びK756に掲げる手術については、1歳未満の乳児に対して行われる場合を除く。）には、それぞれ所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

27-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K512、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K552、K554、K588、K596、K614、K614-2、K615、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を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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た場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の5に相当する点数を加算し、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われた場合は、それぞれ所定点

(通則の変更：加算の新設)

6 区分番号K528、K535、K590、K592、K594-2、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773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以外の保険医療機関において行われる場合（1歳未満の乳児に対して行われる場合に限る。）には、それぞれ所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

数の100分の30に相当する点数を減算する。

6 区分番号K528、K535、K590、K592、K594-2、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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た場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の5に相当する点数を加算し、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われた場合は、それぞれ所定点数の100分の30に相当する点数を減算する。

第1節 手術料

(名称の変更)

骨移植術（軟骨移植術、骨軟骨欠損補填材料埋没を含む。）

骨移植術（軟骨移植術を含む。）

(区分の新設)

(新設)

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

3,400点

乳腺悪性腫瘍手術

(項目の追加)

(新設)

2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）

20,000点

肺切除術

(注の変更：加算点数の見直し)

注 自動縫合器を使用した場合は、2,700点を加算する。

注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。

肺悪性腫瘍手術

(注の変更：加算点数の見直し)

注 肺縫縮又は気管支断端縫合を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2,700点を加算する。

注 肺縫縮又は気管支断端縫合を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。

肺縫縮術 (注の追加)	(新設)	注 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。
食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの） (注の変更：加算点数の見直し)	注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,900点を加算する。	注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。
食道切除後2次的再建術 (注の変更：加算点数の見直し)	注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,900点を加算する。	注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。
食道・胃静脈瘤手術 (注の変更：加算点数の見直し)	注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,900点を加算する。	注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。

(区分の新設)

(新設) → 両室ペースメーカー移植術 13,100点

(区分の新設)

(新設) → 経皮的な隔心筋焼灼術 22,800点

(区分の新設)

(新設) → 植込み型補助人工心臓

1	初日(1日につき)	30,000点
2	2日目以降30日まで(1日につき)	5,000点
3	31日目以降90日まで(1日につき)	4,000点
4	91日目以降(1月につき)	6,000点

大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)

(注の変更:加算点数の見直し)

注 自動縫合器を使用した場合は、2,700点を加算する。

注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。

胃切除術（腹腔鏡（補助）下による
ものを含む。）

（注の変更：加算点数の見直し）

注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合
は、5,900点を加算する。

注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合
は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。

胃全摘術（腹腔鏡（補助）下による
ものを含む。）

（注の変更：加算点数の見直し）

注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合
は、5,900点を加算する。

注1 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合
は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。

（対象手術の追加）

幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）

幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術及び腹腔鏡（補助）下によるものを含む。）

（区分の新設）

（新設）

肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

13,600点

小腸切除術

(注の追加：加算の新設)

(新設)

注 自動縫合器を使用した場合は、2, 500点を加算する。

結腸切除術

(対象手術の追加)

(注の変更：加算点数の見直し)

3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術

注 結腸の全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術を行うに当たって自動縫合器を使用した場合は、2, 700点を加算する。

3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。）

注 結腸の全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2, 500点を加算する。

先天性巨大結腸症手術

(注の変更：加算点数の見直し)

注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、2, 700点を加算する。

注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、2, 500点を加算する。

直腸切除・切断術

(注の変更：加算点数の見直し)

注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5, 900点を加算する。

注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5, 500点又は2, 500点をそれぞれ加算する。

鎖肛手術 (対象手術の追加)	4 腹会陰、腹仙骨式 → 4 腹会陰、腹仙骨式（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。）
(区分の新設)	(新設) → 経尿道的尿管ステント留置術 2, 270点
(区分の新設)	(新設) → 経尿道的尿管ステント拔去術 1, 000点
膀胱悪性腫瘍手術 (注の変更：加算点数の見直し)	注 尿路変更に当たって自動縫合器を使用した場合は、2, 700点を加算する。 → 注 尿路変更に当たって、自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5, 500点又は2, 500点をそれぞれ加算する。
尿道悪性腫瘍摘出術 (注の変更：加算点数の見直し)	注 尿路変更に当たって自動縫合器を使用した場合は、2, 700点を加算する。 → 注 尿路変更に当たって、自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5, 500点又は2, 500点をそれぞれ加算する。 上記のほか、手術に関する改定内容は、別表のとおり。

第10部 手術

区分番号	手術名	点 数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
第1節 手術料							
第1款 皮膚・皮下組織							
(皮膚、皮下組織)							
K000	創傷処理						
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)	1,250	→ 1,250	—	—	—	
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満)	1,680	→ 1,680	—	—	—	
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)	2,000	→ 2,000	—	—	—	
	4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm未満)	470	→ 470	—	—	—	
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm以上10cm未満)	850	→ 850	—	—	—	
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10cm以上)	1,320	→ 1,320	—	—	—	
K001	皮膚切開術						
	1 長径10cm未満	470	→ 470	—	—	—	
	2 長径10cm以上20cm未満	820	→ 820	—	—	—	
	3 長径20cm以上	1,470	→ 1,470	—	—	—	
K002	デブリードマン						
	1 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの	1,020	→ 1,020	—	—	—	
	2 半肢の大部若しくは頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲又は1肢若しくはこれに準ずる範囲のもの	2,300	→ 2,300	—	—	—	
	3 2肢若しくは全腹又は身体の大部にわたる範囲のもの	3,700	→ 3,700	—	—	—	
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)						
	1 長径3cm未満	3,480	→ 3,480	—	—	—	
	2 長径3cm以上6cm未満	7,060	→ 7,060	—	—	—	
	3 長径6cm以上	9,450	→ 9,450	—	—	—	
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)						
	1 長径3cm未満	2,110	→ 2,110	—	—	—	
	2 長径3cm以上6cm未満	4,360	→ 4,360	—	—	—	
	3 長径6cm以上	5,610	→ 5,610	—	—	—	
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)						
	1 長径2cm未満	1,660	→ 1,660	—	—	—	
	2 長径2cm以上4cm未満	3,670	→ 3,670	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 長径4cm以上	4,360	→ 4,360	—	—	—	
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)						
	1 長径3cm未満	1,280	→ 1,280	—	—	—	
	2 長径3cm以上6cm未満	3,230	→ 3,230	—	—	—	
	3 長径6cm以上	4,160	→ 4,160	—	—	—	
K007	皮膚悪性腫瘍切除術						
	1 広汎切除	16,500	→ 16,500	—	—	—	
	2 単純切除	9,400	→ 9,400	—	—	—	
K008	腋臭症手術						
	1 皮弁法	5,730	→ 5,730	—	—	—	
	2 その他のもの	1,660	→ 1,660	—	—	—	
	(形成)						
K009	皮膚剥削術						
	1 25cm ² 未満	1,490	→ 1,490	—	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	3,360	→ 3,360	—	—	—	
	3 100cm ² 以上200cm ² 未満	5,360	→ 5,360	—	—	—	
	4 200cm ² 以上	8,070	→ 8,070	—	—	—	
K010	瘢痕拘縮形成手術						
	1 顔面	9,740	→ 9,740	—	—	—	
	2 その他	8,060	→ 8,060	—	—	—	
K011	顔面神経麻痺形成手術						
	1 静的なもの	14,700	→ 14,000	70/100	5/100加算	—	
	2 動的なもの	26,000	→ 24,800	70/100	5/100加算	—	
K012	全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部以外の部位)						
	1 25cm ² 未満	5,420	→ 5,420	—	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	7,300	→ 7,300	—	—	—	
	3 100cm ² 以上200cm ² 未満	14,400	→ 14,400	—	—	—	
	4 200cm ² 以上	20,100	→ 20,100	—	—	—	
K013	全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部)						
	1 25cm ² 未満	6,070	→ 6,070	—	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	8,270	→ 8,270	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 100cm ² 以上200cm ² 未満	15,400	→ 15,400	—	—	—	
	4 200cm ² 以上	21,300	→ 21,300	—	—	—	
K014	皮膚移植術	4,410	→ 4,410	—	—	—	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術						
	1 25cm ² 未満	3,760	→ 3,760	—	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	6,830	→ 6,830	—	—	—	
	3 100cm ² 以上	10,400	→ 10,400	—	—	—	
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	→ 21,900	—	—	—	
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管下柄付きのもの)	40,000	→ 40,000	—	—	—	
K019	複合組織移植術	11,700	→ 11,700	—	—	—	
K020	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	46,200	→ 44,000	70/100	5/100加算	—	
K021	粘膜移植術	5,010	→ 5,010	—	—	—	
K021-2	粘膜弁手術						
	1 4cm ² 未満	6,860	→ 6,860	—	—	—	
	2 4cm ² 以上	7,250	→ 7,250	—	—	—	
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	10,400	→ 10,400	—	—	—	
	第2款 筋骨格系・四肢・体幹						
	(筋膜、筋、腱、腱鞘)						
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	—	—	—	
K024	筋切離術	2,370	→ 2,370	—	—	—	
K025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 3,390	—	—	—	
K026	股関節筋群解離術	9,340	→ 9,340	—	—	—	
K027	筋炎手術						
	1 腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→ 2,060	—	—	—	
	2 その他の筋	1,210	→ 1,210	—	—	—	
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	→ 2,050	—	—	—	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	—	—	—	
K030	四肢軟部腫瘍摘出術						
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿	6,060	→ 6,060	—	—	—	
	2 手、足	3,750	→ 3,750	—	—	—	
K031	四肢軟部悪性腫瘍手術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿	12,200	→ 12,200	—	—	—	
	2 手、足	10,200	→ 10,200	—	—	—	
K033	筋膜移植術						
	1 指(手、足)	6,070	→ 6,070	—	—	—	
	2 その他のもの	8,180	→ 8,180	—	—	—	
K034	腱切離術・腱切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	→ 3,300	—	—	—	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	6,760	→ 6,760	—	—	—	
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 6,760			—	
K037	腱縫合術	6,700	→ 6,700	—	—	—	
K038	腱延長術	6,910	→ 6,910	—	—	—	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)						
	1 指(手、足)	8,050	→ 8,050	—	—	—	
	2 その他のもの	10,700	→ 10,700	—	—	—	
K040	腱移行術						
	1 指(手、足)	8,050	→ 8,050	—	—	—	
	2 その他のもの	10,700	→ 10,700	—	—	—	
	(四肢骨)						
K042	骨穿孔術	1,730	→ 1,730	—	—	—	
K043	骨搔爬術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	—	—	—	
	2 前腕、下腿	5,150	→ 5,150	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	—	—	—	
K044	骨折非観血的整復術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	—	—	—	
	2 前腕、下腿	1,780	→ 1,780	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→ 1,440	—	—	—	
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	4,400	→ 4,400	—	—	—	
	2 前腕、下腿	3,600	→ 3,600	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→ 1,660	—	—	—	
K046	骨折観血的手術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 肩甲骨、上腕、大腿	12,800	→ 12,800	—	—	—	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	8,760	→ 8,760	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	5,610	→ 5,610	—	—	—	
K046-2	象皮病根治手術						
	1 大腿	16,200	→ 16,200	—	—	—	
	2 下腿	11,300	→ 11,300	—	—	—	
K047	難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	—	—	—	
K047-2	難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	—	—	—	
K048	骨内異物(挿入物)除去術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	4,650	→ 4,650	—	—	—	
	2 前腕、下腿	4,180	→ 4,180	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	→ 2,900	—	—	—	
K049	骨部分切除術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	4,540	→ 4,540	—	—	—	
	2 前腕、下腿	4,410	→ 4,410	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	→ 3,280	—	—	—	
K050	腐骨摘出術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,850	→ 8,850	—	—	—	
	2 前腕、下腿	6,170	→ 6,170	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420	—	—	—	
K051	骨全摘術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	16,500	→ 16,500	—	—	—	
	2 前腕、下腿	7,720	→ 7,720	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,970	→ 3,970	—	—	—	
K052	骨腫瘍切除術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 10,300	—	—	—	
	2 前腕、下腿	7,210	→ 7,210	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 3,340	—	—	—	
K053	骨悪性腫瘍手術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	19,200	→ 18,300	70/100	5/100加算	—	
	2 前腕、下腿	17,700	→ 16,900	70/100	5/100加算	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	11,500	→ 11,000	70/100	5/100加算	—	
K054	骨切り術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,800	→ 17,800	—	—	—	
	2 前腕、下腿	12,200	→ 12,200	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	→ 6,100	—	—	—	
K055	変形性股関節症手術(骨切り、臼蓋形成を伴うもの)	19,100	→ 19,100	—	—	—	
K056	偽関節手術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	16,900	→ 16,900	—	—	—	
	2 前腕、下腿	15,400	→ 15,400	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	8,580	→ 8,580	—	—	—	
K057	変形治療骨折矯正手術						
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,500	→ 18,500	—	—	—	
	2 前腕、下腿	16,300	→ 16,300	—	—	—	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	9,330	→ 9,330	—	—	—	
K058	骨長調整手術						
	1 骨端軟骨発育抑制術	9,670	→ 9,670	—	—	—	
	2 骨短縮術	8,850	→ 8,850	—	—	—	
	3 骨延長術(指(手、足))	12,000	→ 12,000	—	—	—	
	4 骨延長術(指(手、足)以外)	15,800	→ 15,800	—	—	—	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)						
	1 自家骨移植	9,160	→ 9,160	—	—	—	
	2 自家骨移植以外	7,920	→ 7,920	—	—	—	
	(四肢関節、靱帯)						
K060	関節切開術						
	1 肩、股、膝	2,770	→ 2,770	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	680	→ 680	—	—	—	
K061	関節脱臼非観血的整復術						
	1 肩、股、膝	1,580	→ 1,580	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,000	→ 1,000	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	600	→ 600	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)	2,270	→ 2,270	—	—	—	
K063	関節脱臼観血的整復術						
	1 肩、股、膝	18,500	→ 18,500	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	12,800	→ 12,800	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,920	→ 8,920	—	—	—	
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	12,500	→ 12,500	—	—	—	
K065	関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下によるものを含む。)						
	1 肩、股、膝	7,570	→ 7,570	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	4,800	→ 4,800	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,190	→ 3,190	—	—	—	
K066	関節滑膜切除術(関節鏡下によるものを含む。)						
	1 肩、股、膝	10,800	→ 10,800	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 10,100	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	6,720	→ 6,720	—	—	—	
K067	関節鼠摘出手術(関節鏡下によるものを含む。)						
	1 肩、股、膝	10,300	→ 10,300	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	8,980	→ 8,980	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	4,260	→ 4,260	—	—	—	
K068	半月板切除術(関節鏡下によるものを含む。)	9,100	→ 9,100	—	—	—	
K069	半月板縫合術(関節鏡下によるものを含む。)	10,000	→ 10,000	—	—	—	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除術・縫合術	11,200	→ 11,200	—	—	—	
K070	ガングリオン摘出術						
	1 手、足、指(手、足)	3,050	→ 3,050	—	—	—	
	2 その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	→ 3,190	—	—	—	
K072	関節切除術						
	1 肩、股、膝	11,400	→ 11,400	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	9,510	→ 9,510	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	4,360	→ 4,360	—	—	—	
K073	関節内骨折観血的手術						
	1 肩、股、膝	16,800	→ 16,800	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 10,100	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 肩鎖、指(手、足)	6,140	→ 6,140	—	—	—	
K074	靱帯断裂縫合術(関節鏡下によるものを含む。)						
	1 十字靱帯	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	2 膝側副靱帯	10,200	→ 10,200	—	—	—	
	3 指(手、足)その他の靱帯	6,750	→ 6,750	—	—	—	
K075	非観血的関節授動術						
	1 肩、股、膝	1,320	→ 1,320	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	490	→ 490	—	—	—	
K076	観血的関節授動術						
	1 肩、股、膝	26,500	→ 25,200	70/100	5/100加算	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	16,900	→ 16,100	70/100	5/100加算	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	6,510	→ 6,200	70/100	5/100加算	—	
K077	観血的関節制動術						
	1 肩、股、膝	16,200	→ 16,200	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	9,210	→ 9,210	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	4,270	→ 4,270	—	—	—	
K078	観血的関節固定術						
	1 肩、股、膝	18,400	→ 18,400	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	11,000	→ 11,000	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	5,540	→ 5,540	—	—	—	
K079	靱帯断裂形成手術(関節鏡下によるものを含む。)						
	1 十字靱帯	19,100	→ 18,200	70/100	5/100加算	—	
	2 膝側副靱帯	11,800	→ 11,200	70/100	5/100加算	—	
	3 指(手、足)、その他の靱帯	9,850	→ 9,400	70/100	5/100加算	—	
K080	関節形成手術						
	1 肩、股、膝	26,500	→ 26,500	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,600	→ 17,600	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,130	→ 8,130	—	—	—	
K080-2	内反足手術	17,600	→ 16,800	70/100	5/100加算	—	
K081	人工骨頭挿入術			—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 肩、股、膝	15,600	→ 15,600				
	2 胸鎖、肘、手、足	11,600	→ 11,600	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	5,370	→ 5,370	—	—	—	
K082	人工関節置換術						
	1 肩、股、膝	23,600	→ 22,500	70/100	5/100加算	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,500	→ 16,700	70/100	5/100加算	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,840	→ 7,500	70/100	5/100加算	—	
K082-2	人工関節抜去術						
	1 肩、股、膝	15,500	→ 15,500	—	—	—	
	2 胸鎖、肘、手、足	12,200	→ 12,200	—	—	—	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,250	→ 8,250	—	—	—	
K083	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	→ 2,030	—	—	—	
	(四肢切断、離断、再接合)						
K084	四肢切断術						
	1 肩甲帯	21,600	→ 21,600	—	—	—	
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	14,400	→ 14,400	—	—	—	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	—	—	—	
K085	四肢関節離断術						
	1 肩、股、膝	15,400	→ 15,400	—	—	—	
	2 肘、手、足	10,100	→ 10,100	—	—	—	
	3 指(手、足)	3,330	→ 3,330	—	—	—	
K086	断端形成術(軟部形成のみのもの)						
	1 指(手、足)	2,770	→ 2,770	—	—	—	
	2 その他	3,300	→ 3,300	—	—	—	
K087	断端形成術(骨形成を要するもの)						
	1 指(手、足)	6,100	→ 6,100	—	—	—	
	2 その他	8,760	→ 8,760	—	—	—	
K088	切断四肢再接合術						
	1 四肢	64,400	→ 64,400	—	—	—	
	2 指(手、足)	36,400	→ 36,400	—	—	—	
	(手、足)						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K089	爪甲除去術	640	→ 640	—	—	—	
K090	瘰癧手術						
	1 軟部組織	990	→ 990	—	—	—	
	2 骨、関節	1,280	→ 1,280	—	—	—	
K091	陥入爪手術						
	1 簡単なもの	1,400	→ 1,400	—	—	—	
	2 爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→ 2,490	—	—	—	
K092	茎状突起管開放手術	1,660	→ 1,660	—	—	—	
K093	手根管開放手術(関節鏡下によるものを含む。)	4,290	→ 4,290	—	—	—	
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	15,000	→ 15,000	—	—	—	
K096	手掌、足底腱膜切離術・切除術	2,750	→ 2,750	—	—	—	
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	—	—	—	
K098	手掌屈筋腱縫合術	6,560	→ 6,560	—	—	—	
K099	指瘻痕拘縮手術	5,290	→ 5,290	—	—	—	
K099-2	デュプイトレン拘縮手術						
	1 1指	6,170	→ 6,170	—	—	—	
	2 2指から3指	13,300	→ 13,300	—	—	—	
	3 4指以上	17,600	→ 17,600	—	—	—	
K100	多指症手術						
	1 軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	—	—	—	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	7,840	→ 7,840	—	—	—	
K101	合指症手術						
	1 軟部形成のみのもの	5,630	→ 5,630	—	—	—	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	→ 8,230	—	—	—	
K102	巨指症手術						
	1 軟部形成のみのもの	6,410	→ 6,410	—	—	—	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 9,110	—	—	—	
K103	屈指症手術、斜指症手術						
	1 軟部形成のみのもの	6,810	→ 6,810	—	—	—	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 9,110	—	—	—	
K105	裂手、裂足手術	15,000	→ 15,000	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K106	母指化手術	16,600	→ 15,800	70/100	5/100加算	—	
K107	指移植手術	42,500	→ 40,500	70/100	5/100加算	—	
K108	母指対立再建術	9,850	→ 9,850	—	—	—	
K109	神経血管柄付植皮術(手・足)	21,100	→ 20,100	70/100	5/100加算	—	
K110	第四足指短縮症手術、第一足指外反症矯正手術	9,060	→ 9,060	—	—	—	
	(脊柱、骨盤)						
K112	腸骨窩膿瘍切開術	3,590	→ 3,590	—	—	—	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	6,860	→ 6,860	—	—	—	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	10,400	→ 10,400	—	—	—	
K117	脊椎脱臼非観血の整復術	1,980	→ 1,980	—	—	—	
K118	脊椎脱臼観血の手術	18,900	→ 18,900	—	—	—	
K119	仙腸関節脱臼観血の手術	17,400	→ 17,400	—	—	—	
K120	恥骨結合離開観血の手術	6,430	→ 6,430	—	—	—	
K120-2	恥骨結合離開非観血の整復固定術	1,580	→ 1,580	—	—	—	
K121	骨盤骨折非観血の整復術	1,980	→ 1,980	—	—	—	
K124	腸骨翼骨折観血の手術	9,320	→ 9,320	—	—	—	
K125	骨盤骨折観血の手術(腸骨翼骨折を除く。)	18,800	→ 18,800	—	—	—	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)						
	1 棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150	—	—	—	
	2 その他	3,470	→ 3,470	—	—	—	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	7,550	→ 7,550	—	—	—	
K131	椎弓切除術	12,100	→ 12,100	—	—	—	
K132	椎弓形成手術	19,100	→ 19,100	—	—	—	
K133	黄色靱帯骨化症手術	17,000	→ 17,000	—	—	—	
K134	椎間板摘出術						
	1 前方摘出術	20,600	→ 20,600	—	—	—	
	2 後方摘出術	17,200	→ 17,200	—	—	—	
	3 側方摘出術	17,100	→ 17,100	—	—	—	
	4 経皮的髄核摘出術	10,100	→ 10,100	—	—	—	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	19,700	→ 19,700	—	—	—	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	31,100	→ 29,600	70/100	5/100加算		

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K137	骨盤半切断術	32,900	→ 32,900	—	—	—	
K138	脊椎披裂手術						
	1 神経処置を伴う	15,800	→ 15,800	—	—	—	
	2 その他のもの	9,770	→ 9,770	—	—	—	
K139	脊椎骨切り術	26,900	→ 26,900	—	—	—	
K140	骨盤骨切り術	19,900	→ 19,900	—	—	—	
K141	白蓋形成手術	16,700	→ 16,700	—	—	—	
K142	脊椎固定術						
	1 椎体に達するもの	34,800	→ 34,800	—	—	—	
	2 椎体に達しないもの	25,100	→ 25,100	—	—	—	
K143	仙腸関節固定術	21,900	→ 21,900	—	—	—	
K144	体外式脊椎固定術	22,000	→ 22,000	—	—	—	
	第3款 神経系・頭蓋						
	(頭蓋、脳)						
K145	穿頭術後脳室ドレナージ	1,940	→ 1,940	—	—	—	
K146	頭蓋開溝術	8,540	→ 8,540	—	—	—	
K147	穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	—	—	—	
K148	試験開頭術	9,380	→ 9,380	—	—	—	
K149	減圧開頭術	14,200	→ 14,200	—	—	—	
K150	脳膿瘍排膿術	15,700	→ 15,700	—	—	—	
K151	脳くも膜癒着剝離術	20,700	→ 20,700	—	—	—	
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	102,000	→ 97,100	70/100	5/100加算	—	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	29,300	→ 29,300	—	—	—	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	27,200	→ 27,200	—	—	—	
K154	定位脳手術	26,200	→ 25,000	70/100	5/100加算	—	
K154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	58,500	→ 55,700	70/100	5/100加算	—	
K155	脳切截術(開頭して行うもの)	8,060	→ 8,060	—	—	—	
K156	延髄における脊髄視床路切截術	21,000	→ 21,000	—	—	—	
K157	三叉神経節後線維切截術	19,100	→ 19,100	—	—	—	
K158	視神経管開放術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	26,000	→ 26,000	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K160	脳神経手術(開頭して行うもの)	23,000	→ 21,900	70/100	5/100加算	—	
K161	頭蓋骨腫瘍摘出術	13,900	→ 13,900	—	—	—	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	—	—	—	
K163	頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→ 8,450	—	—	—	
K164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)						
	1 硬膜外のもの	24,400	→ 24,400	—	—	—	
	2 硬膜下のもの	24,900	→ 24,900	—	—	—	
	3 脳内のもの	33,200	→ 33,200	—	—	—	
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K165	脳内異物摘出術	27,000	→ 27,000	—	—	—	
K166	脳膿瘍全摘術	21,600	→ 21,600	—	—	—	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	32,900	→ 31,300	70/100	5/100加算		
K168	脳切除術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術						
	1 松果体部腫瘍	85,000	→ 81,000	70/100	5/100加算	—	
	2 その他のもの	83,300	→ 79,300	70/100	5/100加算	—	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	50,700	→ 48,300	70/100	5/100加算	—	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	47,600	→ 45,300	70/100	5/100加算	—	
K172	脳動静脈奇形摘出術	85,200	→ 85,200	—	—	—	
K173	脳・脳膜脱手術	18,500	→ 18,500	—	—	—	
K173-2	硬脳膜血管結紮術	14,800	→ 14,800	—	—	—	
K174	水痘症手術						
	1 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	21,800	→ 20,800	70/100	5/100加算	—	
	2 シャント手術	18,700	→ 17,800	70/100	5/100加算	—	
K175	脳動脈瘤被包術						
	1 1箇所	42,200	→ 40,200	70/100	5/100加算	—	
	2 2箇所以上	55,800	→ 53,100	70/100	5/100加算	—	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)						
	1 1箇所	44,400	→ 42,300	70/100	5/100加算	—	
	2 2箇所以上	61,300	→ 58,400	70/100	5/100加算	—	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 1箇所	71,700	→ 68,300	70/100	5/100加算	—	
	2 2箇所以上	84,100	→ 80,100	70/100	5/100加算	—	
K178	脳血管内手術	34,300	→ 32,700	70/100	5/100加算	—	
K178-2	経皮的脳血管形成術	22,100	→ 21,000	70/100	5/100加算	—	
K178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術						
	1 頭蓋内脳血管の場合	15,500	→ 15,500	—	—	—	
	2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	11,100	→ 11,100	—	—	—	
K179	髄液漏閉鎖術	23,300	→ 23,300	—	—	—	
K180	頭蓋骨形成手術						
	1 頭蓋骨のみのもの	9,730	→ 9,730	—	—	—	
	2 硬膜形成を伴うもの	14,000	→ 14,000	—	—	—	
K181	脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術	25,700	→ 24,500	○及び70/100	○及び5/100加算	—	
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050	→ 8,050	○	○	—	
	(脊髄、末梢神経、交感神経)						
K182	神経縫合術						
	1 指(手、足)	9,720	→ 9,720	—	—	—	
	2 その他のもの	14,500	→ 14,500	—	—	—	
K183	脊髄硬膜切開術	13,900	→ 13,900	—	—	—	
K184	減圧脊髄切開術	14,500	→ 14,500	—	—	—	
K185	脊髄切截術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
K187	脊髄視床路切截術	21,800	→ 21,800	—	—	—	
K188	神経剝離術	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K189	脊髄ドレナージ	340	→ 340	—	—	—	
K190	脊髄刺激装置植込術	17,900	→ 17,000	○及び70/100	○及び5/100加算	—	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050	→ 8,050	○	○	—	
K191	脊髄腫瘍摘出術						
	1 髄外のもの	33,300	→ 33,300	—	—	—	
	2 髄内のもの	54,500	→ 54,500	—	—	—	
K192	脊髄血管腫摘出術	56,700	→ 56,700	—	—	—	
K193	神経腫切除術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 指(手、足)	5,770	→ 5,770	—	—	—	
	2 その他のもの	9,020	→ 9,020	—	—	—	
K194	神経捻除術						
	1 後頭神経	4,410	→ 4,410	—	—	—	
	2 上眼窩神経	4,410	→ 4,410	—	—	—	
	3 眼窩下神経	4,410	→ 4,410	—	—	—	
	4 おとがい神経	4,410	→ 4,410	—	—	—	
	5 下顎神経	6,170	→ 6,170	—	—	—	
K195	交感神経切除術						
	1 頸動脈周囲	6,500	→ 6,500	—	—	—	
	2 股動脈周囲	6,170	→ 6,170	—	—	—	
K196	交感神経節切除術						
	1 頸部	14,000	→ 14,000	—	—	—	
	2 胸部	14,000	→ 14,000	—	—	—	
	3 腰部	9,610	→ 9,610	—	—	—	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術	15,400	→ 15,400	—	—	—	
K197	神経移行術	18,200	→ 18,200	—	—	—	
K198	神経移植術	17,800	→ 17,800	—	—	—	
	第4款 眼						
	(涙嚢、涙管)						
K199	涙点切開術、涙点閉鎖術、涙小管拡大術	550	→ 550	—	—	—	
K200	涙嚢切開術	690	→ 690	—	—	—	
K200-2	涙点プラグ挿入術	630	→ 630	—	—	—	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	—	—	—	
K202	涙管シリコンチューブ挿入術	1,810	→ 1,810	—	—	—	
K203	涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	—	—	—	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	14,500	→ 13,800	70/100	5/100加算	—	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	—	—	—	
K206	涙小管形成手術	8,580	→ 8,580	—	—	—	
	(眼瞼)						
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	—	—	—	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	—	—	—	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	—	—	—	
K212	兎眼矯正術	5,150	→ 5,150	—	—	—	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	—	—	—	
K214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	—	—	—	
K215	瞼板切除術	1,580	→ 1,580	—	—	—	
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→ 5,140	—	—	—	
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	→ 9,150	—	—	—	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	→ 1,660	—	—	—	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 2,820	—	—	—	
K219	眼瞼下垂症手術						
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	—	—	—	
	2 筋膜移植法	9,500	→ 9,500	—	—	—	
	3 その他のもの	6,070	→ 6,070	—	—	—	
	(結膜)						
K220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	—	—	—	
K221	結膜結石除去術(1眼瞼ごと)	260	→ 260	—	—	—	
K222	結膜下異物除去術	390	→ 390	—	—	—	
K223	結膜嚢形成手術						
	1 部分形成	2,460	→ 2,460	—	—	—	
	2 皮膚及び結膜の形成	6,980	→ 6,980	—	—	—	
	3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	8,580	→ 8,580	—	—	—	
K224	翼状片手術						
	1 弁の移植を要するもの	4,380	→ 4,380	—	—	—	
	2 その他のもの	1,980	→ 1,980	—	—	—	
K225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	—	—	—	
K225-2	結膜腫瘍摘出術	6,890	→ 6,890	—	—	—	
	(眼窩、涙腺)						
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	—	—	—	
K227	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	8,840	→ 8,840	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K228	眼窩変形治癒骨折矯正術	15,300	→ 15,300	—	—	—	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	5,680	→ 5,400	70/100	5/100加算	—	
K230	眼窩内異物除去術(深在性)						
	1 視神経周囲、眼窩尖端	12,800	→ 12,200	70/100	5/100加算	—	
	2 その他	7,840	→ 7,500	70/100	5/100加算	—	
K231	涙腺摘出術(切除を含む。)	1,580	→ 1,580	—	—	—	
K232	眼窩涙腺腫瘍摘出(切除)術	2,900	→ 2,900	—	—	—	
K233	眼窩内容除去術	8,710	→ 8,710	—	—	—	
K234	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	4,640	→ 4,400	70/100	5/100加算	—	
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)						
	1 視神経周囲、眼窩尖端	24,300	→ 23,100	70/100	5/100加算	—	
	2 その他	16,100	→ 15,300	70/100	5/100加算	—	
K236	眼窩悪性腫瘍手術	24,800	→ 23,600	70/100	5/100加算	—	
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	11,800	→ 11,800	—	—	—	
	(眼球、眼筋)						
K238	眼球内異物摘出術(硝子体内異物摘出を含む。)	8,230	→ 8,230	—	—	—	
K239	眼球内容除去術	3,020	→ 3,020	—	—	—	
K241	眼球摘出術	2,820	→ 2,820	—	—	—	
K242	斜視手術						
	1 前転法	4,280	→ 4,280	—	—	—	
	2 後転法	4,200	→ 4,200	—	—	—	
	3 前転法及び後転法の併施	8,440	→ 8,440	—	—	—	
	4 斜筋手術	6,610	→ 6,610	—	—	—	
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,430	→ 9,430	—	—	—	
K243	義眼台包埋術	3,950	→ 3,950	—	—	—	
K244	眼筋移植術	12,400	→ 11,800	70/100	5/100加算	—	
K245	眼球摘除及び組織又は義眼台充填術	4,340	→ 4,340	—	—	—	
	(角膜、強膜)						
K246	角膜強膜縫合術	2,980	→ 2,980	—	—	—	
K247	角膜縫合術、強膜縫合術、結膜強膜縫合術	2,770	→ 2,770	—	—	—	
K248	角膜パンプス手術(角膜パンプス冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K249	角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	—	—	—	
K250	角膜切開術	990	→ 990	—	—	—	
K252	強膜異物除去術	650	→ 650	—	—	—	
K253	角膜異物除去術	650	→ 650	—	—	—	
K254	角膜切除術	2,650	→ 2,650	—	—	—	
K255	強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	→ 5,920	—	—	—	
K256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	—	—	—	
K257	角膜表層除去併用結膜被覆術	4,090	→ 4,090	—	—	—	
K258	ぶどう腫縮小術	2,650	→ 2,650	—	—	—	
K259	角膜移植術	30,600	→ 29,100	70/100	5/100加算	—	
K260	強膜移植術	12,700	→ 12,700	—	—	—	
K261	角膜形成手術	2,350	→ 2,350	—	—	—	
K262	角膜点墨染色術	1,800	→ 1,800	—	—	—	
	(ぶどう膜)						
K263	虹彩癒着剝離術	4,540	→ 4,540	—	—	—	
K264	光学的虹彩切除術	4,620	→ 4,620	—	—	—	
K265	虹彩腫瘍切除術	7,490	→ 7,490	—	—	—	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	11,900	→ 11,300	70/100	5/100加算	—	
K267	虹彩離断術	5,930	→ 5,930	—	—	—	
K268	緑内障手術						
	1 虹彩切除術、毛様体ジアテルミー	4,740	→ 4,740	—	—	—	
	2 毛様体剥離術、虹彩嵌置術、円鋸術、シェイ手術	5,080	→ 5,080	—	—	—	
	3 隅角切開術、隅角穿刺術	6,460	→ 6,460	—	—	—	
	4 洞切開術(シュレム管開放術)	10,100	→ 10,100	—	—	—	
	5 線維柱帯切断術、線維柱帯切除術、経毛様帯扁平部濾過手術	14,700	→ 14,700	—	—	—	
K269	瞳孔形成術	4,910	→ 4,910	—	—	—	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	—	—	—	
K271	毛様体光凝固術	2,760	→ 2,760	—	—	—	
K272	毛様体冷凍凝固術	1,660	→ 1,660	—	—	—	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	—	—	—	
	(眼房、網膜)						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K274	前房、虹彩内異物除去術(マグネットを使用するもの)	5,200	→ 5,200	—	—	—	
K275	網膜復位術	21,400	→ 21,400	—	—	—	
K276	網膜光凝固術						
	1 通常のもの(一連につき)	11,200	→ 11,200	—	—	—	
	2 その他特殊なもの(一連につき)	18,100	→ 18,100	—	—	—	
K277	網膜冷凍凝固術	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K277-2	黄斑下手術	39,600	→ 37,700	70/100	5/100加算	—	
	(水晶体、硝子体)						
K278	硝子体吸引術	1,900	→ 1,900	—	—	—	
K279	硝子体切除術						
	1 前部の場合	11,000	→ 11,000	—	—	—	
	2 深部の場合	19,400	→ 19,400	—	—	—	
K280	硝子体茎顕微鏡下離断術						
	1 網膜付着組織を含むもの	24,500	→ 23,300	70/100	5/100加算	—	
	2 その他のもの	20,500	→ 19,500	70/100	5/100加算	—	
K281	増殖性硝子体網膜症手術	38,600	→ 36,800	70/100	5/100加算	—	
K282	白内障手術						
	1 後発切開術	1,510	→ 1,510	—	—	—	
	2 嚢内摘出術	7,430	→ 7,430	—	—	—	
	3 吸引術	4,910	→ 4,910	—	—	—	
	4 超音波摘出術	7,430	→ 7,430	—	—	—	
	5 嚢外摘出術(後嚢研磨を含む。)	7,430	→ 7,430	—	—	—	
	6 絨毛様体扁平部水晶体摘出術	7,430	→ 7,430	—	—	—	
K282-2	後発白内障後嚢研磨術	1,880	→ 1,880	—	—	—	
K283	眼内レンズ挿入術	8,350	→ 8,350	—	—	—	
K284	硝子体置換術	4,080	→ 4,080	—	—	—	
	第5款 耳鼻咽喉						
	(外耳)						
K285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	—	—	—	
K286	外耳道異物除去術						
	1 複雑なもの	220	→ 220	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 極めて複雑なもの	790	→ 790	—	—	—	
K287	先天性耳瘻管摘出術	2,550	→ 2,550	—	—	—	
K288	副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	—	—	—	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	—	—	—	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	5,900	→ 5,900	—	—	—	
K291	耳介腫瘍摘出術	4,090	→ 4,090	—	—	—	
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	5,020	→ 5,020	—	—	—	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,000	→ 12,000	—	—	—	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	→ 23,400	—	—	—	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 2,570	—	—	—	
K296	耳介形成手術						
	1 耳介軟骨形成を要する	8,620	→ 8,620	—	—	—	
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	5,270	→ 5,270	—	—	—	
K297	外耳道形成手術	9,200	→ 9,200	—	—	—	
K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	17,400	→ 17,400	—	—	—	
K299	小耳症手術						
	1 軟骨移植による耳介形成手術	31,900	→ 31,900	—	—	—	
	2 耳介挙上	7,270	→ 7,270	—	—	—	
	(中耳)						
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	—	—	—	
K301	鼓室開放術	3,590	→ 3,590	—	—	—	
K302	上鼓室開放術	5,100	→ 5,100	—	—	—	
K303	上鼓室乳突洞開放術	10,600	→ 10,600	—	—	—	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	5,240	→ 5,240	—	—	—	
K305	乳突削開術	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K306	錐体尖端部手術	19,600	→ 19,600	—	—	—	
K307	鼓膜癒着症手術	12,700	→ 12,700	—	—	—	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,090	→ 1,090	—	—	—	
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	—	—	—	
K310	乳突充填術	4,790	→ 4,790	—	—	—	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K312	鼓膜中耳肉芽切除術	2,320	→ 2,320	—	—	—	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	20,100	→ 20,100	—	—	—	
K314	中耳悪性腫瘍手術						
	1 切除	27,300	→ 27,300	—	—	—	
	2 側頭骨摘出術	52,800	→ 52,800	—	—	—	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→ 8,490	—	—	—	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	13,300	→ 13,300	—	—	—	
K317	中耳根本手術	18,200	→ 18,200	—	—	—	
K318	鼓膜形成手術	17,200	→ 17,200	—	—	—	
K319	鼓室形成手術	32,900	→ 31,300	70/100	5/100加算	—	
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	27,000	→ 27,000	—	—	—	
	(内耳)						
K321	内耳開窓術	17,800	→ 17,800	—	—	—	
K322	経迷路の内耳道開放術	36,800	→ 35,000	70/100	5/100加算	—	
K323	内リンパ嚢開放術	21,500	→ 21,500	—	—	—	
K325	迷路摘出術						
	1 部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	14,500	→ 14,500	—	—	—	
	2 全摘出	26,900	→ 26,900	—	—	—	
K327	内耳窓閉鎖術	17,300	→ 16,500	70/100	5/100加算	—	
K328	人工内耳埋込術	30,400	→ 30,400	○	○	—	
	(鼻)						
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	—	—	—	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	—	—	—	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	—	—	—	
K332	萎縮性鼻炎粘膜下異物挿入術	2,600	→ 2,600	—	—	—	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	→ 1,640	—	—	—	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,380	→ 5,380	—	—	—	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	11,300	→ 11,300	—	—	—	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,110	→ 2,110	—	—	—	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	—	—	—	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→ 3,190	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K338	鼻甲介切除術	1,520	→ 1,520	—	—	—	
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,590	→ 2,590	—	—	—	
K340	鼻茸摘出術	1,680	→ 1,680	—	—	—	
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→ 3,020	—	—	—	
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	→ 8,740	—	—	—	
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術						
	1 切除	17,000	→ 16,200	70/100	5/100加算	—	
	2 全摘	34,600	→ 33,000	70/100	5/100加算	—	
K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	15,700	→ 15,700	—	—	—	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	10,800	→ 10,800	—	—	—	
K346	後鼻孔閉鎖症手術						
	1 単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	→ 2,800	—	—	—	
	2 複雑なもの(骨性閉鎖)	16,000	→ 16,000	—	—	—	
K347	鼻中隔矯正術	5,280	→ 5,280	—	—	—	
K347-2	変形外鼻手術	10,200	→ 10,200	—	—	—	
	(副鼻腔)						
K348	試験上顎洞開窓術	1,920	→ 1,920	—	—	—	
K349	鼻内上顎洞開窓術	2,090	→ 2,090	—	—	—	
K350	前頭洞充填術	6,510	→ 6,510	—	—	—	
K351	上顎洞血瘤腫手術	7,520	→ 7,520	—	—	—	
K352	上顎洞根本手術	5,120	→ 5,120	—	—	—	
K353	鼻内篩骨洞手術	7,230	→ 7,230	—	—	—	
K354	篩骨洞鼻外手術	9,210	→ 9,210	—	—	—	
K355	鼻内前頭洞手術	7,430	→ 7,430	—	—	—	
K356	前頭洞根本手術	9,640	→ 9,640	—	—	—	
K357	鼻内蝶形洞手術	4,910	→ 4,910	—	—	—	
K358	上顎洞篩骨洞根本手術	14,500	→ 14,500	—	—	—	
K359	前頭洞篩骨洞根本手術	13,800	→ 13,800	—	—	—	
K360	篩骨洞蝶形洞手術	13,900	→ 13,900	—	—	—	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術	16,200	→ 16,200	—	—	—	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根本手術	16,200	→ 16,200	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K362-2	経上顎洞顎動脈結紮術	15,400	→ 15,400	—	—	—	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根本手術	15,900	→ 15,900	—	—	—	
K364	汎副鼻腔根本手術	22,300	→ 22,300	—	—	—	
K365	翼突管神経切除術(経上顎洞)	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K366	副鼻腔骨形成手術	7,660	→ 7,660	—	—	—	
	(咽頭、扁桃)						
K367	咽後膿瘍切開術	1,460	→ 1,460	—	—	—	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,410	—	—	—	
K369	咽頭異物摘出術						
	1 簡単なもの	420	→ 420	—	—	—	
	2 複雑なもの	1,360	→ 1,360	—	—	—	
K370	アデノイド切除術	1,430	→ 1,430	—	—	—	
K371	上咽頭腫瘍摘出術						
	1 経口腔によるもの	3,430	→ 3,430	—	—	—	
	2 経鼻腔によるもの	3,890	→ 3,890	—	—	—	
	3 経副鼻腔によるもの	6,360	→ 6,360	—	—	—	
	4 外切開によるもの	11,600	→ 11,600	—	—	—	
K372	中咽頭腫瘍摘出術						
	1 経口腔によるもの	2,710	→ 2,710	—	—	—	
	2 外切開によるもの	11,100	→ 11,100	—	—	—	
K373	下咽頭腫瘍摘出術						
	1 経口腔によるもの	5,610	→ 5,610	—	—	—	
	2 外切開によるもの	11,400	→ 11,400	—	—	—	
K374	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→ 23,800	—	—	—	
K375	鼻咽腔線維腫手術						
	1 切除	4,750	→ 4,750	—	—	—	
	2 摘出	18,600	→ 18,600	—	—	—	
K375-2	鼻咽腔閉鎖術	12,800	→ 12,800	—	—	—	
K376	鼻咽腔悪性腫瘍手術	21,400	→ 20,400	70/100	5/100加算	—	
K377	口蓋扁桃手術						
	1 切除	1,430	→ 1,430	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 摘出	3,300	→ 3,300	—	—	—	
K378	舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	—	—	—	
K379	扁桃悪性腫瘍手術	18,900	→ 18,900	—	—	—	
K380	過長茎状突起切除術	4,520	→ 4,520	—	—	—	
K381	上咽頭形成手術	7,810	→ 7,810	—	—	—	
K382	咽頭瘻閉鎖術	7,550	→ 7,550	—	—	—	
	(喉頭、気管)						
K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	7,940	→ 7,940	—	—	—	
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	—	—	—	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	—	—	—	
K386	気管切開術	2,570	→ 2,570	—	—	—	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	—	—	—	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	→ 2,900	—	—	—	
K389	声帯結節(ポリープ)切除術						
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	—	—	—	
	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	—	—	—	
K390	喉頭異物摘出術						
	1 直達鏡によらないもの	2,920	→ 2,920	—	—	—	
	2 直達鏡によるもの	4,040	→ 4,040	—	—	—	
K391	気管異物除去術						
	1 直達鏡によるもの	4,090	→ 4,090	—	—	—	
	2 開胸手術によるもの	22,300	→ 22,300	—	—	—	
K392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 2,450	—	—	—	
K393	喉頭腫瘍摘出術						
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	—	—	—	
	2 直達鏡によるもの	4,310	→ 4,310	—	—	—	
K394	喉頭悪性腫瘍手術						
	1 切除	33,100	→ 33,100	—	—	—	
	2 全摘	30,900	→ 30,900	—	—	—	
K395	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	63,300	→ 60,300	70/100	5/100加算	—	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	7,920	→ 7,920	—	—	—	
K398	喉頭狭窄症手術						
	1 前方開大術	12,600	→ 12,600	—	—	—	
	2 前壁形成手術	12,100	→ 12,100	—	—	—	
	3 Tチューブ挿入術	6,920	→ 6,920	—	—	—	
K399	気管狭窄症手術	19,300	→ 19,300	—	—	—	
K400	喉頭形成手術						
	1 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	12,500	→ 12,500	—	—	—	
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	18,300	→ 18,300	—	—	—	
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	—	—	—	
K402	縦隔気管口形成手術	48,100	→ 48,100	—	—	—	
K403	気管形成手術						
	1 頸部よりのもの	25,700	→ 25,700	—	—	—	
	2 開胸又は胸骨正中切開によるもの	46,000	→ 46,000	—	—	—	
	第6款 顔面・口腔・頸部						
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)						
K404	拔牙手術(1歯につき)						
	1 乳歯	120	→ 120	—	—	—	
	2 前歯	150	→ 150	—	—	—	
	3 臼歯	260	→ 260	—	—	—	
	4 難拔牙	460	→ 460	—	—	—	
	5 埋伏歯	1,000	→ 1,000	—	—	—	
K406	口蓋腫瘍摘出術	6,720	→ 6,720	—	—	—	
K407	顎・口蓋裂形成手術						
	1 軟口蓋のみのもの	8,590	→ 8,590	—	—	—	
	2 硬口蓋に及ぶもの	14,300	→ 14,300	—	—	—	
	3 顎裂を伴うもの	14,900	→ 14,900	—	—	—	
	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)						
K408	口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	—	—	—	
K409	口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 5,230	—	—	—	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	—	—	—	
K412	頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→ 17,300	—	—	—	
K413	舌腫瘍摘出術						
	1 粘液嚢胞摘出術	940	→ 940	—	—	—	
	2 その他のもの	3,140	→ 3,140	—	—	—	
K414	舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→ 6,550	—	—	—	
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	→ 6,550	—	—	—	
K415	舌悪性腫瘍手術						
	1 切除	11,700	→ 11,100	70/100	5/100加算	—	
	2 亜全摘	32,900	→ 31,300	70/100	5/100加算	—	
K418	舌形成手術(巨舌症手術)	4,490	→ 4,490	—	—	—	
K418-2	舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	—	—	—	
K419	頬、口唇、舌小帯形成手術	450	→ 450	—	—	—	
	(顔面)						
K421	口唇腫瘍摘出術						
	1 粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	—	—	—	
	2 その他のもの	3,370	→ 3,370	—	—	—	
K422	口唇悪性腫瘍手術	18,700	→ 18,700	—	—	—	
K423	頬腫瘍摘出術						
	1 粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	—	—	—	
	2 その他のもの	3,370	→ 3,370	—	—	—	
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 17,900	—	—	—	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	39,600	→ 37,700	70/100	5/100加算	—	
K426	口唇裂形成手術						
	1 口唇のみの場合	7,800	→ 7,800	—	—	—	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	→ 12,200	—	—	—	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	13,100	→ 13,100	—	—	—	
	(顔面骨、顎関節)						
K427	頬骨骨折観血的整復術	8,930	→ 8,930	—	—	—	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	→ 17,100	70/100	5/100加算	—	
K428	下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K429	下顎骨折観血の手術						
	1 片側	10,000	→ 10,000	—	—	—	
	2 両側	14,700	→ 14,700	—	—	—	
K430	顎関節脱臼非観血の整復術	410	→ 410	—	—	—	
K431	顎関節脱臼観血の手術	14,100	→ 14,100	—	—	—	
K432	上顎骨折非観血の整復術	1,570	→ 1,570	—	—	—	
K433	上顎骨折観血の手術	9,010	→ 9,010	—	—	—	
K434	顔面多発骨折観血の手術	17,700	→ 16,900	70/100	5/100加算	—	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 5,120	—	—	—	
K436	顎骨腫瘍摘出術						
	1 長径3cm未満	2,820	→ 2,820	—	—	—	
	2 長径3cm以上	8,210	→ 8,210	—	—	—	
K437	下顎骨部分切除術	7,660	→ 7,660	—	—	—	
K438	下顎骨離断術	12,100	→ 12,100	—	—	—	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術						
	1 切除	18,000	→ 18,000	—	—	—	
	2 切断	24,800	→ 24,800	—	—	—	
K440	上顎骨切除術	12,000	→ 12,000	—	—	—	
K441	上顎骨全摘術	19,600	→ 19,600	—	—	—	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術						
	1 瘻爬	4,500	→ 4,300	70/100	5/100加算	—	
	2 切除	20,600	→ 19,600	70/100	5/100加算	—	
	3 全摘	32,400	→ 30,900	70/100	5/100加算	—	
K443	上顎骨形成術						
	1 単純な場合	12,500	→ 11,900	70/100	5/100加算	—	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600	→ 20,600	70/100	5/100加算	—	
K444	下顎骨形成術						
	1 おとがい形成の場合	4,990	→ 4,990	—	—	—	
	2 短縮又は伸長の場合	13,200	→ 13,200	—	—	—	
	3 再建の場合	18,500	→ 18,500	—	—	—	
K445	顎関節形成術	21,600	→ 21,600	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K446	顎関節授動術						
	1 徒手授動術(パンピングを併用した場合)	990	→ 990	—	—	—	
	2 顎関節鏡下授動術	4,320	→ 4,320	—	—	—	
	3 開放授動術	13,500	→ 13,500	—	—	—	
K447	顎関節円板整位術						
	1 顎関節鏡下円板整位術	12,600	→ 12,600	—	—	—	
	2 開放円板整位術	17,000	→ 17,000	—	—	—	
	(唾液腺)						
K448	がま腫切開術	820	→ 820	—	—	—	
K449	唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	—	—	—	
K450	唾石摘出術						
	1 表在性のもの	640	→ 640	—	—	—	
	2 深在性のもの	3,770	→ 3,770	—	—	—	
	3 腺体内に存在するもの	5,540	→ 5,540	—	—	—	
K451	がま腫摘出術	4,580	→ 4,580	—	—	—	
K452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 4,610	—	—	—	
K453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 7,410	—	—	—	
K454	顎下腺摘出術	7,440	→ 7,440	—	—	—	
K455	顎下腺悪性腫瘍手術	17,600	→ 17,600	—	—	—	
K457	耳下腺腫瘍摘出術						
	1 耳下腺浅葉摘出術	16,100	→ 16,100	—	—	—	
	2 耳下腺深葉摘出術	18,400	→ 18,400	—	—	—	
K458	耳下腺悪性腫瘍手術						
	1 切除	19,000	→ 18,100	70/100	5/100加算	—	
	2 全摘	28,700	→ 27,300	70/100	5/100加算	—	
K459	唾液腺管形成手術	6,720	→ 6,720	—	—	—	
K460	唾液腺管移動術						
	1 上顎洞内へのもの	6,720	→ 6,720	—	—	—	
	2 結膜嚢内へのもの	8,320	→ 8,320	—	—	—	
	(甲状腺、上皮小体)						
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 片葉のみの場合	6,320	→ 6,320	—	—	—	
	2 両葉の場合	7,710	→ 7,710	—	—	—	
K462	パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	→ 15,200	70/100	5/100加算	—	
K463	甲状腺悪性腫瘍手術						
	1 切除	18,600	→ 18,600	—	—	—	
	2 全摘及び亜全摘	23,700	→ 23,700	—	—	—	
K464	上皮小体腺腫過形成手術						
	1 上皮小体摘出術	9,280	→ 9,280	—	—	—	
	2 上皮小体全摘術(一部筋肉移植)	14,600	→ 14,600	—	—	—	
K465	上皮小体癌手術(広汎)	20,000	→ 20,000	—	—	—	
	(その他の頸部)						
K466	斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	—	—	—	
K467	頸瘻、頸嚢摘出術	6,760	→ 6,760	—	—	—	
K468	頸肋切除術	6,260	→ 6,260	—	—	—	
K469	頸部郭清術						
	1 片側	12,400	→ 12,400	—	—	—	
	2 両側	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K470	頸部悪性腫瘍手術	21,200	→ 21,200	—	—	—	
K471	筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	—	—	—	
	第7款胸部						
	(乳腺)						
K472	乳腺膿瘍切開術	820	→ 820	—	—	—	
K474	乳腺腫瘍摘出術						
	1 長径5cm未満	2,660	→ 2,660	—	—	—	
	2 長径5cm以上	5,180	→ 5,180	—	—	—	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	9,880	→ 9,880	—	—	—	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	(新設)	→ 3,400	—	—	—	
K475	乳房切除術	6,040	→ 6,040	—	—	—	
K476	乳腺悪性腫瘍手術						
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	10,400	→ 10,400	—	—	—	
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	(新設)	→ 20,000	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 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	→ 26,600	—	—	—	
	4 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を伴施しないもの	27,100	→ 27,100	—	—	—	
	5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を伴施するもの	22,100	→ 22,100	—	—	—	
	6 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を伴施するもの)	33,000	→ 33,000	—	—	—	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→ 7,350	—	—	—	
	(胸壁)						
K477	胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	—	—	—	
K478	肋骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740	→ 5,740	—	—	—	
K479	胸骨カリエス又は胸骨骨髓炎手術	5,740	→ 5,740	—	—	—	
K480	胸壁冷膿瘍手術	6,020	→ 6,020	—	—	—	
K481	肋骨骨折観血的手術	6,020	→ 6,020	—	—	—	
K482	肋骨切除術						
	1 第1肋骨	10,000	→ 10,000	—	—	—	
	2 その他の肋骨	3,310	→ 3,310	—	—	—	
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	→ 9,320	—	—	—	
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術						
	1 胸壁形成手術を併施するもの	24,600	→ 23,400	70/100	5/100加算	—	
	2 その他のもの	19,500	→ 18,600	70/100	5/100加算	—	
K485	胸壁腫瘍摘出術	10,600	→ 10,600	—	—	—	
K486	胸壁瘻手術	14,600	→ 14,600	—	—	—	
K487	漏斗胸手術						
	1 胸骨挙上法	19,500	→ 19,500	—	—	—	
	2 胸骨翻転法	20,100	→ 20,100	—	—	—	
	(胸腔、胸膜)						
K488	試験開胸術	9,070	→ 9,070	—	—	—	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	14,000	→ 14,000	—	—	—	
K494	胸腔内血腫除去術	14,700	→ 14,700	—	—	—	
K495	胸腔内合成樹脂球摘出術						
	1 胸郭形成手術を併施するもの	28,800	→ 28,800	—	—	—	
	2 胸郭形成手術を併施しないもの	21,700	→ 21,700	—	—	—	
K496	膿胸胸膜、胸膜肺胝切除術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 20,700	70/100	5/100加算	—	
	2 1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 24,300	70/100	5/100加算	—	
K496-2	膿胸胸膜、胸膜肺切除術(胸腔鏡下のもの)	33,500	→ 31,900	70/100	5/100加算	—	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	19,800	→ 18,900	70/100	5/100加算	—	
K498	胸郭形成手術(膿胸手術の場合)						
	1 肋骨切除を主とするもの	23,000	→ 21,900	70/100	5/100加算	—	
	2 胸膜肺切除を併施するもの	31,700	→ 30,200	70/100	5/100加算	—	
K499	胸郭形成手術(肺結核手術の場合)						
	1 第1次	9,370	→ 9,370	—	—	—	
	2 その他のもの	9,370	→ 9,370	—	—	—	
K500	補正胸郭形成手術(肺切除後遺残腔)	9,180	→ 9,180	—	—	—	
K501	乳糜胸手術	9,640	→ 9,640	—	—	—	
	(縦隔)						
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→ 18,500	—	—	—	
K502-2	縦隔切開術						
	1 頸部よりのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	—	—	—	
	2 肋骨切断によるもの、旁肋骨又は旁脊柱によるもの	10,400	→ 10,400	—	—	—	
	3 経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→ 15,500	—	—	—	
K503	縦隔郭清術	21,900	→ 21,900	—	—	—	
K504	縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→ 35,400	—	—	—	
	(気管支、肺)						
K505	肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	→ 7,180	—	—	—	
K506	肺結核空洞切開術	14,300	→ 14,300	—	—	—	
K507	肺膿瘍切開排膿術	21,700	→ 21,700	—	—	—	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	6,010	→ 6,010	—	—	—	
K508-2	気管・気管支ステント留置術	6,470	→ 6,470	—	—	—	
K509	気管支異物除去術						
	1 直達鏡によるもの	5,480	→ 5,480	—	—	—	
	2 開胸手術によるもの	27,400	→ 27,400	—	—	—	
K510	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→ 6,700	—	—	—	
K511	肺切除術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 楔状部分切除	18,000	→ 17,100	70/100	5/100加算	2,500	
	2 区域切除(1肺葉に満たないもの)	35,900	→ 34,200	70/100	5/100加算	2,500	
	3 肺葉切除	35,800	→ 34,100	70/100	5/100加算	2,500	
	4 複合切除(1肺葉を超えるもの)	32,700	→ 31,100	70/100	5/100加算	2,500	
	5 1側肺全摘	37,600	→ 35,800	70/100	5/100加算	2,500	
K512	気管支形成を伴う肺切除術	50,400	→ 48,000	70/100	5/100加算	—	
K513	胸腔鏡下肺切除術	31,700	→ 31,700	—	—	—	
K514	肺悪性腫瘍手術						
	1 肺葉切除又はこれに満たないもの	31,100	→ 35,100	70/100	5/100加算	2,500	
	2 1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	41,000	→ 39,000	70/100	5/100加算	2,500	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	58,000	→ 55,200	70/100	5/100加算	—	
K515	肺剥皮術	22,800	→ 22,800	—	—	—	
K516	気管支瘻閉鎖術	36,800	→ 36,800	—	—	—	
K517	肺縫縮術	15,000	→ 15,000	—	—	2,500	
K518	気管支形成手術						
	1 楔状切除術	35,700	→ 34,000	70/100	5/100加算	—	
	2 輪状切除術	38,100	→ 36,300	70/100	5/100加算	—	
	3 気管分岐部切除術	58,900	→ 56,100	70/100	5/100加算	—	
	4 気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	65,400	→ 62,300	70/100	5/100加算	—	
K519	先天性気管狭窄症手術	65,400	→ 62,300	70/100	5/100加算	—	
	(食道)						
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)						
	1 頸部手術	10,100	→ 10,100	—	—	—	
	2 開胸手術	18,800	→ 18,800	—	—	—	
	3 開腹手術	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術						
	1 開胸手術	15,400	→ 15,400	—	—	—	
	2 胸骨切開によるもの	10,000	→ 10,000	—	—	—	
	3 その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	→ 5,080	—	—	—	
K522	食道狭窄拡張術						
	1 直達鏡によるもの	5,570	→ 5,570	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 食道ブジー法	2,520	→ 2,520	—	—	—	
K523	食道異物摘出術						
	1 直達鏡又は内視鏡によるもの	5,360	→ 5,360	—	—	—	
	2 頸部手術によるもの	15,000	→ 15,000	—	—	—	
	3 開胸手術によるもの	16,700	→ 16,700	—	—	—	
	4 開腹手術によるもの	16,400	→ 16,400	—	—	—	
K524	食道憩室切除術						
	1 頸部手術によるもの	13,300	→ 13,300	—	—	—	
	2 開胸によるもの	18,600	→ 18,600	—	—	—	
K525	食道切除再建術						
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	→ 47,600	70/100	5/100加算	—	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	41,100	→ 39,100	70/100	5/100加算	—	
	3 腹部の操作によるもの	27,400	→ 26,100	70/100	5/100加算	—	
K526	食道腫瘍摘出術						
	1 内視鏡によるもの	6,520	→ 6,520	—	—	—	
	2 開胸又は開腹手術によるもの	19,100	→ 18,200	70/100	5/100加算	—	
	3 腹腔鏡・縦隔鏡下によるもの	23,900	→ 22,800	70/100	5/100加算	—	
K526-2	早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	6,800	→ 6,800	—	—	—	
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)						
	1 頸部食道の場合	28,700	→ 27,300	70/100	5/100加算	—	
	2 胸部食道の場合	34,900	→ 33,200	70/100	5/100加算	—	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	45,800	→ 43,600	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を伴施するもの)						
	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。)	71,500	→ 68,100	70/100	5/100加算	5,500又は2,500	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	54,500	→ 60,100	70/100	5/100加算	5,500又は2,500	
	3 腹部の操作によるもの	39,200	→ 42,900	70/100	5/100加算	5,500又は2,500	
K530	食道噴門形成手術(開腹によるもの)	18,700	→ 18,700	—	—	—	
K530-2	食道噴門形成手術(腹腔鏡によるもの)	23,800	→ 23,800	—	—	—	
K531	食道切除後2次的再建術						
	1 皮弁形成によるもの	25,300	→ 24,100	70/100	5/100加算	5,500又は2,500	
	2 消化管利用によるもの	27,700	→ 26,400	70/100	5/100加算	5,500又は2,500	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K532	食道・胃静脈瘤手術						
	1 食道・胃壁静脈瘤結紮術を主とするもの	22,300	→ 22,300	—	—	5,500又は2,500	
	2 食道離断術を主とするもの	24,900	→ 24,900	—	—	5,500又は2,500	
K533	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→ 8,990	—	—	—	
	(横隔膜)						
K534	横隔膜縫合術						
	1 経胸又は経腹	16,500	→ 16,500	—	—	—	
	2 経胸及び経腹	23,200	→ 23,200	—	—	—	
K535	胸腹裂孔ヘルニア手術						
	1 経胸又は経腹	15,900	→ 15,100	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
	2 経胸及び経腹	21,000	→ 20,000	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K536	後胸骨ヘルニア手術	16,200	→ 16,200	—	—	—	
K537	食道裂孔ヘルニア手術						
	1 経胸又は経腹	16,200	→ 15,400	70/100	5/100加算	—	
	2 経胸及び経腹	20,600	→ 19,600	70/100	5/100加算	—	
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	25,200	→ 24,000	70/100	5/100加算	—	
	第8款 心・脈管						
	(心、心膜、肺動静脈、冠血管)						
K538	心膜縫合術	8,760	→ 8,760	—	—	—	
K539	心膜縫合止血術(外傷性)	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K540	心膜切開術	9,200	→ 9,200	—	—	—	
K541	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 14,500	—	—	—	
K542	収縮性心膜炎手術	33,300	→ 33,300	—	—	—	
K543	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	28,500	→ 28,500	—	—	—	
K544	右肺動脈上大静脈吻合術(グレーン手術)	28,500	→ 28,500	—	—	—	
K545	肺動脈絞扼術	27,700	→ 27,700	—	—	—	
K546	冠動脈結紮術	19,100	→ 19,100	—	—	—	
K547	閉鎖性僧帽弁交連切開術	22,900	→ 22,900	—	—	—	
K548	肺動脈弁切開術(非直視下、ブロック法)	21,800	→ 21,800	—	—	—	
K549	心房中隔欠損作成術						
	1 非直視下(ブラロック・ハンロン手術)	22,900	→ 22,900	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 経静脈手技(ラシュキンド法)	8,250	→ 8,250	—	—	—	
K550	内胸動脈心筋内移植手術						
	1 片側の場合	28,300	→ 28,300	—	—	—	
	2 両側の場合	36,200	→ 36,200	—	—	—	
K551	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 8,950	—	—	—	
K552	ペースメーカー移植術						
	1 心筋電極の場合	13,800	→ 13,100	○及び70/100	○及び5/100加算	—	
	2 経静脈電極の場合	13,800	→ 13,100	○及び70/100	○及び5/100加算	—	
K552-2	両室ペースメーカー移植術	(新設)	→ 13,100	—	○		
K553	体外ペースメーカーキング	6,630	→ 6,630	—	—	—	
K554	ペースメーカー交換術(電池交換を含む。)	6,750	→ 6,400	○及び70/100	○及び5/100加算	—	
K554-2	埋込型除細動器移植術	17,100	→ 17,100	○	○	—	
K554-3	埋込型除細動器交換術	7,310	→ 7,310	○	○	—	
	(開心術及び循環遮断を要する手術)						
K555	試験開心術	24,700	→ 23,500	—	—	—	
K556	心腔内異物除去術	25,200	→ 24,000	—	—	—	
K557	心房内血栓除去術	25,200	→ 24,000	—	—	—	
K558	心腫瘍摘出術	40,400	→ 38,500	—	—	—	
K559	房室弁直視下切開術	32,300	→ 30,800	—	—	—	
K560	弁形成術						
	1 1弁のもの	45,400	→ 43,200	—	—	—	
	2 2弁のもの	59,100	→ 56,300	—	—	—	
	3 3弁のもの	72,000	→ 68,600	—	—	—	
K560-2	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	103,000	→ 98,100	—	—	—	
K561	房室弁輪形成術	42,300	→ 40,300	—	—	—	
K562	三尖弁閉鎖症根治手術	71,900	→ 68,500	—	—	—	
K563	弁置換術						
	1 1弁のもの	61,400	→ 58,500	—	—	—	
	2 2弁のもの	77,100	→ 73,400	—	—	—	
	3 3弁のもの	90,000	→ 85,700	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K564	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	59,900	→ 59,000	—	—	—	
K565	心房中隔欠損閉鎖術						
	1 単独のもの	31,600	→ 30,100	—	—	—	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	39,400	→ 37,500	—	—	—	
K566	心室中隔欠損閉鎖術						
	1 単独のもの	40,800	→ 38,900	—	—	—	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	51,600	→ 49,100	—	—	—	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	54,200	→ 51,600	—	—	—	
K567	心房中隔欠損作成術(直視下)	27,100	→ 25,800	—	—	—	
K568	心房内血流転換手術(マस्टード手術)	85,100	→ 81,000	—	—	—	
K569	右室漏斗状部狭窄切除術						
	1 単独のもの	37,000	→ 35,200	—	—	—	
	2 心室中隔欠損閉鎖を伴うもの	53,500	→ 51,000	—	—	—	
K570	右室流出路形成術	50,800	→ 48,400	—	—	—	
K571	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)						
	1 単独のもの	39,700	→ 37,800	—	—	—	
	2 冠動脈血行再建術を伴うもの	58,400	→ 55,600	—	—	—	
K572	大動脈弁狭窄直視下切開術	44,700	→ 42,600	—	—	—	
K573	大動脈弁上狭窄手術	49,000	→ 46,700	—	—	—	
K574	大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	50,300	→ 47,900	—	—	—	
K576	バルサルバ洞動脈瘤破裂手術	49,700	→ 47,300	—	—	—	
K577	大動脈中隔欠損閉鎖術	48,300	→ 46,000	—	—	—	
K578	肺動脈弁直視下切開術	31,100	→ 29,600	—	—	—	
K579	肺動脈塞栓除去術	39,500	→ 37,600	—	—	—	
K580	肺動脈形成術(肺動脈乾、主肺動脈を含む。)	48,000	→ 45,700	—	—	—	
K581	肺静脈血栓除去術	25,900	→ 24,700	—	—	—	
K582	肺静脈形成術	36,000	→ 34,300	—	—	—	
K583	肺静脈還流異常症手術						
	1 総肺静脈還流異常のもの	81,500	→ 77,600	—	—	—	
	2 部分肺静脈還流異常のもの	37,400	→ 35,600	—	—	—	
K584	ジャテーン手術	92,000	→ 87,600	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K585	冠動脈起始異常症手術	57,400	→ 54,700	—	—	—	
K586	冠動脈瘻手術	41,000	→ 39,000	—	—	—	
K587	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)						
	1 1か所のもの	49,700	→ 47,300	—	—	—	
	2 2か所以上のもの	53,900	→ 51,300	—	—	—	
K588	冠動脈、大動脈バイパス移植術						
	1 1本のもの	51,100	→ 48,700	70/100	5/100加算	—	
	2 2本以上のもの	85,400	→ 81,300	70/100	5/100加算	—	
K589	ファロー四徴症手術						
	1 右室流出路と肺動脈の形成を伴うもの	81,900	→ 78,000	—	—	—	
	2 その他のもの	59,100	→ 56,300	—	—	—	
K590	単心室症手術(心室中隔造成術)	110,000	→ 104,800	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K591	両大血管右室起始症手術						
	1 右室流出路形成を伴うもの	87,300	→ 83,100	—	—	—	
	2 その他のもの	61,200	→ 58,300	—	—	—	
K592	完全大血管転換症手術	87,400	→ 83,200	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K593	総動脈幹症手術	87,600	→ 83,400	—	—	—	
K594	心内膜床欠損症手術						
	1 房室弁形成を伴うもの	55,900	→ 53,200	—	—	—	
	2 心室中隔欠損閉鎖を伴うもの	86,600	→ 82,500	—	—	—	
K594-2	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	99,900	→ 95,100	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K595	不整脈手術						
	1 副伝導路切断術	74,500	→ 71,000	—	—	—	
	2 心室頻拍症手術	92,900	→ 88,500	—	—	—	
	3 Maze手術	67,500	→ 64,300	—	—	—	
K596	経皮的カテーテル心筋焼灼術	20,900	→ 19,900	70/100	5/100加算	—	
K596-2	経皮的中隔心筋焼灼術	(新設)	→ 22,800	—	○	—	
K597	経皮的心肺補助法(1日につき)						
	1 初日	11,100	→ 11,100	—	—	—	
	2 2日目以降	3,120	→ 3,120	—	—	—	
	(開心術補助手段)						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K598	人工心肺(1日につき)						
	1 初日	25,500	→ 25,500	—	—	—	
	2 2日目以降	3,000	→ 3,000	—	—	—	
K599	大動脈バルーンポンピング法(IABP法)(1日につき)						
	1 初日	8,780	→ 8,780	○	○	—	
	2 2日目以降	3,680	→ 3,680	○	○	—	
K600	補助人工心臓(1日につき)						
	1 初日	30,000	→ 30,000	○	○	—	
	2 2日目以降30日まで	5,000	→ 5,000	○	○	—	
	3 31日目以降	4,000	→ 4,000	○	○	—	
K600-2	植込み型補助人工心臓						
	1 初日(1日につき)	(新設)	→ 30,000	—	○	—	
	2 2日目以降30日まで(1日につき)	(新設)	→ 5,000	—	○	—	
	3 31日目以降90日まで(1日につき)	(新設)	→ 4,000	—	○	—	
	4 91日目以降(1月につき)	(新設)	→ 6,000	—	○	—	
	(動脈)						
K601	血管露出術	530	→ 530	—	—	—	
K602	血管結紮術						
	1 開胸又は開腹を伴うもの	8,610	→ 8,610	—	—	—	
	2 その他のもの	3,130	→ 3,130	—	—	—	
K603	動脈塞栓除去術						
	1 開胸又は開腹を伴うもの	16,900	→ 16,900	—	—	—	
	2 その他のもの(観血的なもの)	9,470	→ 9,470	—	—	—	
K604	動脈血栓内膜摘出術						
	1 大動脈に及ぶもの	21,000	→ 21,000	—	—	—	
	2 その他のもの	15,300	→ 15,300	—	—	—	
K605	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)						
	1 上行大動脈(大動脈弁置換及び冠動脈再建を伴うもの)	88,800	→ 88,800	—	—	2,500	
	2 上行大動脈(その他のもの)	79,200	→ 79,200	—	—	2,500	
	3 弓部大動脈	104,000	→ 104,000	—	—	2,500	
	4 上行大動脈(大動脈弁置換及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術	136,000	→ 136,000	—	—	2,500	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	5 下行大動脈	63,100	→ 63,100	—	—	2,500	
	6 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	51,700	→ 51,700	—	—	2,500	
	7 腹部大動脈(その他のもの)	49,500	→ 49,500	—	—	2,500	
	8 胸腹部大動脈	88,100	→ 88,100	—	—	2,500	
K605-2	ステントグラフト内挿術						
	1 胸部大動脈	39,600	→ 39,600	—	—	—	
	2 腹部大動脈	31,600	→ 31,600	—	—	—	
	3 腸骨動脈	24,800	→ 24,800	—	—	—	
K606	動脈形成術、吻合術						
	1 頭蓋内動脈	36,000	→ 36,000	—	—	—	
	2 胸腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	→ 29,600	—	—	—	
	3 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	→ 29,600	—	—	—	
	4 指(手、足)の動脈	11,800	→ 11,800	—	—	—	
	5 その他の動脈	10,700	→ 10,700	—	—	—	
K606-2	抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置						
	1 開腹して設置した場合	11,800	→ 11,800	—	—	—	
	2 四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	3 頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	—	—	—	
K607	末梢動静脈瘻造設術	7,760	→ 7,760	—	—	—	
K608	動脈管開存症手術	22,000	→ 22,000	—	—	—	
K609	大動脈縮窄症手術	41,100	→ 41,100	—	—	—	
K610	腎血管性高血圧症手術	24,700	→ 24,700	—	—	—	
K611	血管移植術、バイパス移植術						
	1 大動脈	52,100	→ 52,100	—	—	—	
	2 胸腔内動脈	41,000	→ 41,000	—	—	—	
	3 腹腔内動脈	39,500	→ 39,500	—	—	—	
	4 頭、頸部動脈	36,700	→ 36,700	—	—	—	
	5 その他の動脈	23,300	→ 23,300	—	—	—	
K612	血管塞栓術						
	1 頭部、胸腔、腹腔内の血管に対するもの	12,700	→ 12,700	—	—	—	
	2 脊髄血管に対するもの	32,600	→ 32,600	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K613	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→ 15,800	—	—	—	
K614	経皮的冠動脈形成術	23,900	→ 22,800	70/100	5/100加算	—	
K614-2	経皮的冠動脈血栓切除術	23,900	→ 22,800	70/100	5/100加算	—	
K614-3	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	23,900	→ 23,900	○	○	—	
K615	経皮的冠動脈ステント留置術	23,900	→ 22,800	70/100	5/100加算	—	
K616	冠動脈内血栓溶解療法	10,300	→ 10,300	—	—	—	
	(静脈)						
K617	下肢静脈瘤手術						
	1 抜去切除術	10,200	→ 10,200	—	—	—	
	2 硬化療法(一連として)	1,720	→ 1,720	—	—	—	
	3 高位結紮術	3,130	→ 3,130	—	—	—	
K618	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置						
	1 開腹して設置した場合	11,800	→ 11,800	—	—	—	
	2 四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	3 頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	—	—	—	
K619	静脈血栓摘出術						
	1 開腹を伴うもの	19,000	→ 19,000	—	—	—	
	2 その他のもの(観血的なもの)	13,100	→ 13,100	—	—	—	
K620	下大静脈フィルター留置	8,000	→ 8,000	—	—	—	
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	→ 32,000	—	—	—	
K622	胸管内頸静脈吻合術	23,400	→ 23,400	—	—	—	
K623	静脈形成術、吻合術						
	1 胸腔内静脈	24,700	→ 24,700	—	—	—	
	2 腹腔内静脈	24,700	→ 24,700	—	—	—	
	3 指(手、足)の静脈	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	4 その他の静脈	13,500	→ 13,500	—	—	—	
	(リンパ管、リンパ節)						
K624	胸管ドレナージ法	8,430	→ 8,430	—	—	—	
K625	リンパ管腫摘出術						
	1 長径5cm未満	6,450	→ 6,450	—	—	—	
	2 長径5cm以上	11,300	→ 11,300	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K626	リンパ節摘出術						
	1 長径3cm未満	1,200	→ 1,200	—	—	—	
	2 長径3cm以上	2,880	→ 2,880	—	—	—	
K626-2	リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	—	—	—	
K627	リンパ節群郭清術						
	1 顎下部又は舌下部(浅在性)	6,970	→ 6,970	—	—	—	
	2 頸部(深在性)	10,800	→ 10,800	—	—	—	
	3 鎖骨上窩及び下窩	7,130	→ 7,130	—	—	—	
	4 腋窩	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	5 胸骨旁	10,800	→ 10,800	—	—	—	
	6 鼠径部及び股部	5,670	→ 5,670	—	—	—	
	7 後腹膜	11,100	→ 11,100	—	—	—	
K628	リンパ管吻合術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
	第9款 腹部						
	(腹壁、ヘルニア)						
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	—	—	—	
K631	腹壁瘻手術						
	1 腹壁に局限するもの	1,820	→ 1,820	—	—	—	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450	→ 6,450	—	—	—	
K632	腹壁腫瘍摘出術						
	1 形成手術を必要としない場合	4,310	→ 4,310	—	—	—	
	2 形成手術を必要とする場合	9,810	→ 9,810	—	—	—	
K633	ヘルニア手術						
	1 腹壁癒痕ヘルニア	7,440	→ 7,440	—	—	—	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	5,970	→ 5,970	—	—	—	
	3 臍ヘルニア	4,200	→ 4,200	—	—	—	
	4 臍帯ヘルニア	13,900	→ 13,900	—	—	—	
	5 鼠径ヘルニア	6,160	→ 6,160	—	—	—	
	6 大腿ヘルニア	8,740	→ 8,740	—	—	—	
	7 腰ヘルニア	8,240	→ 8,240	—	—	—	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	12,000	→ 12,000	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	9 内ヘルニア	12,600	→ 12,600	—	—	—	
K634	腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術	18,100	→ 18,100	—	—	—	
	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)						
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	→ 2,810	—	—	—	
K636	試験開腹術	5,550	→ 5,550	—	—	—	
K637	限局性腹腔膿瘍手術						
	1 横隔膜下膿瘍	8,880	→ 8,880	—	—	—	
	2 ダグラス窩膿瘍	5,340	→ 5,340	—	—	—	
	3 虫垂周囲膿瘍	5,340	→ 5,340	—	—	—	
	4 その他のもの	6,670	→ 6,670	—	—	—	
K638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術(経腹壁)	3,290	→ 3,290	—	—	—	
K639	急性汎発性腹膜炎手術	9,540	→ 9,540	—	—	—	
K640	腸間膜損傷手術						
	1 縫合、修復のみのもの	8,320	→ 8,320	—	—	—	
	2 腸管切除を伴うもの	18,800	→ 18,800	—	—	—	
K641	大網切除術	8,490	→ 8,490	—	—	—	
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術						
	1 腸切除を伴わないもの	11,100	→ 11,100	—	—	—	
	2 腸切除を伴うもの	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	32,000	→ 32,000	—	—	—	
K644	臍腸管癒手術						
	1 腸管切除を伴わないもの	5,260	→ 5,260	—	—	—	
	2 腸管切除を伴うもの	17,400	→ 17,400	—	—	—	
K645	骨盤内臓全摘術	71,900	→ 68,500	70/100	5/100加算	—	
	(胃、十二指腸)						
K646	胃血管結紮術(急性胃出血手術)	10,100	→ 10,100	—	—	—	
K647	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	11,300	→ 11,300	—	—	—	
K647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫縮術	18,600	→ 18,600	—	—	—	
K648	胃切開術	7,670	→ 7,670	—	—	—	
K649	胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K652	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	10,400	→ 10,400	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術						
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	→ 4,970	—	—	—	
	2 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 4,790	—	—	—	
	3 その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 4,000	—	—	—	
K653-3	内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	—	—	—	
K654	内視鏡的消化管止血術	4,310	→ 4,310	—	—	—	
K655	胃切除術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)						
	1 単純切除術	20,700	→ 20,700	—	—	5,500又は2,500	
	2 悪性腫瘍手術	42,600	→ 42,600	—	—	5,500又は2,500	
K656	胃縮小術	18,300	→ 18,300	—	—	—	
K657	胃全摘術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)						
	1 単純全摘術	32,800	→ 32,800	—	—	5,500又は2,500	
	2 悪性腫瘍手術	59,100	→ 59,100	—	—	5,500又は2,500	
K659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)						
	1 単独のもの	13,600	→ 13,600	—	—	—	
	2 ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	—	—	—	
	3 胃切除術を併施するもの	24,900	→ 24,900	—	—	—	
K660	食道下部迷走神経選択的切除術						
	1 単独のもの	15,000	→ 15,000	—	—	—	
	2 ドレナージを併施するもの	21,100	→ 21,100	—	—	—	
	3 胃切除術を併施するもの	27,500	→ 27,500	—	—	—	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 25,500	—	—	—	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 15,800	—	—	—	
K662	胃腸吻合術(ブラウン手術を含む。)	13,600	→ 13,600	—	—	—	
K663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	—	—	—	
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	9,460	→ 9,460	—	—	—	
K665	胃瘻閉鎖術	9,050	→ 9,050	—	—	—	
K666	幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術及び腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	—	—	—	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	25,100	→ 25,100	—	—	—	
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	17,600	→ 17,600	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	(胆嚢、胆道)						
K669	胆管切開術	12,100	→ 12,100	—	—	—	
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)						
	1 胆嚢摘出を含むもの	19,600	→ 19,600	—	—	—	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	16,700	→ 16,700	—	—	—	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術						
	1 胆嚢摘出を含むもの	25,600	→ 25,600	—	—	—	
	2 胆嚢摘出を含まないもの	23,100	→ 23,100	—	—	—	
K672	胆嚢摘除術(開腹によるもの)	15,200	→ 15,200	—	—	—	
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	22,400	→ 22,400	—	—	—	
K673	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	27,600	→ 27,600	—	—	—	
K674	総胆管拡張症手術	28,000	→ 28,000	—	—	—	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術	42,600	→ 42,600	—	—	—	
K677	胆管悪性腫瘍手術	47,200	→ 45,000	70/100	5/100加算	—	
K678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	○	○	—	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K680	総胆管胃(腸)吻合術	17,300	→ 17,300	—	—	—	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,200	—	—	—	
K682	胆管外瘻造設術						
	1 経腹腔によるもの	12,300	→ 12,300	—	—	—	
	2 経皮経肝によるもの	11,200	→ 11,200	—	—	—	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	37,800	→ 36,000	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K685	内視鏡的胆道碎石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	9,830	→ 9,830	—	—	—	
K686	内視鏡的胆道拡張術	9,180	→ 9,180	—	—	—	
K687	内視鏡的乳頭切開術						
	1 乳頭括約筋切開のみのもの	7,230	→ 7,230	—	—	—	
	2 胆道碎石術を伴うもの	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	6,830	→ 6,830	—	—	—	
K689	経皮経肝胆管ステント挿入術	8,110	→ 8,110	—	—	—	
	(肝)						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	—	—	—	
K691	肝膿瘍切開術						
	1 経腹腔によるもの	9,960	→ 9,960	—	—	—	
	2 経胸腔によるもの	12,200	→ 12,200	—	—	—	
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,200	—	—	—	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,300	→ 21,300	—	—	—	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	20,100	→ 20,100	—	—	—	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	18,800	→ 18,800	—	—	—	
K695	肝切除術						
	1 部分切除	20,600	→ 19,600	70/100	5/100加算	—	
	2 区域切除	23,400	→ 22,300	70/100	5/100加算	—	
	3 葉切除	43,300	→ 41,200	70/100	5/100加算	—	
	4 拡大葉切除	61,900	→ 59,000	70/100	5/100加算	—	
	5 拡大葉切除に血行再建を併せ行う場合	68,800	→ 65,500	70/100	5/100加算	—	
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	19,600	→ 19,600	—	—	—	
K697	肝内胆管外瘻造設術						
	1 開腹によるもの	13,200	→ 13,200	—	—	—	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	—	—	—	
K697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	→ 13,600	—	—	—	
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	(新設)	→ 13,600	—	—	—	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	48,000	→ 48,000	—	—	—	
K697-5	生体部分肝移植	63,700	→ 63,700	○	○	—	
	(脾)						
K698	急性脾炎手術	21,600	→ 21,600	—	—	—	
K699	脾結石手術						
	1 脾切開によるもの	20,200	→ 20,200	—	—	—	
	2 経十二指腸乳頭によるもの	21,500	→ 21,500	—	—	—	
K701	脾破裂縫合術	19,200	→ 19,200	—	—	—	
K702	脾体尾部腫瘍切除術						
	1 脾尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合	20,200	→ 19,200	70/100	5/100加算	—	
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	30,000	→ 28,600	70/100	5/100加算	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	35,000	→ 33,300	70/100	5/100加算	—	
	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	40,000	→ 38,100	70/100	5/100加算	—	
K703	脾頭部腫瘍切除術						
	1 脾頭十二指腸切除術	55,200	→ 52,600	70/100	5/100加算	—	
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	66,000	→ 62,900	70/100	5/100加算	—	
	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	69,500	→ 66,200	70/100	5/100加算	—	
	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	72,900	→ 69,400	70/100	5/100加算	—	
K704	脾全摘術	60,900	→ 60,900	—	—	—	
K705	脾嚢胞胃(腸)吻合術	18,800	→ 18,800	—	—	—	
K706	脾管空腸吻合術	28,000	→ 28,000	—	—	—	
K707	脾嚢胞外瘻造設術						
	1 内視鏡によるもの	10,900	→ 10,900	—	—	—	
	2 開腹によるもの	12,100	→ 12,100	—	—	—	
K708	脾管外瘻造設術	13,500	→ 13,500	—	—	—	
K709	脾瘻閉鎖術	21,000	→ 21,000	—	—	—	
	(脾)						
K710	脾縫合術(部分切除を含む)	11,400	→ 11,400	—	—	—	
K711	脾摘出術	18,500	→ 18,500	—	—	—	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	23,500	→ 23,500	—	—	—	
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)						
K712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 8,350	—	—	—	
K713	腸切開術	7,420	→ 7,420	—	—	—	
K714	腸管癒着症手術	10,900	→ 10,900	—	—	—	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	15,300	→ 15,300	—	—	—	
K715	腸重積症整復術						
	1 非観血的なもの	2,860	→ 2,860	—	—	—	
	2 観血的なもの	5,530	→ 5,530	—	—	—	
K716	小腸切除術						
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→ 11,700	—	—	2,500	
	2 悪性腫瘍手術	28,000	→ 28,000	—	—	2,500	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→ 25,600	—	—	—	
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	11,800	→ 11,800	—	—	—	
K718	虫垂切除術	6,420	→ 6,420	—	—	—	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術	18,000	→ 18,000	—	—	—	
K719	結腸切除術						
	1 小範囲切除	13,700	→ 13,700	—	—	—	
	2 結腸半側切除	19,700	→ 19,700	—	—	—	
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	32,700	→ 32,700	—	—	2,500	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術	26,900	→ 26,900	—	—	—	
K720	結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	13,000	→ 13,000	—	—	—	
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術						
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740	→ 6,740	—	—	—	
	2 その他のポリープ・粘膜切除術	5,360	→ 5,360	—	—	—	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→ 8,950	—	—	—	
K724	腸吻合術	9,040	→ 9,040	—	—	—	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 6,140	—	—	—	
K726	人工肛門造設術	6,590	→ 6,590	—	—	—	
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	→ 7,790	—	—	—	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	→ 9,830	—	—	—	
K729	腸閉鎖症手術						
	1 腸管切除を伴わないもの	11,600	→ 11,600	—	—	—	
	2 腸管切除を伴うもの	21,100	→ 21,100	—	—	—	
K730	小腸瘻閉鎖術						
	1 腸管切除を伴わないもの	10,500	→ 10,500	—	—	—	
	2 腸管切除を伴うもの	16,700	→ 16,700	—	—	—	
K731	結腸瘻閉鎖術						
	1 腸管切除を伴わないもの	10,800	→ 10,800	—	—	—	
	2 腸管切除を伴うもの	17,700	→ 17,700	—	—	—	
K732	人工肛門閉鎖術						
	1 腸管切除を伴わないもの	10,300	→ 10,300	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 腸管切除を伴うもの	17,500	→ 17,500	—	—	—	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	—	—	—	
K734	腸回転異常症手術	12,900	→ 12,900	—	—	—	
K735	先天性巨大結腸症手術(内視鏡下によるものを含む。)	32,700	→ 32,700	—	—	2,500	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	6,560	→ 6,560	—	—	—	
K736	人工肛門修整術						
	1 開腹を伴うもの	8,400	→ 8,400	—	—	—	
	2 その他のもの	3,670	→ 3,670	—	—	—	
	直腸						
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→ 2,690	—	—	—	
K738	直腸異物除去術						
	1 経肛門(内視鏡によるもの)	3,960	→ 3,960	—	—	—	
	2 開腹によるもの	10,400	→ 10,400	—	—	—	
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)						
	1 経肛門	4,010	→ 4,010	—	—	—	
	2 経括約筋	8,250	→ 8,250	—	—	—	
	3 経腹及び経肛	12,000	→ 12,000	—	—	—	
K740	直腸切除・切断術						
	1 切除術(腹腔鏡下によるものを含む。)	27,000	→ 27,000	—	—	5,500又は2,500	
	2 低位前方切除術(内視鏡下によるものを含む。)	44,200	→ 44,200	—	—	5,500又は2,500	
	3 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	50,100	→ 50,100	—	—	5,500又は2,500	
	4 切断術	50,100	→ 50,100	—	—	5,500又は2,500	
K741	直腸狭窄形成手術	18,900	→ 18,900	—	—	—	
K742	直腸脱手術						
	1 経肛門によるもの	7,370	→ 7,370	—	—	—	
	2 直腸挙上固定を行うもの	9,260	→ 9,260	—	—	—	
	3 骨盤底形成を行うもの	12,100	→ 12,100	—	—	—	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	23,900	→ 23,900	—	—	—	
	肛門、その周辺						
K743	痔核手術(脱肛を含む。)						
	1 硬化療法	1,380	→ 1,380	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	—	—	—	
	3 根治手術	5,360	→ 5,360	—	—	—	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→ 3,110	—	—	—	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→ 2,050	—	—	—	
K746	痔瘻根治手術						
	1 単純なもの	3,750	→ 3,750	—	—	—	
	2 複雑なもの	7,400	→ 7,400	—	—	—	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	—	—	—	
K748	肛門悪性腫瘍手術						
	1 切除	20,100	→ 20,100	—	—	—	
	2 直腸切断を伴うもの	42,300	→ 42,300	—	—	—	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	→ 1,630	—	—	—	
K750	肛門括約筋形成手術						
	1 瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→ 3,990	—	—	—	
	2 組織置換によるもの	14,000	→ 14,000	—	—	—	
K751	鎖肛手術						
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	—	—	—	
	2 会陰式	12,800	→ 12,800	—	—	—	
	3 仙骨会陰式	21,800	→ 20,800	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
	4 腹会陰、腹仙骨式(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	39,800	→ 37,900	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	24,700	→ 23,500	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K752	肛門形成手術						
	1 肛門狭窄形成手術	5,580	→ 5,580	—	—	—	
	2 直腸粘膜脱形成手術	6,600	→ 6,600	—	—	—	
K753	毛巣嚢、毛巣瘻手術	3,680	→ 3,680	—	—	—	
第10款 尿路系・副腎							
(副腎)							
K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	16,800	→ 16,800	—	—	—	
K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	30,600	→ 30,600	—	—	—	
K755	副腎腫瘍摘出術						
	1 皮質腫瘍	21,200	→ 21,200	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 髄質腫瘍(褐色細胞腫)	25,400	→ 25,400	—	—	—	
K756	副腎悪性腫瘍手術	35,800	→ 34,100	70/100	5/100加算	—	
	(腎、腎盂)						
K757	腎破裂縫合術	23,300	→ 23,300	—	—	—	
K758	腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	—	—	—	
K759	腎切半術	28,600	→ 28,600	—	—	—	
K760	癒合腎離断術	27,900	→ 27,900	—	—	—	
K761	腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	→ 8,820	—	—	—	
K762	腎固定術	8,260	→ 8,260	—	—	—	
K763	腎切石術	16,300	→ 16,300	—	—	—	
K764	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	18,800	→ 17,900	70/100	5/100加算	—	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	19,100	→ 18,200	70/100	5/100加算	—	
K766	経皮的上部尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	9,760	→ 9,760	—	—	—	
K767	腎盂切石術	16,100	→ 16,100	—	—	—	
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	○	○	—	
K769	腎部分切除術	19,300	→ 19,300	—	—	—	
K770	腎嚢胞切除縮小術(内視鏡下によるものを含む。)	10,500	→ 10,500	—	—	—	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	—	—	—	
K772	腎摘出術	16,300	→ 16,300	—	—	—	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	→ 31,300	70/100(乳)	5/100加算(乳)	—	
K774	腎(腎盂)瘻造設術	9,620	→ 9,620	—	—	—	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→ 12,600	—	—	—	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	15,000	→ 15,000	—	—	—	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	16,900	→ 16,900	—	—	—	
K778	腎盂形成手術	19,600	→ 19,600	—	—	—	
K779	移植用腎採取術(生体)	22,800	→ 21,700	70/100	5/100加算	—	
K780	同種腎移植術	74,800	→ 71,200	70/100	5/100加算	—	
	(尿管)						
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	14,800	→ 14,800	—	—	—	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	10,400	→ 10,400	—	—	—	
K782	尿管切石術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 上部及び中部	8,180	→ 8,180	—	—	—	
	2 膀胱近接部	12,000	→ 12,000	—	—	—	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	→ 16,100	—	—	—	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	(新設)	→ 2,270	—	—	—	
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	(新設)	→ 1,000	—	—	—	
K784	残存尿管摘出術	12,400	→ 12,400	—	—	—	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 18,000	—	—	—	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 14,900	—	—	—	
K787	尿管尿管吻合術	16,100	→ 16,100	—	—	—	
K788	尿管腸吻合術	10,100	→ 10,100	—	—	—	
K789	尿管腸膀胱吻合術	23,900	→ 23,900	—	—	—	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 9,930	—	—	—	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	15,300	→ 15,300	—	—	—	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	21,800	→ 21,800	—	—	—	
K793	尿管膣瘻閉鎖術	16,700	→ 16,700	—	—	—	
K794	尿管口形成手術	14,300	→ 14,300	—	—	—	
	(膀胱)						
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 9,750	—	—	—	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	—	—	—	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	—	—	—	
K798	膀胱結石、異物摘出術						
	1 経尿道的手術	7,990	→ 7,990	—	—	—	
	2 膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	—	—	—	
K799	膀胱壁切除術	7,120	→ 7,120	—	—	—	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	—	—	—	
K801	膀胱単純摘除術						
	1 腸管利用の尿路変更を行うもの	35,800	→ 34,100	70/100	5/100加算	—	
	2 その他のもの	26,500	→ 25,200	70/100	5/100加算	—	
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460	→ 9,460	—	—	—	
K802-2	膀胱脱手術	9,980	→ 9,980	—	—	—	
K803	膀胱悪性腫瘍手術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 切除	20,700	→ 19,700	70/100	5/100加算	5,500又は2,500 (尿路変更に当たって使用した場合に限る)	
	2 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	34,300	→ 32,700	70/100	5/100加算		
	3 全摘(尿管S状結腸吻合を利用して変更を行うもの)	54,300	→ 51,700	70/100	5/100加算		
	4 全摘(回腸又は結腸導管を利用して変更を行うもの)	65,600	→ 62,500	70/100	5/100加算		
	5 全摘(代用膀胱を利用して変更を行うもの)	69,000	→ 65,700	70/100	5/100加算		
	6 経尿道的手術	10,400	→ 10,400	—	—		
K804	尿膜管摘出術	9,350	→ 9,350	—	—	—	
K805	膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	—	—	—	
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→ 6,050	—	—	—	
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	14,900	→ 14,900	—	—	—	
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	14,900	→ 14,900	—	—	—	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	20,000	→ 20,000	—	—	—	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	16,400	→ 16,400	—	—	—	
K810	ボアリー氏手術	20,800	→ 20,800	—	—	—	
K811	腸管利用膀胱拡大術	24,800	→ 24,800	—	—	—	
K812	回腸(結腸)導管造設術	25,500	→ 25,500	—	—	—	
	(尿道)						
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	—	—	—	
K814	外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	—	—	—	
K815	尿道結石、異物摘出術						
	1 前部尿道	2,180	→ 2,180	—	—	—	
	2 後部尿道	5,250	→ 5,250	—	—	—	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	—	—	—	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術					5,500又は2,500 (尿路変更に当たって使用した場合に限る)	
	1 摘出	16,300	→ 16,300	—	—		
	2 内視鏡による場合	11,900	→ 11,900	—	—		
	3 尿路変更を行う場合	45,900	→ 45,900	—	—		
K818	尿道形成手術						
	1 前部尿道	13,100	→ 12,500	70/100	5/100加算	—	
	2 後部尿道	21,400	→ 20,400	70/100	5/100加算	—	
K819	尿道下裂形成手術	19,900	→ 19,000	70/100	5/100加算	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K820	尿道上裂形成手術	19,900	→ 19,000	70/100	5/100加算	—	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→ 13,300	—	—	—	
K822	女子尿道脱手術	6,370	→ 6,370	—	—	—	
K823	尿失禁手術						
	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	→ 21,800	—	—	—	
	2 その他のもの	17,300	→ 17,300	—	—	—	
K823-2	尿失禁コラーゲン注入手術	13,800	→ 13,800	—	—	—	
	第11款 男子性器						
	(陰茎)						
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	—	—	—	
K825	陰茎全摘術	9,840	→ 9,840	—	—	—	
K826	陰茎切断術	4,500	→ 4,500	—	—	—	
K826-2	陰茎折症手術	6,580	→ 6,580	—	—	—	
K827	陰茎悪性腫瘍手術						
	1 陰茎切除	14,300	→ 14,300	—	—	—	
	2 陰茎全摘	21,600	→ 21,600	—	—	—	
K828	包茎手術						
	1 背面切開術	740	→ 740	—	—	—	
	2 環状切除術	2,040	→ 2,040	—	—	—	
K828-2	陰茎持続勃起症手術						
	1 亀頭－陰茎海綿体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	3,120	→ 3,120	—	—	—	
	2 その他のシャント術によるもの	10,400	→ 10,400	—	—	—	
	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)						
K829	精管切断、切除術(両側)	2,550	→ 2,550	—	—	—	
K830	精巣(睾丸)摘出術	2,770	→ 2,770	—	—	—	
K830-2	精巣外傷手術						
	1 陰囊内血腫除去術	3,200	→ 3,200	—	—	—	
	2 精巣白膜縫合術	3,400	→ 3,400	—	—	—	
K831	停留精巣(睾丸)摘出術	4,830	→ 4,830	—	—	—	
K831-2	腹腔鏡下腹腔精巣摘出術	12,100	→ 12,100	—	—	—	
K832	精巣上体(副睾丸)摘出術	4,200	→ 4,200	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K833	精巣(辜丸)悪性腫瘍手術(両側)						
	1 高位精巣摘出術	9,260	→ 9,260	—	—	—	
	2 その他	40,900	→ 40,900	—	—	—	
K834	精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,480	—	—	—	
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	11,000	→ 11,000	—	—	—	
K835	陰嚢水腫手術						
	1 交通性陰嚢水腫手術	3,620	→ 3,620	—	—	—	
	2 その他	2,290	→ 2,290	—	—	—	
K836	停留精巣(辜丸)固定術	8,260	→ 8,260	—	—	—	
K837	精管形成手術	6,690	→ 6,690	—	—	—	
K838	精索捻転手術						
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	→ 7,650	—	—	—	
	2 その他のもの	6,330	→ 6,330	—	—	—	
	(精嚢、前立腺)						
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	—	—	—	
K840	前立腺被膜下摘出術	13,100	→ 13,100	—	—	—	
K841	経尿道的前立腺手術	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→ 19,000	—	—	—	
K841-3	経尿道的前立腺高温度治療(一連につき)	17,400	→ 8,550	—	—	—	
K842	精嚢全摘術	15,100	→ 15,100	—	—	—	
K843	前立腺精嚢悪性腫瘍手術	31,600	→ 30,100	70/100	5/100加算	—	
	第12款 女子性器						
	(外陰、会陰)						
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	790	→ 790	—	—	—	
K845	処女膜切開術	790	→ 790	—	—	—	
K846	処女膜切除術	980	→ 980	—	—	—	
K847	輪状処女膜切除術	2,230	→ 2,230	—	—	—	
K848	バルトリン腺嚢胞摘出術・造袋術	2,760	→ 2,760	—	—	—	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→ 2,340	—	—	—	
K850	女子外性器悪性腫瘍手術						
	1 切除	18,800	→ 17,900	70/100	5/100加算	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	27,700	→ 26,400	70/100	5/100加算	—	
K850-2	陰絨毛性腫瘍摘出術	14,100	→ 14,100	—	—	—	
K851	会陰形成手術						
	1 筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	—	—	—	
	2 筋層に及ぶもの	4,430	→ 4,430	—	—	—	
	(陰)						
K852	陰壁裂創縫合術(分娩時を除く。)						
	1 前又は後壁裂創	2,760	→ 2,760	—	—	—	
	2 前後壁裂創	4,160	→ 4,160	—	—	—	
	3 陰門蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 6,370	—	—	—	
K853	陰閉鎖術	2,580	→ 2,580	—	—	—	
K854	陰式旁結合組織膿瘍切開術	2,230	→ 2,230	—	—	—	
K855	陰中隔切除術						
	1 不全隔のもの	1,260	→ 1,260	—	—	—	
	2 全中隔のもの	2,540	→ 2,540	—	—	—	
K856	陰壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	—	—	—	
K857	陰壁悪性腫瘍手術	22,300	→ 21,200	70/100	5/100加算	—	
K858	陰腸瘻閉鎖術	18,900	→ 18,900	—	—	—	
K859	造陰術						
	1 拡張器利用によるもの	2,130	→ 2,130	—	—	—	
	2 遊離植皮によるもの	11,300	→ 10,800	70/100	5/100加算	—	
	3 陰断端挙上によるもの	18,400	→ 17,500	70/100	5/100加算	—	
	4 腸管形成によるもの	24,200	→ 23,000	70/100	5/100加算	—	
	5 筋皮弁移植によるもの	31,500	→ 30,000	70/100	5/100加算	—	
K860	陰壁形成手術	5,650	→ 5,650	—	—	—	
	(子宮)						
K861	子宮内膜掻爬術	1,180	→ 1,180	—	—	—	
K862	クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	—	—	—	
K863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	17,100	→ 17,100	—	—	—	
K863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	11,000	→ 11,000	—	—	—	
K864	子宮位置矯正術						

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	1 アレキサンダー手術	4,040	→ 4,040	—	—	—	
	2 開腹による位置矯正術	5,800	→ 5,800	—	—	—	
	3 癒着剥離矯正術	8,320	→ 8,320	—	—	—	
K865	子宮脱手術						
	1 腔壁形成及び子宮位置矯正術	10,000	→ 10,000	—	—	—	
	2 ハルバン・シャウタ手術	10,000	→ 10,000	—	—	—	
	3 マンチェスター手術	10,800	→ 10,800	—	—	—	
	4 腔壁形成及び子宮全摘(腔式、腹式)	19,200	→ 19,200	—	—	—	
K866	子宮頸管ポリープ切除術	990	→ 990	—	—	—	
K867	子宮頸部切除術	3,330	→ 3,330	—	—	—	
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(腔式)	3,980	→ 3,980	—	—	—	
K872	子宮筋腫核出術						
	1 腹式	14,500	→ 14,500	—	—	—	
	2 腔式	8,450	→ 8,450	—	—	—	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫核出術	25,300	→ 25,300	—	—	—	
K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→ 4,730	—	—	—	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500	→ 12,500	—	—	—	
K876	子宮腔上部切断術	7,310	→ 7,310	—	—	—	
K877	子宮全摘術	17,600	→ 17,600	—	—	—	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	29,300	→ 29,300	—	—	—	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術(腹腔鏡下によるものを含む。)	8,450	→ 8,450	—	—	—	
K879	子宮悪性腫瘍手術	39,000	→ 39,000	—	—	—	
K880	骨盤リンパ節郭清術	14,700	→ 14,700	—	—	—	
K881	腹壁子宮瘻手術	12,500	→ 12,500	—	—	—	
K882	重複子宮、双角子宮手術	13,600	→ 13,600	—	—	—	
K883	子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	—	—	—	
K884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	12,500	→ 12,500	—	—	—	
	(子宮附属器)						
K885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	—	—	—	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側)						
	1 開腹によるもの	8,910	→ 8,910	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
	2 腹腔鏡によるもの	18,300	→ 18,300	—	—	—	
K887	卵巣部分切除術(腔式を含む。)						
	1 開腹によるもの	4,350	→ 4,350	—	—	—	
	2 腹腔鏡によるもの	11,300	→ 11,300	—	—	—	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)						
	1 開腹によるもの	9,300	→ 9,300	—	—	—	
	2 腹腔鏡によるもの	16,800	→ 16,800	—	—	—	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	33,000	→ 31,400	70/100	5/100加算	—	
K890	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	16,200	→ 16,200	—	—	—	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	23,800	→ 22,700	70/100	5/100加算	—	
	(産科手術)						
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	→ 2,440	—	—	—	
K892	骨盤位娩出術	3,560	→ 3,560	—	—	—	
K893	吸引娩出術	2,080	→ 2,080	—	—	—	
K894	鉗子娩出術						
	1 低位(出口)鉗子	2,080	→ 2,080	—	—	—	
	2 中位鉗子	3,660	→ 3,660	—	—	—	
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	—	—	—	
K896	会陰(腔壁)裂創縫合術(分娩時)						
	1 筋層に及ぶもの	1,650	→ 1,650	—	—	—	
	2 肛門に及ぶもの	2,970	→ 2,970	—	—	—	
	3 腔内蓋に及ぶもの	3,320	→ 3,320	—	—	—	
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 6,310	—	—	—	
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	→ 3,770	—	—	—	
K898	帝王切開術						
	1 緊急帝王切開	17,800	→ 17,800	—	—	—	
	2 選択帝王切開	15,000	→ 15,000	—	—	—	
K899	胎児縮小術(娩出術を含む)	3,220	→ 3,220	—	—	—	
K900	臍帯還納術	1,240	→ 1,240	—	—	—	
K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	1,890	→ 1,890	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	—	—	—	
K903	子宮破裂手術						
	1 子宮全摘除を行うもの	14,300	→ 14,300	—	—	—	
	2 子宮膈上部切断を行うもの	13,200	→ 13,200	—	—	—	
	3 その他のもの	8,580	→ 8,580	—	—	—	
K904	妊娠子宮摘出術(ボロー手術)	13,200	→ 13,200	—	—	—	
K905	子宮内反症整復手術(膈式、腹式)	8,180	→ 8,180	—	—	—	
K906	子宮頸管縫縮術						
	1 マクドナルド法	1,740	→ 1,740	—	—	—	
	2 シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→ 3,090	—	—	—	
	3 縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→ 1,500	—	—	—	
K907	胎児外回転術	670	→ 670	—	—	—	
K908	胎児内(双合)回転術	1,190	→ 1,190	—	—	—	
K909	流産手術						
	1 妊娠11週までの場合	1,910	→ 1,910	—	—	—	
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	3,710	→ 3,710	—	—	—	
K911	胞状奇胎除去術	4,280	→ 4,280	—	—	—	
K912	子宮外妊娠手術						
	1 開腹によるもの	9,420	→ 9,420	—	—	—	
	2 腹腔鏡によるもの	18,600	→ 18,600	—	—	—	
K913	新生児仮死蘇生術						
	1 仮死第1度のもの	840	→ 840	—	—	—	
	2 仮死第2度のもの	2,220	→ 2,220	—	—	—	
第2節 輸血料							

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		
K920	輸血						
	1 自家採血輸血(200mLごとに)						
	イ 1回目	750	→ 750	—	—	—	
	ロ 2回目以降	650	→ 650	—	—	—	
	2 保存血液輸血(200mLごとに)						
	イ 1回目	450	→ 450	—	—	—	
	ロ 2回目以降	350	→ 350	—	—	—	
	3 自己血輸血						
	イ 6歳以上の患者の場合(200mLごとに)						
	(1) 液状保存の場合	950	→ 950	—	—	—	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,900	—	—	—	
	ロ 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)						
	(1) 液状保存の場合	950	→ 950	—	—	—	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,900	—	—	—	
	4 交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250	—	—	—	
K921	移植骨髄穿刺(一連につき)	16,600	→ 16,600	—	—	—	
K922	骨髄移植						
	1 同種移植	37,600	→ 47,600	—	—	—	
	2 自家末梢血幹細胞移植	30,000	→ 30,000	—	—	—	
	3 同種末梢血幹細胞移植	53,000	→ 53,000	—	—	—	
	4 自家造血幹細胞移植	25,000	→ 25,000	—	—	—	
K922-2	臍帯血移植	26,900	→ 36,900	—	—	—	
K923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	5,000	→ 5,000	—	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		自動吻合器、自動縫合器加算等	備考
		改正前	改正後	改正前	改正後		

(凡例)

- : 施設基準に適合している場合に限り算定することができる手術
- 70/100 : 施設基準に適合していない場合にあっては、100分の70に相当する点数により算定することとなる手術
- 5/100加算: 施設基準に適合している場合にあっては、100分の5に相当する点数を加算し、施設基準に適合していない場合にあっては、100分の30に相当する点数を減算することとなる手術
- (乳) : 1歳未満の乳児に対して行われる場合

第 1 2 部
放射線治療

(項目の新設)

※甲状腺機能亢進症、甲状腺分
化癌に対する I ¹³¹ 内用療法の
評価

(新設)

放射性同位元素内用療法管理料

イ 甲状腺癌に対するもの 500点

ロ 甲状腺機能亢進症に対するもの 250点

注 甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進
症）を有する患者に対して、放射性同位元素
内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を
行った場合に、月1回に限り算定する。

(注の追加)

(新設)

注 直線加速器による定位放射線治療のうち、患
者の体幹部に対して行われるものについては、
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する
ものとして地方社会保険事務局長に届け出た保
険医療機関において行われる場合に限り算定す
る。

項 目	改 正 案			
第 4 章 経過措置	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。			
	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄
	区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料及び A 1 0 6 に掲げる障害者施設等入院基本料のうち入院基本料 4 及び入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける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	平成 18 年 3 月 31 日までの間
	区分番号 A 1 0 2 に掲げる結核病棟入院基本料のうち入院基本料 6 及び入院基本料 7	改正省令附則第 16 条第 2 項又は第 17 条の規定の適用を受ける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	平成 18 年 3 月 31 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入院基本料 4 及び入院基本料 5	医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 43 条の 2 に規定する病院以外の病院であ	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

	る保険医療機関		
区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち入院基本料6	改正省令附則第14条第2項、第15条又は第20条の規定の適用を受ける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	改正省令附則第14条第2項又は第15条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては平成18年3月31日までの間、改正省令附則第20条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては当分の間
区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち入院基本料7	改正省令附則第14条第2項又は第15条の規定の適用を受ける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	平成18年3月31日までの間
区分番号A315に掲げる老人性痴呆疾患療養病棟入院料	平成14年9月30日において、第1欄に掲げる診療料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成18年3月31日までの間

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章		
基本診療料		
第 1 部		
初・再診料		
初診料		
(点数の見直し)	2 病院歯科初診料 1	250点 → 255点
かかりつけ歯科医初診料		
(点数の見直し)		270点 → 274点
かかりつけ歯科医再診料		
(点数の見直し)		40点 → 45点
歯周疾患継続総合診療料		
(点数の見直し)	1 10歯未満	310点 → 315点
	2 10歯以上20歯未満	450点 → 455点
	3 20歯以上	620点 → 625点

(項目の新設)

※混合歯列期における歯肉炎等
の重症化予防治療技術の評価

(新設)

歯科口腔継続管理総合診療料 325点

注1 区分番号D002-3に掲げる歯科口腔継続管理治療診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、再診時に口腔内検査、機械的歯面清掃及び指導管理等を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、歯科口腔継続管理総合診療料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して3月を経過した場合は、算定できない。

2 区分番号A002に掲げる歯科再診料及び区分番号A003に掲げるかかりつけ歯科医再診料（歯科口腔継続管理総合診療料を算定する日に算定すべきものに限る。）並びに区分番号I010に掲げる歯周疾患の処置及び第2章第1部に掲げる指導管理等（区分番号B009及びB010に掲げるものを除く。）に係る費用（歯科口腔継続管理総合診療料を算定する日の属する月に算定すべきものに限る。）は、歯科口腔継続管理総合診療料に含まれるものとする。

第 2 部

入院料等

第 3 節 特定入院料

(通則の新設)

(新設)

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件又は減算要件を満たす場合は、医科点数表の特定入院料に係る加算及び減算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。
- 4 本節各区分に係る特定入院料に係る加算要件及び減算要件は、医科点数表の特定入院料に係る加算要件及び減算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の特定入院料の例による。
- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

特定集中治療室管理料

(注の削除：通則の新設に伴うもの)

- 注1 医科点数表の特定集中治療室の注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必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、医科点数表の特定集中治療室管理料の例により算定する。
- 2 減算要件を満たす場合は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算の例により、所定点数から減算する。
- 3 注2の減算要件は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算要件の例による。
- 4 特定集中治療室管理料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の特定集中治療室管理料の例による。

7 6の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の特定入院料につき算定できる医科点数表の入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られるものとする。

(削除)

(区分の新設) ※ハイケアユニットの評価	(新設) → ハイケアユニット入院医療管理料
(区分の新設) ※回復期入院医療の評価	(新設) → 亜急性期入院医療管理料

第2章

特掲診療料

第1部

指導管理等

歯科衛生実地指導料

(注の変更：取扱いの明確化)

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関（以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。）において、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該患者に対して当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関（以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。）において、区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定している患者に対して、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。

歯科特定疾患療養指導料

(注の削除)

注2 区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医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、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含ま

(削除)

	れるものとする。		
(注の新設) ※高次歯科医療を担う病院歯科 機能の充実及び連携の推進		(新設)	注2 指導に先立って、患者の主治医（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、所定点数に100点を加算する。
特定薬剤治療管理料 (点数の見直し)		500点	470点
(注の変更：取扱いの明確化)	注1 アミノ配糖体抗生物質等を投与している入院中の患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。		注1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
(注の変更：点数の見直し)	注4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に300点を加算する。		注4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。
(注の削除)	注5 注1に掲げられていない薬物血中濃度の測定		(削除)

及び計画的な治療管理であって特殊なものに
要する費用は、注 1 に掲げられている測定及
び治療管理のうち、最も近似するものの所定
点数により算定する。

悪性腫瘍特異物質治療管理料

(点数の見直し)

イ 測定方法が一般的なもの	240点	→	220点
ロ 測定方法が精密なもの			
(1) 1項目の場合	390点		360点
(2) 2項目以上の場合	430点		400点

(注の変更：点数の見直し)

注 3 注 2 に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理 に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、 1 回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定 すべき月に限り、ロの所定点数に 160 点を 加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マ ーカーの所定点数を算定している場合はこの限 りでない。	→	注 3 注 2 に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理 に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、 1 回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定 すべき月に限り、ロの所定点数に 150 点を 加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マ ーカーの所定点数を算定している場合はこの限 りでない。
---	---	---

手術前医学管理料

(点数の見直し)

1, 420点 → 1, 310点

手術後医学管理料（１日につき）

（点数の見直し）

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

1, 410点

1, 250点

1, 340点

1, 190点

（項目の新設）

※全身疾患を有する患者に対する総合的医療管理の評価

（新設）

歯科治療総合医療管理料 250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、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009及びI010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（M001からM002に掲げるものに限る。）（全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する場合に限る。）に、月1回に限り算定する。

2 同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を

行ったときに算定する。

- 3 呼吸心拍監視及び鎮静に係る費用並びに区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料及び老人歯科診療報酬点数表の6に掲げる歯科口腔疾患指導管理料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

第2部 在宅医療

歯科訪問診療料（1日につき）

（注の新設）

※歯科訪問診療の質の向上と適
正化

（注の新設）

※訪問歯科衛生指導の適正評価

（新設）

（新設）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

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

			看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合は、所定点数に100点を加算する。
訪問歯科衛生指導料 (項目の組み替え)	1 複雑なもの イ 1回目 550点 ロ 2回目 300点 2 簡単なもの 80点	→	1 複雑なもの 350点 2 簡単なもの 100点
(注の新設：取扱いの明確化)	注1 訪問歯科診療を行った患者又はその家族等に対して、当該訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及び当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。	→	注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。

第3部 検査

細菌簡易培養検査
(点数の見直し)

70点 → 60点

(項目の新設)

※混合歯列期における歯肉炎等
の重症化予防治療技術の評価

(新設)

歯科口腔継続管理治療診断料 80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、歯肉炎等に罹患している混合歯列期の患者であって初診の日から起算して3月を経過したものに対し、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

2 歯科口腔継続管理治療診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

第4部 画像診断

通則

(通則の変更：点数の見直し)

(通則の変更：点数の見直し)

5 区分番号E000（1のイに係るものを除く。）及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000（1のイに係るものを除く。）又はE200に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

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

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000（1のイに係るものを除く。）又はE200に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

第 5 部 投薬

第 2 節 処方料

処方料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注 6 注 5 に規定する場合であって、処方期間が 28 日以上の場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 45 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注 5 の加算は算定できない。

第 5 節 処方せん料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注 4 注 3 に規定する場合であって、処方期間が 28 日以上の場合は、月 1 回に限り、処方せんの交付 1 回につき 45 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注 3 の加算は算定できない。

第 6 節 調剤技術基本料

(項目の変更)

※有床診療所における入院医療
の評価

調剤技術基本料

1 病院に入院中の患者に投薬を行った場合
42 点

調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42 点

第 6 部

注射

点滴注射（1日につき）

（注の変更）

※入院医療における安全対策等
の評価の見直し

注 2 区分番号 G 0 0 5 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 4 0
点を加算する。

注 2 区分番号 G 0 0 5 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つて細胞
毒性を有するもの及び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 4 0 点を加算する。

第 7 部

リハビリテーション

言語聴覚療法

(項目の分割)

※言語聴覚療法の見直し

1 言語聴覚療法(I)

イ 個別療法 (1 単位) 250 点

ロ 集団療法 (1 単位) 100 点

2 言語聴覚療法(II)

イ 個別療法 (1 単位) 180 点

ロ 集団療法 (1 単位) 80 点

1 言語聴覚療法(I)

イ 個別療法 (1 単位) 250 点

ロ 集団療法 (1 単位) 100 点

2 言語聴覚療法(II)

イ 個別療法 (1 単位) 180 点

ロ 集団療法 (1 単位) 80 点

3 言語聴覚療法(III)

イ 個別療法 (1 単位) 100 点

ロ 集団療法 (1 単位) 40 点

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逓減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定す
る。

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定
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、1 日 2 単位、かつ、1 月に合
計 12 単位に限り算定する。

(注の追加)

※言語聴覚療法の見直し

(新設)

注 5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に
対して、リハビリテーション計画を作成し、
当該リハビリテーション計画に基づき、言語

			聴覚療法(I) (個別療法に限る。) 又は言語聴覚療法(II) (個別療法に限る。) を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数 (15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数) を所定点数に加算する。 イ 発症後14日以内に行われた場合 (1単位につき) 100点 ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合 (1単位につき) 80点 ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合 (1単位につき) 30点
--	--	--	---

第 8 部 処置

第 1 節 処置料

歯髄覆罩（1 歯につき）
（点数の見直し）

初期齲蝕小窩裂溝填塞処置
（注の変更：取扱いの明確化）

抜髄（1 歯につき）
（点数の見直し）

1 直接歯髄覆罩

70 点 → 120 点

注 1 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関
において当該処置を行った場合（当該かかり
つけ歯科医初診料届出保険医療機関において
継続的な歯科医学的管理を行っている患者に
対して行った場合に限る。）は、所定点数に
12 点を加算する。

注 1 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関
において当該処置を行った場合（当該かかり
つけ歯科医初診料届出保険医療機関において
区分番号 A001 に掲げるかかりつけ歯科医
初診料を算定し、かつ、継続的な歯科医学的
管理を行っている患者に対して行った場合に
限る。）は、所定点数に 12 点を加算する。

2 2 根管

380 点

3 3 根管以上

530 点

390 点

550 点

感染根管処置（1歯につき） （点数の見直し）	2 2根管 250点 3 3根管以上 370点	260点 390点
歯周基本治療 （注の変更：減算割合の見直し）	注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合は、2回目以後の歯周基本治療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。	注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合は、2回目以後の歯周基本治療については所定点数の100分の30に相当する点数により算定する。

第 9 部 手術

通則

(通則の変更：加算の新設)

4 区分番号 J 0 1 8、J 0 3 2、J 0 3 9、J 0 6 0、J 0 6 9、J 0 7 0 - 2、J 0 7 6 及び J 0 9 6 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以外の保険医療機関において行われる場合には、それぞれ所定点数の 1 0 0 分の 7 0 に相当する点数により算定する。

4 区分番号 J 0 1 8、J 0 3 2、J 0 3 9、J 0 6 0、J 0 6 9、J 0 7 0 - 2、J 0 7 6 及び J 0 9 6 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た場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の 1 0 0 分の 5 に相当する点数を加算し、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われた場合は、それぞれ所定点数の 1 0 0 分の 3 0 に相当する点数を減算する。

第1節 手術料

歯肉息肉除去手術

(注の変更：対象項目の追加)

注 区分番号I006に掲げる感染根管処置と併せて行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注 区分番号I005に掲げる抜髄又は区分番号I006に掲げる感染根管処置と併せて行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

上記のほか、手術に関する改定内容は、別表のとおり。

第9部 手術

区分番号	手 術 名	点 数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
第1節 手術料						
J000	抜歯手術					
	1 乳歯	120	→ 120	—	—	
	2 前歯	150	→ 150	—	—	
	3 臼歯	260	→ 260	—	—	
	4 難抜歯	460	→ 460	—	—	
	5 埋伏歯	1,000	→ 1,000	—	—	
J001	ヘミセクション(分割抜歯)	460	→ 460	—	—	
J002	抜歯窩再搔爬手術	130	→ 130	—	—	
J003	歯根嚢胞摘出手術					
	1 歯冠大のもの	770	→ 770	—	—	
	2 拇指頭大のもの	1,300	→ 1,300	—	—	
J004	歯根端切除手術(1歯につき)	1,300	→ 1,300	—	—	
J005	歯肉息肉除去手術	110	→ 110	—	—	
J006	歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術	110	→ 110	—	—	
J007	顎骨切断端形成術	4,400	→ 4,400	—	—	
J008	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む。)					
	1 軟組織に局限するもの	600	→ 600	—	—	
	2 硬組織に及ぶもの	1,300	→ 1,300	—	—	
J009	浮動歯肉切除術					
	1 3分の1顎程度	400	→ 400	—	—	
	2 2分の1顎程度	800	→ 800	—	—	
	3 全顎	1,600	→ 1,600	—	—	
J010	顎堤形成術					
	1 簡単なもの(1顎につき)	3,000	→ 3,000	—	—	
	2 困難なもの(2分の1顎未満)	4,000	→ 4,000	—	—	
	3 困難なもの(2分の1顎以上)	6,500	→ 6,500	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
J011	上顎結節形成術	3,000	→ 3,000	—	—	
J012	おとがい神経移動術	1,300	→ 1,300	—	—	
J013	口腔内消炎手術					
	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140	→ 140	—	—	
	2 歯肉膿瘍等	180	→ 180	—	—	
	3 骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等	230	→ 230	—	—	
	4 顎炎又は顎骨骨髓炎等					
	イ 3分の1顎未満の範囲のもの	750	→ 750	—	—	
	ロ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600	→ 2,600	—	—	
	ハ 全顎にわたるもの	5,700	→ 5,700	—	—	
J014	口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	—	—	
J015	口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 5,230	—	—	
J016	口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	—	—	
J017	舌腫瘍摘出術					
	1 粘液嚢胞摘出術	940	→ 940	—	—	
	2 その他のもの	3,140	→ 3,140	—	—	
J018	舌悪性腫瘍手術					
	1 切除	11,700	→ 11,100	70/100	5/100加算	
	2 亜全摘	32,900	→ 31,300	70/100	5/100加算	
J019	口蓋腫瘍摘出術					
	1 口蓋粘膜に局限するもの	400	→ 400	—	—	
	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720	→ 6,720	—	—	
J020	口蓋混合腫瘍摘出術	5,600	→ 5,600	—	—	
J021	口蓋悪性腫瘍手術					
	1 切除(単純)	5,600	→ 5,600	—	—	
	2 切除(広汎)	18,000	→ 18,000	—	—	
J022	顎・口蓋裂形成術					
	1 軟口蓋のみのもの	8,590	→ 8,590	—	—	
	2 硬口蓋に及ぶもの	14,300	→ 14,300	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
	3 顎裂を伴うもの	14,900	→ 14,900	—	—	
J023	歯槽部骨皮質切離術(コルチコミー)					
	1 6歯未満の場合	1,700	→ 1,700	—	—	
	2 6歯以上の場合	3,400	→ 3,400	—	—	
J024	口唇裂形成術					
	1 口唇のみの場合	7,800	→ 7,800	—	—	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	→ 12,200	—	—	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	13,100	→ 13,100	—	—	
J026	舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	—	—	
J027	頬、口唇、舌小帯形成術	450	→ 450	—	—	
J028	舌形成手術(巨舌症手術)	4,490	→ 4,490	—	—	
J030	口唇腫瘍摘出術					
	1 粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	—	—	
	2 その他のもの	3,370	→ 3,370	—	—	
J031	口唇悪性腫瘍手術	18,700	→ 18,700	—	—	
J032	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	39,600	→ 37,700	70/100	5/100加算	
J033	頬腫瘍摘出術					
	1 粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	—	—	
J034	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	—	—	
J035	頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→ 17,300	—	—	
J036	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 5,120	—	—	
J037	上顎洞口腔瘻閉鎖術					
	1 簡単なもの	150	→ 150	—	—	
	2 困難なもの	1,000	→ 1,000	—	—	
	3 著しく困難なもの	5,800	→ 5,800	—	—	
J038	上顎骨切除術	12,000	→ 12,000	—	—	
J039	上顎骨悪性腫瘍手術					
	1 搔爬	4,500	→ 4,300	70/100	5/100加算	
	2 切除	20,600	→ 19,600	70/100	5/100加算	

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
	3 全摘	32,400	→ 30,900	70/100	5/100加算	
J040	下顎骨部分切除術	7,660	→ 7,660	—	—	
J041	下顎骨離断術	12,100	→ 12,100	—	—	
J042	下顎骨悪性腫瘍手術					
	1 切除	18,000	→ 18,000	—	—	
	2 切断	24,800	→ 24,800	—	—	
J043	顎骨腫瘍摘出術(歯根嚢胞を除く。)					
	1 長径3cm未満	2,820	→ 2,820	—	—	
	2 長径3cm以上	8,210	→ 8,210	—	—	
J044	顎骨嚢胞開窓術	2,040	→ 2,040	—	—	
J045	口蓋隆起形成術	2,040	→ 2,040	—	—	
J046	下顎隆起形成術	1,700	→ 1,700	—	—	
J047	腐骨除去手術					
	1 歯槽部に限局するもの	600	→ 600	—	—	
	2 顎骨に及ぶもの					
	イ 片側の3分の1未満の範囲のもの	1,300	→ 1,300	—	—	
	ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの	4,000	→ 4,000	—	—	
J048	口腔外消炎手術(骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等)					
	1 2cm未満のもの	180	→ 180	—	—	
	2 2cm以上5cm未満のもの	300	→ 300	—	—	
	3 5cm以上のもの	750	→ 750	—	—	
J049	外歯瘻手術	1,500	→ 1,500	—	—	
J050	歯性扁桃周囲膿瘍切開手術	870	→ 870	—	—	
J051	がま腫切開術	820	→ 820	—	—	
J052	がま腫摘出術	4,580	→ 4,580	—	—	
J053	唾石摘出術					
	1 表在性のもの	640	→ 640	—	—	
	2 深在性のもの	3,770	→ 3,770	—	—	
	3 腺体内に存在するもの	5,540	→ 5,540	—	—	

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
J054	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 4,610	—	—	
J055	顎下腺摘出術	7,440	→ 7,440	—	—	
J056	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 7,410	—	—	
J057	顎下腺悪性腫瘍手術	17,600	→ 17,600	—	—	
J059	耳下腺腫瘍摘出術					
	1 耳下腺浅葉摘出術	16,100	→ 16,100	—	—	
	2 耳下腺深葉摘出術	18,400	→ 18,400	—	—	
J060	耳下腺悪性腫瘍手術					
	1 切除	19,000	→ 18,100	70/100	5/100加算	
	2 全摘	28,700	→ 27,300	70/100	5/100加算	
J061	唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	—	—	
J062	唾液腺管形成手術	6,720	→ 6,720	—	—	
J063	歯周外科手術(1歯につき)					
	1 歯周ポケット搔爬術	75	→ 75	—	—	
	2 新付着手術	150	→ 150	—	—	
	3 歯肉切除手術	300	→ 300	—	—	
	4 歯肉剝離搔爬手術	600	→ 600	—	—	
J064	歯肉弁移動術	770	→ 770	—	—	
J065	歯槽骨骨折非観血的整復術					
	1 1歯又は2歯にわたるもの	680	→ 680	—	—	
	2 3歯以上にわたるもの	1,300	→ 1,300	—	—	
J066	歯槽骨骨折観血的整復術					
	1 1歯又は2歯にわたるもの	1,300	→ 1,300	—	—	
	2 3歯以上にわたるもの	2,700	→ 2,700	—	—	
J067	上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	—	—	
J068	上顎骨折観血的手術	9,010	→ 9,010	—	—	
J069	上顎骨形成術					
	1 単純な場合	12,500	→ 11,900	70/100	5/100加算	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600	→ 20,600	70/100	5/100加算	

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
J070	頬骨骨折観血的整復術	8,930	→ 8,930	—	—	
J070-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	→ 17,100	70/100	5/100加算	
J071	下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	—	—	
J072	下顎骨折観血的手術					
	1 片側の場合	10,000	→ 10,000	—	—	
	2 両側の場合	14,700	→ 14,700	—	—	
J073	口腔内軟組織異物(人工物)除去術					
	1 簡単なもの	30	→ 30	—	—	
	2 困難なもの					
	イ 浅在性のもの	680	→ 680	—	—	
	ロ 深在性のもの	1,290	→ 1,290	—	—	
	3 著しく困難なもの	4,400	→ 4,400	—	—	
J074	顎骨内異物除去術	1,300	→ 1,300	—	—	
J075	下顎骨形成術					
	1 おとがい形成の場合	4,990	→ 4,990	—	—	
	2 短縮又は伸長の場合	13,200	→ 13,200	—	—	
	3 再建の場合	18,500	→ 18,500	—	—	
J076	顔面多発骨折観血的手術	17,700	→ 16,900	70/100	5/100加算	
J077	顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	—	—	
J078	顎関節脱臼観血的手術	14,100	→ 14,100	—	—	
J079	顎関節形成術	21,600	→ 21,600	—	—	
J080	顎関節授動術					
	1 徒手的授動術(パンピングを併用した場合)	990	→ 990	—	—	
	2 顎関節鏡下授動術	4,320	→ 4,320	—	—	
	3 開放授動術	13,500	→ 13,500	—	—	
J081	顎関節円板整位術					
	1 顎関節鏡下円板整位術	12,600	→ 12,600	—	—	
	2 開放円板整位術	17,000	→ 17,000	—	—	
J082	歯科インプラント摘出術(1個につき)					

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
	1 人工歯根タイプ	460	→ 460	—	—	
	2 ブレードタイプ	1,250	→ 1,250	—	—	
	3 骨膜下インプラント	1,700	→ 1,700	—	—	
J083	顎骨インプラント摘出術					
	1 2分の1顎未満の範囲のもの	2,040	→ 2,040	—	—	
	2 2分の1顎以上の範囲のもの	6,270	→ 6,270	—	—	
J084	創傷処理					
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)	1,250	→ 1,250	—	—	
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満)	1,680	→ 1,680	—	—	
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)	2,000	→ 2,000	—	—	
	4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm未満)	470	→ 470	—	—	
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm以上10cm未満)	850	→ 850	—	—	
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10cm以上)	1,320	→ 1,320	—	—	
J085	デブリードマン					
	1 手若しくは指又は足若しくは指	1,020	→ 1,020	—	—	
	2 半肢の大部若しくは頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲又は1肢若しくはこれに準ずる範囲のもの	2,300	→ 2,300	—	—	
J086	試験上顎洞開窓術	1,920	→ 1,920	—	—	
J087	上顎洞根本手術	5,120	→ 5,120	—	—	
J088	リンパ節摘出術					
	1 長径3cm未満	1,200	→ 1,200	—	—	
	2 長径3cm以上	2,880	→ 2,880	—	—	
J089	全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部)					
	1 25cm ² 未満	6,070	→ 6,070	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	8,270	→ 8,270	—	—	
	3 100cm ² 以上200cm ² 未満	15,400	→ 15,400	—	—	
	4 200cm ² 以上	21,300	→ 21,300	—	—	
J090	皮膚移植術	4,410	→ 4,410	—	—	
J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術					

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
	1 25cm ² 未満	3,760	→ 3,760	—	—	
	2 25cm ² 以上100cm ² 未満	6,830	→ 6,830	—	—	
	3 100cm ² 以上	10,400	→ 10,400	—	—	
J092	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	→ 21,900	—	—	
J093	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	40,000	→ 40,000	—	—	
J095	複合組織移植術	11,700	→ 11,700	—	—	
J096	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	46,200	→ 44,000	70/100	5/100加算	
J097	粘膜移植術	5,010	→ 5,010	—	—	
J098	血管結紮術	3,130	→ 3,130	—	—	
J099	動脈形成術、吻合術	10,700	→ 10,700	—	—	
J099-2	抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置	10,800	→ 10,800	—	—	
J100	血管移植術、バイパス移植術					
	1 頭、頸部動脈	36,700	→ 36,700	—	—	
	2 その他の動脈	23,300	→ 23,300	—	—	
J100-2	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置	10,800	→ 10,800	—	—	
J101	神経移植術	17,800	→ 17,800	—	—	
	第2節 輸血料					
J200	輸血					
	1 自家採血輸血(200mLごとに)					
	イ 1回目	750	→ 750	—	—	
	ロ 2回目以降	650	→ 650	—	—	
	2 保存血液輸血(200mLごとに)					
	イ 1回目	450	→ 450	—	—	
	ロ 2回目以降	350	→ 350	—	—	
	3 自己血輸血					
	イ 6歳以上の患者の場合(200mLごとに)					
	(1) 液状保存の場合	950	→ 950	—	—	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,900	—	—	
	ロ 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)					

区分番号	手術名	点数		施設基準		備考
		改正前	改正後	改正前	改正後	
	(1) 液状保存の場合	950	→ 950	—	—	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,900	—	—	
	4 交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250	—	—	

(凡例)

70/100 : 施設基準に適合していない場合にあつては、100分の70に相当する点数により算定することとなる手術

5/100加算: 施設基準に適合している場合にあつては、100分の5に相当する点数を加算し、施設基準に適合していない場合にあつては、100分の30に相当する点数を減算することとなる手術

第 1 2 部

歯冠修復及び 欠損補綴

第 1 節 歯冠修復及び欠損補綴料
(歯冠修復及び欠損補綴診療料)
(項目の変更)

(注の削除)

齶蝕歯即時充填形成 (1 歯につき)
(注の変更：取扱いの明確化)

補綴時診断料 (1 口腔につき)

70 点

注 1 有床義歯又はブリッジを製作する場合は、
30 点を加算する。

注 1 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関
において当該充填形成を行った場合 (当該か
かりつけ歯科医初診料届出保険医療機関にお
いて継続的な歯科医学的管理を行っている患
者に対して行った場合に限る。) は、所定点
数に 5 点を加算する。

補綴時診断料 (1 装置につき)

75 点

(削除)

注 1 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関
において当該充填形成を行った場合 (当該か
かりつけ歯科医初診料届出保険医療機関にお
いて区分番号 A001 に掲げるかかりつけ歯
科医初診料を算定し、かつ、継続的な歯科医
学的管理を行っている患者に対して行った合
合に限る。) は、所定点数に 5 点を加算する
。

装着

(点数の見直し)

2 欠損補綴 (1 装置につき)

イ ブリッジ

- (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (→) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5 歯以下の場合 90 点
 - (←) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6 歯以上の場合 180 点
- (2) その他のブリッジ 40 点

(注の追加)

(新設)

イ ブリッジ

- (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (→) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5 歯以下の場合 150 点
 - (←) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6 歯以上の場合 300 点
- (2) その他のブリッジ 70 点

注 支台装置ごとの装着に係る費用を含むものとする。

(点数の見直し)

ロ 有床義歯

(3) 総義歯

200 点

230 点

(項目の追加)

(新設)

ハ 有床義歯修理

- (1) 少数歯欠損 30 点
- (2) 多数歯欠損 60 点
- (3) 総義歯 115 点

咬合採得

(点数の見直し)

2 欠損補綴 (1 装置につき)

□ 有床義歯

(1) 少数歯欠損

35 点

55 点

(2) 多数歯欠損

160 点

185 点

(3) 総義歯

255 点

280 点

前装鑄造冠 (1 歯につき)

(点数の見直し)

1, 242 点 → 1, 200 点

(欠損補綴)

ポンティック (ダミー) (1 歯につき)

(注の変更: 加算点数の見直し)

注 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に 800 点を加算する。

注 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に 772 点を加算する。

鑄造鉤 (1 個につき)

(点数の見直し)

1 双歯鉤

210 点

220 点

2 両翼鉤

197 点

205 点

線鉤（１個につき） （点数の見直し）	1 双歯鉤 2 両翼鉤（レストつき） 3 レストのないもの	185点 125点 105点	195点 135点 115点
フック、スパー（１個につき） （点数の見直し）		80点	85点
バー（１個につき） （点数の見直し）	1 鑄造バー 2 屈曲バー	400点 220点	420点 240点
有床義歯修理（１床につき） （点数の見直し）		200点	220点
（有床義歯調整指導） 新製義歯調整指導料（１口腔につき） （項目の見直し）	1 ２回目まで 2 ３回目以降	65点 40点	170点
（注の変更及び追加）	注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後 １月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険		注１ 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着 後１月以内に、当該有床義歯の製作を行った

医療機関において、適合を図るための調整を行い、併せてその取扱い等につき必要な指導を行った場合に、4回に限り算定する。

保険医療機関において、適合を図るための調整を行い、併せてその取扱い等につき必要な指導を行った場合に1回に限り算定する。

- 2 同一の患者について1月以内に新製義歯調整指導料を算定すべき調整指導を2回以上行った場合においては、新製義歯調整指導料は1回とし、第1回の調整指導を行ったときに算定する。

有床義歯調整・指導料（1口腔につき）

30点 → 35点

（点数の見直し）

有床義歯長期調整指導料(I)（1口腔につき）

300点 → 330点

（点数の見直し）

有床義歯長期調整指導料(II)（1口腔につき）

500点 → 530点

（点数の見直し）

（区分の新設）

（新設）

※有床義歯調整指導の評価の見直し

有床義歯長期調整指導料(III)（1口腔につき）

700点

注1 区分番号M039に掲げる有床義歯長期調

整指導料(Ⅱ)を算定した患者に対して、当該算定を行った月から6月を超え1年以内の期間において、検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等につき必要な指導を行った場合に、期間中1回に限り算定する。

2 有床義歯長期調整指導料(Ⅲ)を算定した患者については、当該算定を行った月及び翌月における有床義歯の新製の費用及び当該算定を行った月の翌月における床裏装に係る費用は算定しない。

3 有床義歯長期調整指導料(Ⅲ)を算定した月と同一月に行った床裏装の費用は、区分番号M030に掲げる有床義歯床裏装の所定点数の100分の80に相当する点数により算定するものとする。

4 咬合機能の回復が困難な患者に対して調整指導を行った場合は、所定点数に200点を加算する。

項 目	改 正 案								
第 3 章 経過措置	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。 <table><tr><th>第 1 欄</th><th>第 2 欄</th><th>第 3 欄</th><th>第 4 欄</th></tr><tr><td>区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料のうち入院基本料 4 及び入院基本料 5</td><td>医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関</td><td>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>平成18年 3 月 31 日までの間</td></tr></table>	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料のうち入院基本料 4 及び入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける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	平成18年 3 月 31 日までの間
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄						
区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料のうち入院基本料 4 及び入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。以下「改正省令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定の適用を受ける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	平成18年 3 月 31 日までの間						

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1節 調剤技術料 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） （項目の組み替え）	1 調剤基本料(I)a 49点 2 調剤基本料(I)b 44点 3 調剤基本料(II)a 39点 4 調剤基本料(II)b 21点	1 調剤基本料1 49点 2 調剤基本料2 21点 3 調剤基本料3 39点
（注の変更：調剤基本料の見直し）	注1 次に掲げる保険薬局において、処方せんの受付1回につきそれぞれ所定点数を算定する。 イ 調剤基本料(I)a 処方せんの受付回数が1月に4,000回以下である保険薬局（特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この表において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70%以下であるものに限る。） ロ 調剤基本料(I)b 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%	注1 次に掲げる保険薬局において、処方せんの受付1回につきそれぞれ所定点数を算定する。 イ 調剤基本料1 処方せんの受付回数が1月に4,000回以下である保険薬局（特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この表において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70%以下であるものに限る。） ロ 調剤基本料2 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%

	以下であるものに限る。) ハ 調剤基本料(Ⅱ)a 処方せんの受付回数が1月に4,000回以下である保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。) ニ 調剤基本料(Ⅱ)b 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)		を超えるものに限る。) ハ 調剤基本料3 イ及びロに該当しない保険薬局
(注の変更)	2 注1のハに該当する保険薬局のうち、処方せんの受付回数が1月に600回以下である保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せんの受付1回につき44点を算定する。	→	2 注1のハに該当する保険薬局のうち、1月における処方せん受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合の合計が80%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき49点を算定する。
(注の追加：分割調剤に係る評価)		(追加) →	注4 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。以下同じ。)に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調

剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節指導管理料は算定しない。

調剤料

(点数の見直し)

1 内服薬 (1剤につき)

イ 14日分以下の場合

(1) 7日目以下の部分 (1日分につき) 5点

(2) 8日目以上の部分 (1日分につき) 4点

ロ 15日以上21日分以下の場合 70点

ハ 22日以上30日分以下の場合 80点

ニ 31日以上60日分以下の場合 90点

ホ 61日以上の場合 95点

1 内服薬 (浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。) (1剤につき)

イ 14日分以下の場合

(1) 7日目以下の部分 (1日分につき) 5点

(2) 8日目以上の部分 (1日分につき) 4点

ロ 15日以上21日分以下の場合 70点

ハ 22日以上30日分以下の場合 80点

ニ 31日以上の場合 88点

(注の削除)

注2 2剤以上を調剤する場合に、服用時点ごと一包化を行った場合は、一包化加算として、投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を所定点数に加算する。

(削除)

(項目の新設：浸煎薬の評価)

(新設)

3 浸煎薬 (1調剤につき) 120点

注 4調剤以上の部分については算定しない。

(項目の新設：湯薬の評価)	(新設)	4 湯薬（1調剤につき）	120点
		注 4調剤以上の部分については算定しない。	
(項目の新設：一包化薬の評価)	(新設)	5 一包化薬	97点
		注 2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。	
(注の変更：浸煎剤、湯剤の廃止)	注5 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。	注5 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。	
	イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）	イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）	
	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点	
	(2) 浸煎剤、湯剤 75点	(2) 液剤 45点	
	(3) 液剤 45点		
	ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）	ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）	
	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点	
	(2) 浸煎剤、湯剤 105点	(2) 液剤 75点	

- (3) 液剤 75点
- ハ 外用薬
- (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ
ブ剤、リニメント剤、坐剤 90点
- (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点
- (3) 液剤 45点

ハ 外用薬

- (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ
ブ剤、リニメント剤、坐剤 90点
- (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点
- (3) 液剤 45点

第2節 指導管理料

薬剤服用歴管理・指導料（処方せん
の受付1回につき）

（注の変更：加算点数の見直し）

注2 処方された薬剤について、直接患者又はそ
の家族等から服薬状況等の情報を収集して薬
剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用
等に関し必要な指導を行った場合は、所定点
数に次の点数を加算する。

- イ 月の1回目の算定の場合 30点
- ロ 月の2回目以降の算定の場合 25点

（注の変更：加算点数の見直し）

3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用
に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った
場合は、所定点数に5点を加算する。

注2 処方された薬剤について、直接患者又はそ
の家族等から服薬状況等の情報を収集して薬
剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用
等に関し必要な指導を行った場合は、所定点
数に次の点数を加算する。

- イ 月の1回目の算定の場合 28点
- ロ 月の2回目以降の算定の場合 26点

3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用
に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った
場合は、所定点数に8点を加算する。

薬剤情報提供料 1 (処方せんの受付
1 回につき)

(点数の見直し)

(注の変更)

15 点

17 点

注 1 1 回の処方せん受付において、調剤日、投
薬に係る薬剤の名称、用法、用量及び服用に
際して注意すべき事項を患者の求めに応じて
手帳に記載するとともに、当該薬剤の名称、
用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作
用に関する主な情報を、文書又はこれに準ず
るものにより提供した場合に、月 4 回（処方
の内容に変更があった場合は、その変更後月
4 回）に限り算定する。

注 1 1 回の処方せん受付において、調剤日、投
薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用
その他服用に際して注意すべき事項を患者の
求めに応じて手帳に記載するとともに、当該
薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作
用及び相互作用に関する主な情報を、文書又
はこれに準ずるものにより提供した場合に、
月 4 回（処方の内容に変更があった場合は、
その変更後月 4 回）に限り算定する。

長期投薬情報提供料

(点数の見直し)

- 1 長期投薬情報提供料 1 (処方せんの受付 1 回
につき) 服薬期間が 14 日又はその
端数を増すごとに 15 点
2 長期投薬情報提供料 2 (服薬指導 1 回につき
) 25 点

- 1 長期投薬情報提供料 1 (処方せんの受付 1 回
につき) 服薬期間が 14 日又はその
端数を増すごとに 18 点
2 長期投薬情報提供料 2 (服薬指導 1 回につき
) 28 点

(注の変更)

注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者又はその家
族等の求めに応じ、長期投薬（14 日分を超
える投薬をいう。以下同じ。）に係る薬剤の
使用が適切に行われるよう、処方せん受付時

注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者又はその家
族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使
用が適切に行われるよう、処方せん受付時に
、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処

	に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する。		方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する。
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (注の変更：算定制限の見直し)	注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。		注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

別紙 2

老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の改正案

1 老人医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 老人基本診療料 第 1 部 老人初・再診料 第 1 節 老人初診料 老人初診料 (点数の見直し)	イ 病院の場合 250点 ロ 診療所の場合 270点	イ 255点 ロ 274点
第 2 節 老人再診料 老人外来診療料 (点数の見直し)	68点	72点
(注の変更：包括範囲の拡大)	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、老人外来診療料に含まれるものとする。 イ 尿中一般物質定性半定量検査	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、老人外来診療料に含まれるものとする。 イ 尿検査

- 尿沈渣顕微鏡検査
- ハ 糞便検査
 - 潜血反応検査
- ニ 血液形態・機能検査
 - 赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査、末梢血液像
- ホ～ツ (略)

- 医科点数表区分番号D000からD002までに掲げるもの
- 糞便検査
 - 医科点数表区分番号D003に掲げるもの
 - ハ 血液形態・機能検査
 - 医科点数表区分番号D005 (17骨髄像を除く。)に掲げるもの
 - ニ～ソ (略)

第2部

老人入院料等

第1節 老人入院基本料

老人療養病棟入院基本料 (1日につき)

(項目の削除)

老人療養病棟入院基本料

- イ 老人入院基本料1 1,151点
- 老人入院基本料2 1,080点
- ハ 老人入院基本料3 1,040点
- ニ 老人入院基本料4 1,147点
- ホ 老人入院基本料5 1,072点
- ヘ 老人入院基本料6 1,019点
- ト 老人入院基本料7 984点

- イ 老人入院基本料1 1,151点
- 老人入院基本料2 1,080点

老人病棟老人入院基本料（1日につき）

（項目の削除）

老人病棟老人入院基本料

イ	老人入院基本料 1	1, 153 点
ロ	老人入院基本料 2	1, 078 点
ハ	老人入院基本料 3	1, 025 点
ニ	老人入院基本料 4	990 点
ホ	老人入院基本料 5	860 点

（削除）

注1 病院の老人病棟（主として老人慢性疾患の患者を入院させる病室を有する病院の病棟その他の病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率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都道府県知事に届け出た病棟に入院している患者（第3節の老人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。

2 注1に規定する病棟以外の老人病棟については、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都道府県知事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節の老人特定入院料を算定する患者を除く。）について、老人特別入院基本料として

、次に掲げる点数を算定できる。

老人特別入院基本料 737点

3 老人病棟老人入院基本料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、リハビリテーション及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該老人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。

4 当該病棟においては、第2節の老人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 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。）

ニ 夜間勤務等看護加算

ホ 地域加算

ヘ HIV感染者療養環境特別加算

ト 重症皮膚潰瘍管理加算

老人有床診療所入院基本料（１日につき）

（注の新設）

※有床診療所における入院医療の評価

（新設）

注 3 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（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 40 点を加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中 1 回）
350 点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1 日につき）
5 点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1 日につき）
10 点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1 日につき）
5 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- イ 入院診療計画未実施減算（入院中 1 回）
350 点
- ロ 院内感染防止対策未実施減算（1 日につき）
5 点
- ハ 医療安全管理体制未整備減算（1 日につき）
10 点
- ニ 褥瘡対策未実施減算（1 日につき）
5 点

(注の追加)

(新設)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節に掲げる各老人入院基本料（老人特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）の所定点数に20点を加算する。

第2節 老人入院基本料等加算

(区分の追加)

1～30 (略)

1～5 (略)

6 臨床研修病院入院診療加算

7～18 (略)

19 離島加算

20～32 (略)

第3節 老人特定入院料

老人性痴呆疾患治療病棟入院料（1日につき）

(項目の分割)

※老人性痴呆疾患患者に対する
治療の充実

1, 290点

イ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料1

1, 290点

ロ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2

1, 160点

(注の変更)

※老人性痴呆疾患患者に対する
治療の充実

注2 当該患者の入院期間が90日を超えた場合
については、1日につき110点を所定点数
から減算する。

注2 当該病棟の入院患者の入院期間が90日を超えた場合については、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数から減算する。

イ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料1

110点

ロ 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2

30点

(区分の新設)

※ハイケアユニットの評価

(新設)

ハイケアユニット入院医療管理料

注 医科点数表のハイケアユニット入院医療管理料の例により算定する。この場合において、ハイケアユニット入院医療管理料の注中「第1章基本診療料」とあるのは「第1章一般的医療に係る老人基本診療料」と、「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と、それぞれ読み替えるものとする。

(区分の新設)

※回復期入院医療の評価

(新設)

亜急性期入院医療管理料

注 医科点数表の亜急性期入院医療管理料の例により算定する。

	注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数から減算する。 イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回） 350点 ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） 5点 ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） 10点 ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点 (注の追加)		注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数から減算する。 イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回） 350点 ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） 5点 ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） 10点 ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節に掲げる各老人特定入院料の所定点数に20点を加算する。
--	---	--	---

第2章

老人特掲診療料

第1部

指導管理等

老人慢性疾患外来総合診療料

(区分の廃止)

イ 院外処方せんを交付する場合 735点

ロ 院外処方せんを交付しない場合

(1) 月の1回目の算定の場合 1,035点

(2) 月の2回目の算定の場合 735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都道府県知事に届け出た保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満の病院であるものに限る。以下この表において「老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関」という。）が、老人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慢性疾患を主病とするものに対して、外来療養計画を策定し、計画的な医学的管理の下に、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に、患者1人につき1月に2回を限度として算定する。

2 イについては、老人慢性疾患外来総合診療

→ (廃止)

料届出保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者について、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に算定する。

3 ロについては、老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者について、保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合以外の場合に算定する。

4 老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療機関が、患者に対して老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき指導及び診療を行った場合においては、当該指導及び診療を行った日の属する月における当該患者の主病に係る生活指導並びに検査、投薬及び注射の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 患者に対して老人初診料を算定すべき初診を行った日又は退院の日から起算して1月を経過した日の前日の属する月に当該患者に対して行った指導及び診療については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。

6 在宅医療料（往診料を除く。）を算定した患者については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。

老人慢性疾患外来共同指導料

(区分の廃止：老人慢性疾患外来
総合診療料の廃止に伴う改正)

イ 診療所の場合 225点

ロ 許可病床数が100床未満の病院の場合

147点

ハ 許可病床数が100床以上200床未満の病
院の場合 87点

注1 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が、老人の心身の特性
を踏まえ、当該保険医療機関以外の老人慢性
疾患外来総合診療料届出保険医療機関につい
て老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき
指導及び診療を受けている患者に対して、当
該老人慢性疾患外来総合診療料届出保険医療
機関と共同で当該患者に対する医療を担当す
るため、当該老人慢性疾患外来総合診療料届
出保険医療機関と連携調整を図りながら、栄
養、安静、運動、日常生活その他療養上必要
な指導を行った場合に、1月に2回を限度と
して算定する。

2 老人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、老人初診料に含まれるものとす
る。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院

→ (廃止)

した患者に対して退院の日から1月以内に行
った指導の費用は、老人入院基本料に含まれ
るものとする。

4 在宅自己注射指導管理、在宅自己腹膜灌流
指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素
療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理
、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自
己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在
宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍
患者指導管理、寝たきり老人処置指導管理、
在宅自己疼痛管理指導管理若しくは在宅肺高
血圧症患者指導管理又は皮膚科特定疾患指導
管理を受けている患者に対して行った指導の
費用は、それぞれの指導管理料に含まれるも
のとする。

5 当該保険医療機関において老人慢性疾患生
活指導料を算定すべき要件に該当する指導及
び診療を受けた患者又はその家族等に対して
行った指導に係る費用については、老人慢性
疾患外来共同指導料は算定しない。

老人慢性疾患生活指導料 (注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)	注5 老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき要件に該当する指導及び診療を受けた患者又はその家族等に対して行った指導に係る費用については、老人慢性疾患生活指導料は算定しない。	(削除)
痴呆患者在宅療養指導管理料 (注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)	注4 老人慢性疾患外来総合診療料を算定している患者又はその家族等に対して行った痴呆患者在宅療養指導管理料を算定すべき指導については、痴呆患者在宅療養指導管理料は算定しない。	(削除)
(第1部全体の注) (注の変更：老人慢性疾患外来総合診療料の廃止に伴う改正)	注 第1部に規定する指導管理等以外の指導管理等(次に掲げる指導管理等を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び心臓ペースメーカー指導管理料の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患外来総合診療料、老人慢性疾患外来共同指導料、老人慢性疾患生活指導料、痴呆患者在宅療養指導管理料又は寝たきり老人訪問指導管理料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科	注 第1部に規定する指導管理等以外の指導管理等(次に掲げる指導管理等を除く。)の算定は、医科点数表の例による。この場合において、ウイルス疾患指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び心臓ペースメーカー指導管理料の注中「区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患生活指導料、痴呆患者在宅療養指導管理料又は寝たきり老人訪問指導管理料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「区分番号A000に掲げる初診料

特定疾患指導管理料の注中「区分番号A000に掲げる初診料」とあるのは「老人初診料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、在宅患者入院共同指導料・及び在宅患者入院共同指導料・の注中「区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節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。）」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）」と、手術前医学管理料及び手術後医学管理料の注中「第1章第2部第3節に掲げる特定入院料」とあるのは「老人特定入院料」と、それぞれ読み替えるものとする。

- イ 特定疾患療養指導料
- ロ 生活習慣病指導管理料
- ハ 退院時共同指導料
- ニ 退院前訪問指導料
- ホ 薬剤情報提供料

」とあるのは「老人初診料」と、てんかん指導料、難病外来指導管理料及び皮膚科特定疾患指導管理料の注中「第1章第2部第1節に掲げる入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、在宅患者入院共同指導料・及び在宅患者入院共同指導料・の注中「区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節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。）」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）」と、手術前医学管理料及び手術後医学管理料の注中「第1章第2部第3節に掲げる特定入院料」とあるのは「老人特定入院料」と、それぞれ読み替えるものとする。

- イ 特定疾患療養指導料
- ロ 生活習慣病指導管理料
- ハ 退院時共同指導料
- ニ 退院前訪問指導料
- ホ 薬剤情報提供料

第 2 部 在宅医療

(注の変更)

注 第 2 部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料（在宅時医学管理料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料」とあるのは「第 1 章第 1 部第 1 節に規定する老人初診料」と、「区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料」とあるのは「同部第 2 節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「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」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

注 第 2 部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料（在宅時医学管理料を除く。）の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料」とあるのは「第 1 章第 1 部第 1 節に規定する老人初診料」と、「区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料」とあるのは「同部第 2 節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「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」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、在宅患者訪問点滴注射管理指導料及び訪問看護指示料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。

第3部 検査

老人精神病棟等検体検査判断料
(点数の見直し)

イ 尿・糞便等検査判断料	32点	→	34点
ロ 血液学的検査判断料	130点		135点
ハ 生化学的検査(I)判断料	150点		155点
ニ 生化学的検査(II)判断料	130点		134点
ホ 免疫学的検査判断料	140点		144点
ヘ 微生物学的検査判断料	145点		150点

(加算点数の見直し)

イ 検体検査管理加算(I)	30点	→	40点
ロ 検体検査管理加算(II)	250点		300点

第 7 部

リハビリテーション

1 老人理学療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逡減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定する。

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定
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、1 日 2 単位、かつ、1 月に合
計 12 単位に限り算定する。

2 老人作業療法

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する
逡減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定する。

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定
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、1 日 2 単位、かつ、1 月に合
計 12 単位に限り算定する。

項 目	改 正 案			
第 4 章 経過措置	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、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。			
	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄
	第 1 章第 2 部第 1 節 1 に掲げる老人一般病 棟入院基本料及び 7 に 掲げる老人障害者施設 等入院基本料のうち老 人入院基本料 4 及び老 人入院基本料 5	医療法施行規則等の 一部を改正する省令（ 平成13年厚生労働省令 第 8 号。以下「改正省 令」という。）附則第 12 条及び第 13 条の規定 の適用を受ける病院で 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	平成18年 3 月 31 日ま での間
	第 1 章第 2 部第 1 節 3 に掲げる老人結核病 棟入院基本料のうち入 院基本料 6 及び入院基 本料 7	改正省令附則第 16 条 第 2 項又は第 17 条の規 定の適用を受ける病院 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	平成18年 3 月 31 日ま での間
	第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病 棟入院基本料のうち入	医療法施行規則（昭 和 23 年厚生省令第 50 号 ）第 43 条の 2 に規定す	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	当分の間

院基本料 4 及び入院基本料 5	る病院以外の病院である保険医療機関	入院している患者	
第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入院基本料 6	改正省令附則第 14 条第 2 項、第 15 条又は第 20 条の規定の適用を受ける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	改正省令附則第 14 条第 2 項又は第 15 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては平成 18 年 3 月 31 日までの間、改正省令附則第 20 条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関にあっては当分の間
第 1 章第 2 部第 1 節 4 に掲げる老人精神病棟入院基本料のうち入院基本料 7	改正省令附則第 14 条第 2 項又は第 15 条の規定の適用を受ける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	平成 18 年 3 月 31 日までの間
第 1 章第 2 部第 3 節 3 に掲げる老人性痴呆疾患療養病棟入院料	平成 14 年 9 月 30 日において、第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第 2 欄に掲げる病棟に入院している患者	平成 18 年 3 月 31 日までの間

2 老人歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 老人特掲診療料		
歯科口腔疾患指導管理料 (注の変更：一般と統合)	注 3 老人歯科慢性疾患生活指導を受けている患者に対して行った歯科口腔疾患指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注 3 歯科点数表区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者については、算定しない。
老人歯科慢性疾患生活指導料 (告示の簡素化：一般と統合)	1 5 0 点 注 1 老人の心身の特性を踏まえ、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者又はその家族等に対して、療養計画に基づき、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指導を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定する。 2 初診料又はかかりつけ歯科医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、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含まれるものとする。	(削除)

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、老人入院基本料に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

老人有床義歯装着料（1装置につき）
（告示の簡素化：一般と統合）

イ 少数歯欠損	60点
ロ 多数歯欠損	120点
ハ 総義歯	230点

（削除）

老人新製義歯調整指導料（1口腔につき）
（告示の簡素化：一般と統合）

イ 2回目まで	95点
ロ 3回目以降	70点

（削除）

注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行い、併せてその取扱い等につき必要な指導を行った場合に、4回を限度として算定する。

老人有床義歯調整・指導料
(告示の簡素化：一般と統合)

50点

→ (削除)

注1 有床義歯装着後1月を超えた期間において、適合を図るための調整を行い、併せてその取扱い等について必要な指導を行った場合に、月4回を限度として算定する。

2 歯科点数表第2章第2部区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

老人有床義歯長期調整指導料(I)
(告示の簡素化：一般と統合)

350点

→ (削除)

注1 有床義歯の装着の日を含む月から起算して6月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等につき必要な指導を行った場合に、当該有床義歯が当該検査等を行った保険医療機関において製作したものである場合に限り、期間中1回を限度として算定する。

2 老人有床義歯長期調整指導料(I)を算定した患者については、当該算定を行った月及び翌

月における有床義歯の新製の費用及び当該算定を行った月の翌月における床裏装に係る費用は算定しない。

3 老人有床義歯長期調整指導料(I)を算定した月と同一月に行った床裏装の費用は、有床義歯床裏装の所定点数の100分の80に相当する点数により算定するものとする。

4 咬合機能の回復が困難な患者に対して調整指導を行った場合は、所定点数に200点を加算する。

老人有床義歯長期調整指導料(II)
(告示の簡素化：一般と統合)

550点

→ (削除)

注1 老人有床義歯長期調整指導料(I)を算定した患者に対して、当該算定を行った月から6月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等につき必要な指導を行った場合に、期間中1回を限度として算定する。

2 老人有床義歯長期調整指導料(II)を算定した患者については、当該算定を行った月及び翌月における有床義歯の新製の費用及び当該算定を行った月の翌月における床裏装に係る費用は算定しない。

3 老人有床義歯長期調整指導料(II)を算定した

月と同一月に行った床裏装の費用は、有床義歯床裏装の所定点数の100分の80に相当する点数により算定するものとする。

- 4 咬合機能の回復が困難な患者に対して調整指導を行った場合は、所定点数に200点を加算する。

老人咬合採得料

(告示の簡素化：一般と統合)

イ 歯冠修復（1個につき）	14点
ロ 欠損補綴（1装置につき）	
（1）ブリッジ	
（イ）ワンピースキャストブリッジ	
a 支台歯とボンテック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	70点
b 支台歯とボンテック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	140点
（ロ）その他のブリッジ	70点
（2）有床義歯	
（イ）少数歯欠損	55点
（ロ）多数歯欠損	185点
（ハ）総義歯	280点

注1 保険医療材料料を含むものとする。

- 2 イ及びロの(1)に係る所定点数には、補綴物維持管理届出保険医療機関（歯科点数表第2章第12部区分番号M000-2に掲

（削除）

げる補綴物維持管理料の算定を行った保険医療機関をいう。以下この表において同じ。)において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれるものとする。

3 補綴物維持管理届出保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ(口の(2)に係るものを除く。)を装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は別に算定できない。

イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填

ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着

4 補綴物維持管理届出保険医療機関以外の保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ(口の(2)に係るものを除く。)を製作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

- | | |
|---|---------------|
| <p>注8 著しく歯科診療が困難な障害者に対して13から18までに規定する診療料を算定する診療を行った場合は、18の注2から注4までの規定にかかわらず、当該診療料の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、注9に規定する加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>9 著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、当該訪問診療に基づき併せて13から18までに規定する診療料を算定する診療を行ったときは、18の注2から注4までの規定にかかわらず、当該診療料の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> | <p>→ (削除)</p> |
|---|---------------|

第2章

その他の診療料

(歯周疾患継続総合診療料と指導管理料の関係の整理)

1 老人特掲診療料以外の診療料（イに掲げる診療料を除く。）の算定は、歯科点数表の例による。この場合において、第1章第1部初・再診療の通則中「健康保険法第63条第1項第1号」とあるのは「老人保健法第17条第1項第1号」と、区分番号A004に掲げる歯周疾患継続総合診療料の注3中「に係る費用」とあるのは「並びに歯科口腔疾患指導管理料及び老人歯科慢性疾患生活指導料に係る費用」と、同章第2部入院料等の通則中「健康保険法第63条第1項第5号」とあるのは「老人保健法第17条第1項第5号」と、区分番号F200に掲げる薬剤の注及び区分番号G100に掲げる薬剤の注中「健康保険法第85条第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」とそれぞれ読み替えるものとし、入院中の患者に対して点滴注射を行った場合（1日分の注射量が500mL以上の場合に限る。）は、口に掲げる点数を算定するものとする。

イ 次に掲げる診療料

- (1) 一般病棟入院基本料
- (2) 療養病棟入院基本料

1 老人特掲診療料以外の診療料（イに掲げる診療料を除く。）の算定は、歯科点数表の例による。この場合において、第1章第1部初・再診療の通則中「健康保険法第63条第1項第1号」とあるのは「老人保健法第17条第1項第1号」と、区分番号A004に掲げる歯周疾患継続総合診療料の注3中「に係る費用」とあるのは「並びに歯科口腔疾患指導管理料に係る費用」と、同章第2部入院料等の通則中「健康保険法第63条第1項第5号」とあるのは「老人保健法第17条第1項第5号」と、区分番号F200に掲げる薬剤の注及び区分番号G100に掲げる薬剤の注中「健康保険法第85条第1項」とあるのは「老人保健法第31条の2第1項」とそれぞれ読み替えるものとし、入院中の患者に対して点滴注射を行った場合（1日分の注射量が500mL以上の場合に限る。）は、口に掲げる点数を算定するものとする。

イ 次に掲げる診療料

- (1) 一般病棟入院基本料
- (2) 療養病棟入院基本料

	(3) 老人病棟老人入院基本料 (4) 有床診療所入院基本料 (5) 有床診療所療養病床入院基本料 (6) 歯科口腔衛生指導料 (7) 歯周疾患指導管理料 (8) 歯科特定疾患療養指導料 (9) 退院前訪問指導料 (10) 薬剤情報提供料 (11) 歯周組織検査 (12) 装着（有床義歯に係る装着に限る。） (13) 新製義歯調整指導料 (14) 有床義歯調整・指導料 (15) 有床義歯長期調整指導料 (16) 咬合採得		(3) 有床診療所入院基本料 (4) 有床診療所療養病床入院基本料 (5) 歯科口腔衛生指導料 (6) 歯周疾患指導管理料 (7) 退院前訪問指導料 (8) 薬剤情報提供料 (9) 歯周組織検査
--	---	--	---

項 目	改 正 案								
第 3 章 経過措置	前 2 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、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。 <table><tr><th>第 1 欄</th><th>第 2 欄</th><th>第 3 欄</th><th>第 4 欄</th></tr><tr><td>第 1 章 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5</td><td>医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。）附則第12条及び第13条の規定の適用を受ける病院である保険医療機関</td><td>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>平成18年 3 月31日までの間</td></tr></table>	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	第 1 章 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。）附則第12条及び第13条の規定の適用を受ける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	平成18年 3 月31日までの間
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄						
第 1 章 1 に掲げる老人一般病棟入院基本料のうち老人入院基本料 4 及び老人入院基本料 5	医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第 8 号。）附則第12条及び第13条の規定の適用を受ける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	平成18年 3 月31日までの間						

別紙 3

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の改正案

項 目	現 行	改 正 案
1 訪問看護基本療養費（1日につき） （注の変更） ※在宅医療の充実	注4 イについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額に2,500円を加算する。	注4 イについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

別紙 4

老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準の改正案

項 目	現 行	改 正 案
1 老人訪問看護基本療養費（1日につき） （注の変更） ※在宅医療の充実	注4 イについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額に2,500円を加算する。	注4 イについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

「別紙 1」 正誤表

頁	項 目	誤	正
医－基本診療料－3/14	外来診療料	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。 イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（17骨髄像を除く。）に掲げるもの ニ～ソ （略）	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。 イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（17骨髄像を除く。）に掲げるもの ニ～レ （略） ソ 介達牽引 ヅ （略）
医－基本診療料－8/14	（区分の新設）	臨床研修病院入院診療加算（入院初日）30点 注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）・・・	臨床研修病院入院診療加算（入院初日）30点 注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）・・・
医－指導管理等－3/5	慢性疼痛疾患管理料		注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号H001の4に掲げる理学療法(Ⅳ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
医－指導管理等－4/5	（区分の新設）	肺血栓塞栓症予防管理料 300点	肺血栓塞栓症予防管理料 305点
医－在宅医療－2/4	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	注1 ……理学療法士、作業療法士又は言語聴覚療法士・・・	注1 ……理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士・・・

頁	項 目	誤	正
医－リハビリテーション－2/3 歯－リハビリテーション－1/2	言語聴覚療法	1 言語聴覚療法(I) イ 個別療法 (1単位) 250点 ロ 集団療法 (1単位) 100点 2 言語聴覚療法(II) イ 個別療法 (1単位) 180点 ロ 集団療法 (1単位) 80点 3 言語聴覚療法(III) イ 個別療法 (1単位) 100点 ロ 集団療法 (1単位) 40点	1 言語聴覚療法(I) イ 個別療法 (1単位) 250点 ロ 集団療法 (1単位) 100点 2 言語聴覚療法(II) イ 個別療法 (1単位) 180点 ロ 集団療法 (1単位) 80点 3 言語聴覚療法(III) イ 個別療法 (1単位) 100点 ロ 集団療法 (1単位) 40点 注1 1、2及び3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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算定する。
医－手術－6/9 医－手術－別－35/60	(区分の新設) K552-2 両室ペースメーカー移植術	両室ペースメーカー移植術 13,100点 (新設) → 13,100	両室ペースメーカー移植術 13,800点 (新設) → 13,800
医－手術－6/9	(区分の新設)	経皮的中隔心筋焼灼術 22,800点	経皮的中隔心筋焼灼術 22,800点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

「診斷群分類」 正誤表

頁	項 目	誤	正
71	050163 非破裂性大動脈瘤	非破裂性大動脈瘤	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤
229	161000 熱傷、化学熱傷、凍傷・ 電擊傷	K 0 1 2	K 0 1 2 \$ 等

平成 1 6 年度社会保険診療報酬等の改定概要

基本的考え方

- 平成 1 6 年度診療報酬改定は、フリーアクセスを原則としつつ、国民皆保険体制を持続可能なものとし、患者中心の質がよく安心できる効率的な医療を確立するという基本的考え方に立って、合理的でメリハリのついたものとする。
- 現状の厳しい経済社会情勢を反映する中で、医療の安全・質の確保、具体的には、D P C、小児医療・精神医療等を重点的に評価し、国民が納得できる改定とすることとし、改定率は± 0 %とする。

主な改定内容

1 医療技術の適正な評価

- 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価
手術の施設基準については、技術集積性とアウトカムとの関係に関する調査・分析を継続することとするが、暫定的措置として、現行の施設基準の見直しを行う。
- 医療技術の評価、再評価
優れた有効性、安全性を有する新たな医療技術を迅速に国民に提供するため、普及性を勘案した上で、優先度の高いものについて保険導入する。併せて、骨髄移植・臍帯血移植やリハビリテーション等を含む既存の技術について、臨床現場における実態等も踏まえた見直しを行う。
- 歯科固有の技術の評価
歯科固有の技術の適正評価として、かかりつけ歯科医の機能や病院歯科機能の充実及び病診の連携の推進、齲蝕や歯周疾患等の重症化予防の評価、在宅歯科医療等の評価、歯及び補綴物の長期維持に関する基本的技術の評価等の見直しを行う。
- 調剤技術の評価
患者の安全性の確保や医薬品の適正使用の推進のため、患者や家族に対する情報提供、服薬管理の推進等の評価、かかりつけ薬剤師の機能の評価等を行うとともに、保険薬局の機能に応じた調剤基本料の区分の見直し等を行う。

2 医療機関のコスト等の適切な反映

疾病の特性等に応じた評価

- 急性期入院医療等の評価

急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価について、診断群分類及び包括評価の範囲について見直しを行うとともに、D P C 導入の影響の検証を引き続き行うため、調査協力医療機関についても試行的にD P Cを適用してデータ収集の拡大を図り、その評価を検証する。

併せて、集中的な治療が必要で重症度が高い患者を対象とするハイケアユニットの評価を行う。

- 小児医療の評価

小児救急医療体制、特に夜間診療体制に応じた評価や、専門的な小児入院医療等に対する評価の充実を図るとともに、新生児救急医療について、新生児入院医療管理加算の見直し等の評価の充実を図る。

- 精神医療の評価

精神医療の充実を図る観点から、医療保護入院等における適切な処遇の確保への対応や標準的な薬物治療の評価を行うとともに、地域への復帰を支援する医療、精神科在宅医療等の評価の充実を図る。

- 在宅医療の評価

在宅医療の充実を図る観点から、重症者に対する複数回訪問看護、在宅終末期医療の評価の充実等を行う。

医療機関等の機能に応じた評価

- 入院医療

医師の新臨床研修制度の導入に併せ、臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上の評価を行う。

また、地域における救急医療や在宅医療の充実等の役割に着目して、有床診療所の入院について人員配置や機能に応じた評価を行う。

- 外来医療

外来医療における医療機関の機能分担の明確化の観点から、病院・診療所間の初診料の格差の是正、外来診療料の包括範囲の拡大を行う。

3 患者の視点の重視

情報提供の推進

施設基準が設定された手術について、実施件数の院内掲示、当該手術の内容・合併症等に係る書面による患者への説明等の要件化等により、国民に対する情報提供の推進を図る。

患者による選択の重視

180日を超える入院に係る特定療養費の適用除外要件について、15歳未満の患者を追加する等の見直しを行う。

（なお、一定のエビデンスが認められる抗がん剤等の医薬品の適応外投与について、患者の視点を重視する観点から、今回改定に先立って特定療養費の対象としている（平成16年1月施行済）。

4 診療報酬体系の在り方

- 加算・減算・逡減制・算定制限等について、簡素・合理化の第一歩として、一部項目について見直しを行うとともに、事務処理についても簡素・合理化を図る。
- 老人の診療特性等を踏まえた見直しの第一歩として、歯科診療報酬の一部項目について、一般、老人診療報酬の統合を図る。

5 その他

- 酸素価格の特例及び入院基本料における離島加算の新設により、特定地域へのきめ細かな対応を図る。

各科の改定内容(主要項目)

医 科

1 医療技術の適正な評価

(1) 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価

手術における難易度に基づく評価の精緻化

肺悪性腫瘍手術、食道悪性腫瘍手術、大動脈弁置換術について「難易度」に基づき、点数の相対関係を調整する。

手術に関する施設基準の暫定的見直し

手術に関する施設基準について、技術集積性とアウトカムとの関係に関する調査・分析を継続することとするが、地域性・緊急性の考慮や患者への情報提供の推進の観点から、暫定的措置として、以下のような見直しを行う。

(見直しの要点)

- ・ 症例数及び医師経験年数の基準を満たす施設 5/100の加算
- ・ 症例数は基準に満たないが、医師経験年数の基準を満たす施設 減算を行わない
- ・ 症例数及び医師経験年数ともに基準に満たない施設 30/100の減算
- ・ その他、減算とならない施設の要件として、症例数の院内掲示、手術内容・合併症等に係る患者への説明等を新設する。

(2) 重症化予防等の評価

- 肺血栓塞栓症予防のための医学管理の評価

術後等の重篤な合併症である肺血栓塞栓症の予防のために必要な機器、材料を用いて医学管理を行った場合を評価する。

- ・ 肺血栓塞栓症予防管理料 (新設) → 305点(入院中1回)

(3) 医療技術の評価、再評価

新規技術の評価、既存技術の再評価

- 5 -

終夜睡眠ポリグラフィー

- 1 携帯用装置を使用した場合 600点 → 720点
- 2 1以外の場合 2200点 → 3300点

- ・ 腫瘍マーカー（PSA）の評価の見直し
癌を強く疑う数値であるが確定診断のつかない症例への定期的測定を可能とする。

等

- 行われなくなった医療技術等の整理・再評価
 - ・ 非観血的マニブラチオン → 廃止
 - ・ 経尿道的前立腺高温度治療 17400点 → 8550点

長期投薬に係る技術の評価

生活習慣病の増加や投薬期間の長期化に伴い、処方時における病態分析と処方管理の評価を充実する。

- ・ 特定疾患処方管理加算
処方期間が28日以上の場合（月1回 45点）を追加

加算等で評価している材料、医療機器等の適正評価

- 在宅療養指導管理料の加算の見直し
 - ・ 在宅自己注射指導管理料の注入器加算等の見直し
注入器を使用した場合に加算 → 注入器を処方した場合に加算
 - ・ 在宅酸素療法指導管理料の携帯用酸素ボンベ加算等の見直し
- 手術時に使用する自動吻合器、自動縫合器加算の見直し
 - ・ 自動吻合器加算 5900点 → 5500点
 - ・ 自動縫合器加算 2700点 → 2500点
 - ・ 使用回数の上限について、実態に合わせた見直しを行う。

2 医療機関のコスト等の適切な反映

(1) 疾病の特性等に応じた評価

急性期入院医療

- 診断群分類別包括評価

- ・ 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）の診断群分類、包括範囲等の見直しを行う。
- ・ DPC導入の影響の検証を引き続き行うとともに、調査協力医療機関についても本支払い方式を試行的に適用してデータ収集の拡大を図り、その評価を検証する。

集中的な治療病室の評価

- ハイケアユニット入院医療管理料の新設
一般病棟よりも手厚い体制の治療室で行う重症度の高い患者に対する集中的な治療を評価する。
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）（新設） → 3700点
算定要件
 - ・ 看護配置 看護師 常時4対1以上
 - ・ 特定集中治療室に準ずる設備
 - ・ 8割以上の患者が重症度等を満たしていること 等

慢性期入院医療

- 180日超入院の適用除外要件の見直し
 - ・ 適用除外要件に15歳未満の患者等を追加
- 慢性期病棟等に入院している患者に係る他医療機関受診時の評価の見直し
 - ・ 他の医療機関を受診した日の入院基本料等の算定
15 / 100 → 30 / 100

亜急性期（回復期）医療

- 亜急性期入院医療の評価
亜急性期医療を必要とする患者について、一定の入院期間（90日）に在宅復帰等を目的として行う入院医療管理を評価する。
- ・ 亜急性期入院医療管理料(1日につき）（新設） → 2050点
算定要件
 - ・ 一般病棟の病室単位
 - ・ 看護配置 2.5対1以上
 - ・ 在宅復帰支援を担当する者が配置されていること
 - ・ 退院患者の6割以上が在宅等へ退院していること 等

小児医療

専門的な小児入院医療や新生児・小児救急医療体制等に対する評価の充実を図る。

- 専門的な小児入院医療の評価
 - ・ 小児入院医療管理料の在院日数要件や複数病棟での算定の要件の見直し
小児入院医療管理料 1 1 4 日以内 → 2 1 日以内
 - ・ 新生児入院医療管理加算 2 5 0 点 → 7 5 0 点
- 小児に対する時間外診療体制の評価
 - ・ 小児の外来の時間外加算の評価の見直し
小児科を標榜する医療機関で 6 歳未満の乳幼児を診療する場合は、当該保険医療機関の診療時間であっても、時間外加算等を算定可能とする。
乳幼児の時間外加算 初診時 1 0 2 点 → 1 1 5 点 等
 - ・ 地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の見直し
2 4 時間対応 → 夜間・休日の定められた時間に対応
(対応可能時間が地域住民に周知されていること) 等

精神医療

- 医療保護入院等における適切な処遇の確保を評価
医療保護入院等の患者に対する精神保健指定医の計画的な治療管理の評価を行う。
- ・ 医療保護入院等診療料 (入院中 1 回) (新設) → 3 0 0 点
算定要件
 - ・ 院内に患者行動制限最小化委員会を設置していること 等
- 精神科包括評価病棟における標準的薬物治療等の評価
精神科の包括評価を行う病棟における非定型抗精神病薬を用いた治療の評価、精神科急性期入院医療の対象へのアルコール依存症の追加等の見直しを行う。
- ・ 特定抗精神病薬治療管理加算 (1 日につき) (新設) → 1 0 点
- 精神科入院患者の地域への復帰支援と在宅医療の評価
 - ・ 精神科退院前訪問指導料の訪問回数増と複数職種による訪問の評価
 - ・ 精神科訪問看護・指導料における複数名の訪問の評価
 - ・ 精神科デイケア等の実施回数の見直し

在宅医療

- 末期がんや神経難病等の患者に対する 1 日複数回訪問看護の評価の充実
 - ・ 在宅患者訪問看護・指導料の加算

1 日 2 回訪問の場合	2 5 0 点	→	4 5 0 点
1 日 3 回以上訪問の場合	(新設)	→	8 0 0 点
 - ・ (老人) 訪問看護基本療養費の加算

1 日 2 回訪問の場合	2 5 0 0 円	→	4 5 0 0 円
1 日 3 回以上訪問の場合	(新設)	→	8 0 0 0 円
- 在宅で点滴治療を必要とする患者に係る主治医の訪問看護師等への指示の評価
 - ・ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1 週につき)

(新設)	→	6 0 点
--------	---	-------
- 在宅訪問リハビリテーション指導管理料の要件の見直し
 - ・ 言語聴覚士が訪問した場合を算定要件に追加

(2) 医療機関等の機能に応じた評価

入院医療

- 臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上の評価

平成 1 6 年度からの新医師臨床研修制度の導入に併せて、臨床研修機能の整備に伴う医療の質の向上を評価する。

 - ・ 臨床研修病院入院診療加算(入院初日) (新設) → 3 0 点

算定要件

 - ・ 単独型又は管理型臨床研修指定病院若しくはこれに相当する大学病院で研修医が研修している病院であること
 - ・ 診療録管理体制加算を算定していること
 - ・ 研修医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制がとられていること
- 有床診療所の入院の評価の充実

有床診療所の入院について、夜間緊急時の対応体制の強化の観点から、評価の充実を行う。

 - ・ 有床診療所入院基本料 群 1 について、医師数が 2 人以上で夜間に看護職員を配置している場合に加算 (新設) → 4 0 点

外来医療

○ 初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料の評価の見直しを行う。

- ・ 初診料 病院の場合 2 5 0 点 → 2 5 5 点
 診療所の場合 2 7 0 点 → 2 7 4 点

○ 外来診療料の見直し

外来診療の医療機関の機能分化と請求事務の簡素化の観点から、外来診療料の包括範囲を拡大する。

- ・ 外来診療料 6 8 点 → 7 2 点
 尿検査、糞便検査及び血液形態・機能検査について包括範囲を拡大

(3) その他のコストの適切な評価

医療安全対策の適正評価

褥瘡対策について、従来の未実施減算を見直すとともに、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備等について加算評価を行う。

- ・ 褥瘡患者管理加算（入院中 1 回） （新設） → 2 0 点
- ・ 褥瘡対策未実施減算の要件の見直し

検体検査、画像診断等の適正化

○ 市場実勢価格を踏まえた検体検査料の適正化と緊急時の院内検査体制の評価

- ・ 検体検査管理加算（ ） 3 0 点 → 4 0 点
- ・ 検体検査管理加算（ ） 2 5 0 点 → 3 0 0 点

○ 画像診断の評価の見直し

- ・ 特殊CT 撮影（頭部） 7 1 5 点 → 7 1 0 点
- ・ 特殊MRI 撮影（頭部） 1 7 6 0 点 → 1 5 0 0 点
- ・ 画像診断管理加算 1 4 8 点 → 5 8 点
- ・ 画像診断管理加算 2 7 2 点 → 8 7 点 等

3 患者の視点の重視

(1) 情報提供の推進

- 手術の施設基準を見直し、医療機関の診療実績等に関する院内掲示及び患者への説明を充実する。
- 診療計画等の作成と患者への説明に対する評価を充実する。
 - ・ 特定抗精神病薬治療管理加算 (再掲)
 - ・ 褥瘡患者管理加算 (再掲)

(2) 患者による選択の重視

- 特定療養費制度について180日超入院の適用除外要件の見直しを行う。
 - ・ 15歳未満の患者、小児慢性特定疾患治療研究事業の対象患者、育成医療の対象患者を適用除外要件に追加

4 その他

- 特定地域への対応
離島等の特定地域における物流コスト等の評価を行う。
 - ・ 離島等の特定地域における酸素価格の特例
特段の事情がある場合には実態に応じた価格で償還する 等
 - ・ 入院基本料に係る離島加算(1日につき)(新設) → 18点

歯 科

1 歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価

(1) かかりつけ歯科医機能の評価の充実

患者の視点を重視した情報提供の推進及び継続的な歯科医学的管理の充実を図る観点から見直しを行う。

かかりつけ歯科医再診料の評価の充実

再診時における治療の進行状況や次の治療内容等に関する患者の視点を重視した情報提供の充実や口腔内の変化に応じた機能等の評価を行う。

- ・ かかりつけ歯科医再診料 40点 → 45点

うしよく

初期齲蝕治療等におけるかかりつけ歯科医の機能の適正評価

初期齲蝕治療等におけるかかりつけ歯科医の機能を評価した継続管理加算について、算定要件をかかりつけ歯科医初診料を算定する者に限定する。

(2) 高次歯科医療を担う病院歯科機能の充実及び連携の推進

病院歯科機能における初診時の治療計画に基づく情報提供及び医科の関連科との連携による指導管理の充実を図る。

病院歯科機能における初診時の治療計画に基づく情報提供の充実

- ・ 病院歯科初診料 1 250点 → 255点

医科の関連科との連携による指導管理及び情報提供の評価の充実

- ・ 歯科特定疾患療養指導料 150点（月2回）
共同療養指導計画加算 （新設） → 100点

(3) 全身疾患を有する患者に対する総合的医療管理の評価

一定の全身疾患を有する患者に対するかかりつけ医からの診療情報提供に基づく歯科治療による偶発症等の抑制に係る総合的医療管理に対する評価を行う。

- ・ 歯科治療総合医療管理料 （新設） → 250点/月

(4) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置治療の評価

睡眠時無呼吸症候群に対する治療法として、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科医療機関からの診療情報提供に基づき口腔内装置治療の依頼を受けた場合について、床副子を準用して評価を行う。

2 齲蝕や歯周疾患等の重症化予防

(1) 混合歯列期における歯肉炎等の重症化予防治療技術の評価

初診から3月以上経過した歯肉炎以外の治療が終了した病状安定が得られている概ね6～15歳の混合歯列期にある患者に対し、患者の同意に基づき継続管理計画を策定し、1～3月ごとの歯肉炎等の継続管理治療を行う新たな治療体系の評価を行う。

- ・ 歯科口腔継続管理治療診断料 (新設) → 80点
混合歯列期の歯肉炎の継続管理治療の必要性の判断を評価
- ・ 歯科口腔継続管理総合診療料 (新設) → 325点
歯科口腔継続管理治療診断に基づく継続管理計画の策定により、機械的歯面清掃、指導管理等の治療管理が1～3月ごとに行われた場合を評価

(2) 歯周疾患のメンテナンス治療の充実

歯及び補綴物の長期維持管理の推進を図る観点から、長期にわたるメンテナンス治療やブリッジにおけるポンティック部の維持管理の充実を図る。

3 地域医療との連携を重視した在宅歯科医療等の評価

(1) 歯科訪問診療の質の向上と適正化

かかりつけ歯科医による地域の病院歯科等との連携による休日、夜間等における歯科訪問診療の体制の充実を図る。

- ・ 歯科訪問診療料(1日につき)
 - 1 歯科訪問診療1 830点
 - 2 歯科訪問診療2 380点
- 地域医療連携体制加算 (新設) → 300点/月

歯科訪問診療の対象者、適切な治療範囲等の整理による適正評価

(2) 訪問歯科衛生指導の適正評価

歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導について、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示書に基づく指導内容の充実等による質の向上と適正化を図る。

- ・ 歯科訪問診療料（１日につき）
訪問指導計画・指示書加算（新設） → １００点
- ・ 訪問歯科衛生指導料
 - １ 複雑なもの
 - イ １回目 ５５０点
 - ロ ２回目以降 ３００点
 - ２ 簡単なもの ８０点

→ ３５０点（月４回まで）

→ １００点

４ その他

(1) 歯及び補綴物の長期維持に関する基本的技術の評価

歯髄保護治療の評価の充実

直接歯髄覆罩^{ふくとう}の評価及び治療状況等に関する情報提供の充実を図る。

- ・ 直接歯髄覆罩^{ふくとう} ７０点 → １２０点

根管治療に関する適正評価

根管の解剖学的形態等も踏まえ、抜髄、感染根管処置における臼歯部の評価の充実を図る。

- ・ 抜髄（２根管） ３８０点 → ３９０点
- ・ 抜髄（３根管以上） ５３０点 → ５５０点
- ・ 感染根管処置（２根管） ２５０点 → ２６０点
- ・ 感染根管処置（３根管以上） ３７０点 → ３９０点

歯冠修復・補綴物の製作に関する技術評価

義歯等補綴物の製作技術について、適正評価を行う。

(主な例)

イ	前装鑄造冠	1 2 4 2 点	→	1 2 0 0 点
ロ	ポンティック(前装鑄造加算)	8 0 0 点	→	7 7 2 点
ハ	鑄造鉤(双歯鉤)	2 1 0 点	→	2 2 0 点
ニ	線鉤(双歯鉤)	1 8 5 点	→	1 9 5 点

補綴物における診断設計技術等に関する評価の充実

補綴時診断の充実を図り、補綴物の装置ごとに応じた総合的な診断設計技術の評価及び患者の視点を重視した補綴物の設計等の概要に係る患者への情報提供の充実を行う。

- 補綴時診断料(1口腔につき)70点
→ 補綴時診断料(1装置につき)75点

(2) 有床義歯調整指導の評価の見直し

義歯の長期維持のための調整技術等を適正評価する観点から、有床義歯長期調整指導の充実及び新製義歯調整指導の簡素化を図る。

- 新製義歯調整指導料
1 2回目まで 65点
2 3回目以降 40点 } → 170点/月
- 有床義歯長期調整指導料() (新設) → 700点

(3) 有床義歯修理、ブリッジの装着の評価の見直し

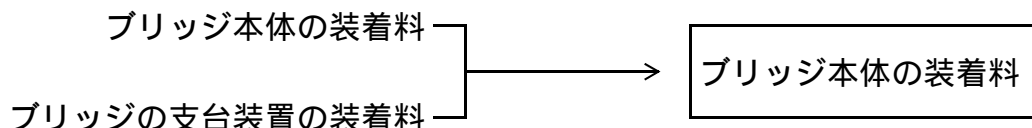
補綴物の装着の適正評価の観点から、有床義歯修理にかかる装着料の適正評価、ブリッジの支台装置ごとの装着料の包括化等を行う。

有床義歯修理に係る装着料等の見直し

- 装着
有床義歯 (区分新設) → 有床義歯修理
(1) 少数歯欠損 60点 (1) 少数歯欠損 30点
(2) 多数歯欠損 120点 (2) 多数歯欠損 60点
(3) 総義歯 230点 (3) 総義歯 115点

ブリッジの支台装置ごとの装着料の包括化

支台装置ごとの装着料をブリッジ本体の装着料に包括し適正評価を行う。



(4) 歯周治療の評価の見直し

歯周基本治療の適正評価の観点から、同一部位に2回以上の歯周基本治療を行った場合の適正化を行う。

- ・ 同一部位に2回以上の歯周基本治療を行った場合
所定点数の100分の50 → 所定点数の100分の30

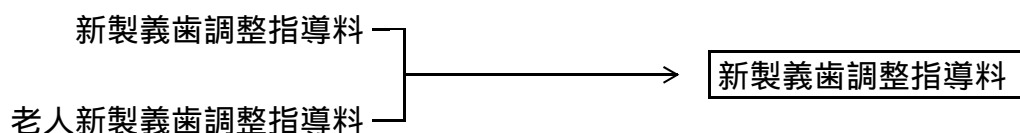
(5) 矯正治療の適応疾患の見直し

しんがくこうがいれつ

矯正治療の適応疾患として、現行の唇顎口蓋裂等の他に、ターナー症候群などの4つの先天性疾患を追加する。

(6) 一般、老人歯科診療報酬の評価の見直し

診療報酬点数表の簡素化・合理化等を図る観点から、有床義歯調整指導、装着、咬合採得等における一般、老人歯科診療報酬を統合して均一評価とする。



(7) 医科関連項目の見直し

医科・歯科共通の項目について、医科と同様の見直しを実施する。

○ 初診の評価の充実

初診時における診察や患者への説明の重要性を踏まえ、初診料の評価の見直しを行う。

- ・ 病院歯科初診料1 250点 → 255点 (再掲)
- ・ かかりつけ歯科医初診料 270点 → 274点

調 劑

1 かかりつけ薬剤師の役割を踏まえた情報提供・服薬管理指導等の評価

(1) 薬剤服用歴管理・指導の適正評価

かかりつけ薬剤師として、より一層の綿密な指導を行うことにより医薬品の適正使用を推進する観点から、特別指導の適正化及び重点評価を行う。

- ・ 特別指導加算 月 1 回目 3 0 点 → 2 8 点
月 2 回目以降 2 5 点 → 2 6 点
- ・ 麻薬管理指導加算 5 点 → 8 点

(2) 薬剤情報提供の適正評価

かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、継続的に薬剤を服用する患者にとって特に重要な相互作用（飲み合わせ）等の情報の手帳（いわゆる「おくすり手帳」）への記載を充実することにより、より一層の適正使用の推進を図る。

- ・ 薬剂情報提供料 1 15点 → 17点

(3) 長期投薬の処方実態を踏まえた薬剤管理及び情報提供等の評価

従来の投薬期間の制限が撤廃され、長期投薬が処方されている実態に鑑み、患者の安全性確保に係る情報提供等についてさらなる評価を行う。併せて、長期にわたる保存の困難性などから、分割して行う調剤についても評価する。

- ・ 長期投薬情報提供料 1 1.5 点 → 1.8 点
- ・ 長期投薬情報提供料 2 2.5 点 → 2.8 点
- ・ 調剤基本料（分割調剤）（新設） → 5 点

2 保険薬局の機能に応じた調剤基本料の評価

1月の処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合により、4区分に分けられている調剤基本料について見直しを行う。

- ・ 調剤基本料（処方せん受付1回につき）

調剤基本料（ ）a 4 9 点
（処方せん受付回数が月4,000回以下、
特定の医療機関の処方せん70%以下）

調剤基本料（ ）b 4 4 点
（処方せん受付回数が月4,000回超、
特定の医療機関の処方せん70%以下）

調剤基本料（ ）a* 3 9 点
（処方せん受付回数が月4,000回以下、
特定の医療機関の処方せん70%超）

調剤基本料（ ）b 2 1 点
（処方せん受付回数が月4,000回超、
特定の医療機関の処方せん70%超）

（*）処方せん受付回数が月600回以下
の場合は4 4 点

調剤基本料1 4 9 点
（処方せん受付回数が月4,000回以下、
特定の医療機関の処方せん70%以下）

調剤基本料2 2 1 点
（処方せん受付回数が月4,000回超、
特定の医療機関の処方せん70%超）

調剤基本料3* 3 9 点
（調剤基本料1及び2以外の場合）

（*）処方せん受付回数の多い上位3
の医療機関に係る処方せんによ
る調剤の割合の合計が80%以下の
場合は4 9 点

3 調剤技術の適正評価

(1) 長期投薬の処方実態を踏まえた調剤料の見直し

- ・ 内服剤（1剤につき）（3剤まで）

1 4日分以下の場合

7日目以下の部分（1日分につき）

5 点 → 5 点

8日目以上の部分（1日分につき）

4 点 → 4 点

1 5日分以上2 1日分以下の場合

7 0 点 → 7 0 点

2 2日分以上3 0日分以下の場合

8 0 点 → 8 0 点

3 1日分以上6 0日分以下の場合

9 0 点 → 8 8 点

6 1日分以上の場合

9 5 点 → 8 8 点

(2) 医薬品の特성에応じた調剤技術の評価

漢方薬の浸煎剤等については、調剤日数及び剤に基づく調剤料と製された製剤の形態が必ずしも相関していないことから、調剤料と加算からなる仕組みの見直しを行う。

調剤料

(例) 15 日分の場合

70点 → 廃止

自家製剤加算（浸煎剤、湯剤）

(例) 乳幼児用製剤の場合

105点 → 廃止

一包化加算（1週間毎）

30点 → 廃止

○ 調劑料

- ・ 浸煎薬 (新設) → 120点 (1調剤につき算定 (3調剤まで))
- ・ 湯薬 (新設) → 120点 (1調剤につき算定 (3調剤まで))
- ・ 一包化薬 (新設) → 97点 (1週間分ごと)

4 在宅医療における薬剤管理指導の評価

在宅のがん末期患者や居宅において中心静脈栄養療法が施されている患者について、患者個々の病態に合わせた在宅医療の充実を図る観点から、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数について見直しを行う。

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料

月の1回目	500点
月2回目以降(4回まで)	300点

月の1回目 500点
月2回目以降(4回まで) 300点
(がん末期患者及び中心静脈栄養療法
対象患者については、週2回かつ月
8回までに限り算定。)