

医科診療報酬点数表 新旧対照表



項 目	現 行	改 正
第1章 基本診療料		
第1部 初・再診料		
通 則 (通則の変更)	1 健康保険法第63条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。	1 健康保険法第63条第1項第1号及び老人保健法第17条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
第1節 初診料		
初診料 (点数の見直し)	1 病院の場合 255点 2 診療所の場合 274点	270点
(注の変更)	注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。	注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り

項 目	現 行	改 正
(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。	135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。 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点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。
(注の移動)	注4 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときは、所定点数に130点を加算する。	(削除)
(注の変更)	注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点を加算する。	注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点)を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	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。	定める時間において初診を行った場合は、所定点数に 230 点（6 歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に 345 点）を加算する。
(注の削除)	注 7 区分番号 B 010 に掲げる診療情報提供料（B）、区分番号 B 011 に掲げる診療情報提供料（C）又は区分番号 B 011-2 に掲げる診療情報提供料（D）を別の保険医療機関において算定した患者について、診療所である保険医療機関において初診を行った場合には、所定点数に 50 点を加算する。	注 5 小児科を標榜する保険医療機関（注 4 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初診を行った場合は、注 4 の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に 200 点、365 点又は 695 点を加算する。
(注の削除)	注 8 病院である保険医療機関において、別の保険医療機関等からの文書による紹介により来院した患者について初診を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 紹介患者加算 1	(削除)

項	目	現	行	改	正
			400点		
		ロ	紹介患者加算 2		
			300点		
		ハ	紹介患者加算 3		
			250点		
		ニ	紹介患者加算 4		
			150点		
		ホ	紹介患者加算 5		
			75点		
		ヘ	紹介患者加算 6		
			40点		
		注	イからホまでにつ		
			いては、別に厚生労		
			働大臣が定める施設		
			基準に適合している		
			ものとして地方社会		
			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、当該基準に係る		
			区分に従い、それぞ		
			れ所定点数に加算		
			し、へについてはそ		
			れ以外の保険医療機		
			関において行われる		
			場合に所定点数に加		
			算する。		
(加算の新設)			(新設)	→	注 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。

項 目	現 行	改 正
第 2 節 再診料 再診料 (点数の見直し)	1 病院の場合 58点 2 診療所の場合 73点	1 病院の場合 57点 2 診療所の場合 71点
(注の変更)	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 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点を加算する。ただし、注 3 又は注 4 に規定する加算を算定する場合は算定しない。
(注の変更)	注 3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 5 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注 5 のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点を加算する。	注 3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 4 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注 4 のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点)を加算する。
(注の変更)	注 4 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号 A 000 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、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療	注 4 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 4 のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	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。 注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。	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135点、260点又は590点を加算する。 注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。
(加算の廃止)	注6 入院中の患者以外の患者に対して、治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する月は算定しない。	(削除)
(注の変更)	注7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注5の外来管理加算及び注6の継続管理加算は算定しない。	注6 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注5の外来管理加算は算定しない。

項 目	現 行	改 正
外来診療料 (点数の見直し) (注の変更)	72点 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～ロ (略) 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 創傷処置 手若しくは指又は 足若しくは指にわた る範囲のもの、半肢 の大部又は頭部、頸 部及び顔面の大部に わたる範囲のもの ホ 術後創傷処置 手若しくは指又は 足若しくは指にわた る範囲のもの、半肢 の大部又は頭部、頸 部及び顔面の大部に わたる範囲のもの ヘ 皮膚科軟膏処置 半肢の大部又は頭 部、頸部及び顔面の 大部にわたる範囲の もの ト～カ (略) ヨ 喉頭処置 タ～ツ (略)	70点 注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則の3に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ～ロ (略) ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(10 のうちヘモグロビン A1c (HbA1c) 及び15 骨髓像を除く。)に 掲げるもの ニ 創傷処置 100平方センチ メートル未満のもの 及び100平方センチ メートル以上500平 方センチメートル未 満のもの ホ 熱傷処置 100平方センチ メートル未満のもの 及び100平方センチ メートル以上500平 方センチメートル未 満のもの ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチ メートル以上500平 方センチメートル未 満のもの ト～カ (略) ヨ 間接喉頭鏡下喉頭 処置 タ～ツ (略)
(注の変更)	注3 6歳未満の乳幼児に	注3 6歳未満の乳幼児に

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	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4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注5のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点を加算する。	対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点)を加算する。
(注の変更)	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。	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4のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)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135点、260点又は590点を加算する。

項 目	現 行	改 正												
(通則の移動)	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。	→ (削除)												
一般病棟入院基本料(1日につき) (項目の再編) (点数の見直し)	一般病棟入院基本料 1 I 群(平均在院日数28日以内) イ 入院基本料 1 1,209点 ロ 入院基本料 2 1,107点 ハ 入院基本料 3 939点 ニ 入院基本料 4 842点 ホ 入院基本料 5 783点 2 II 群(平均在院日数29日以上) イ 入院基本料 3 974点 ロ 入院基本料 4 880点 ハ 入院基本料 5 820点 注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟であつて、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の	→ <table> <tr> <td>1</td> <td>7 対 1 入院基本料</td> <td>1,555点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10 対 1 入院基本料</td> <td>1,269点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13 対 1 入院基本料</td> <td>1,092点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15 対 1 入院基本料</td> <td>954点</td> </tr> </table>	1	7 対 1 入院基本料	1,555点	2	10 対 1 入院基本料	1,269点	3	13 対 1 入院基本料	1,092点	4	15 対 1 入院基本料	954点
1	7 対 1 入院基本料	1,555点												
2	10 対 1 入院基本料	1,269点												
3	13 対 1 入院基本料	1,092点												
4	15 対 1 入院基本料	954点												
(注の削除)	注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟であつて、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の	→ (削除)												

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、一般病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。 イ 入院基本料1の場合 88点 ロ 入院基本料2の場合 76点 ハ 入院基本料3（I群及びII群）の場合 90点 ニ 入院基本料4（I群及びII群）の場合 38点 ホ 入院基本料5（I群及びII群）の場合 15点 注3 注1又は注2に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。	注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	イ I 群（平均在院日数28日以内） (1) 特別入院基本料 1 569点 (2) 特別入院基本料 2 540点 ロ II 群（平均在院日数29日以上） (1) 特別入院基本料 1 608点 (2) 特別入院基本料 2 580点 注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。 イ I 群の場合 (1) 14日以内の期間 452点（入院基本料5及び特別入院基本料については、440点）加算 (2) 15日以上30日以内の期間 207点（入院基本料5及び特別入院基本料については、195点）加算 (3) 180日以上の間 間 50点減算 ロ II 群の場合 (1) 14日以内の期間 312点（入院基本料5及び特別入院基本料については、300点）加算 (2) 15日以上30日以内の期間 167点（入院基本料5及び特別入院基本料については、155点）加算 (3) 180日以上の間 間 30点減算	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 428点（特別入院基本料については、300点） ロ 15日以上30日以内の期間 192点（特別入院基本料については、155点）

項 目	現 行	改 正
(注の新設)	(新設)	→ 注 4 注 1 から注 3 までの規定にかかわらず、特定患者（老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、老人特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。
(注の新設)	(新設)	→ 注 5 注 4 に規定する老人特定入院基本料を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、所定点数に含まれるものとする。
(注の変更)	注 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 入院時医学管理加算 ロ 紹介外来加算・紹介外来特別加算 ハ 急性期入院加算 ニ 急性期特定入院加算 ホ～カ (略)	→ 注 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ (略) (削除) (削除) (削除) ロ～ル (略)

項 目	現 行	改 正
	コ 看護補助加算 タ 夜間勤務等看護加算 レ～キ (略)	ヲ 看護補助加算 (注4に規定する老人特定入院基本料を算定するものを除く。)(削除) ワ～ナ (略) ラ がん診療連携拠点病院加算 ム 栄養管理実施加算 ウ 医療安全対策加算 キ 褥瘡患者管理加算 ノ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 オ ハイリスク分娩管理加算
療養病棟入院基本料 (1日につき) (点数の見直し)	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	(平成18年6月30日まで) 1 療養病棟入院基本料1 イ 入院基本料1 1,187点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、1,130点) ロ 入院基本料2 1,117点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、1,060点)
(注の変更)	注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者 (第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)	注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者 (第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)

項 目	現 行	改 正
	について、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 イ 特別入院基本料1 973点 ロ 特別入院基本料2 902点	について、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 イ 特別入院基本料1 955点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、898点) ロ 特別入院基本料2 885点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、828点)
(注の変更)	注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った検査、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、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。	注3 療養病棟入院基本料1を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。
(注の変更)	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～カ (略)	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～カ (略) ヨ 栄養管理実施加算 タ 医療安全対策加算 レ 褥瘡患者管理加算
(項目の再編)	(新設)	(平成18年7月1日から) 2 療養病棟入院基本料2 イ 入院基本料A1,740点

項 目	現 行	改 正
		ロ 入院基本料B1,344点 ハ 入院基本料C1,220点 ニ 入院基本料D 885点 ホ 入院基本料E 764点 注1 病院の療養病棟であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。 2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、563点を算定できる。 3 療養病棟入院基本料2を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射

項 目	現 行	改 正
		薬の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。 4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 地域医療支援病院入院診療加算 ロ 臨床研修病院入院診療加算 ハ 在宅患者応急入院診療加算 ニ 診療録管理体制加算 ホ 乳幼児加算・幼児加算 ヘ 地域加算 ト 離島加算 チ HIV感染者療養環境特別加算 リ 療養病棟療養環境加算 ヌ 重症皮膚潰瘍管理

項	目	現	行	改	正
					加算 ル 栄養管理実施加算 ヲ 医療安全対策加算 ワ 褥瘡患者管理加算
結核病棟入院基本料（1日につき）		結核病棟入院基本料			
（項目の再編）		1 入院基本料 1 1,101点	→	1 7対1入院基本料	1,447点
		2 入院基本料 2 1,002点		2 10対1入院基本料	1,161点
		3 入院基本料 3 858点		3 13対1入院基本料	949点
		4 入院基本料 4 772点		4 15対1入院基本料	886点
		5 入院基本料 5 713点		5 18対1入院基本料	757点
		6 入院基本料 6 614点		6 20対1入院基本料	713点
		7 入院基本料 7 572点			
（注の削除）		注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟であつて、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、結核病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数	→	（削除）	

項 目	現 行	改 正
	から減算するものとする。 イ 入院基本料1の場合 合 88点 ロ 入院基本料2の場合 合 76点 ハ 入院基本料3の場合 合 90点 ニ 入院基本料4の場合 合 38点 ホ 入院基本料5の場合 合 15点 ヘ 入院基本料6の場合 合 12点 ト 入院基本料7の場合 合 11点	
(注の変更)	注3 注1又は注2に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 イ 特別入院基本料1 485点 ロ 特別入院基本料2 469点	注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。
(注の変更)	注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者については、所定点数からの減算は行わない。	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 400点（特別入院基本料については、320点） ロ 15日以上30日以内

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	イ 30日以内の期間 300点（入院基本 料5、入院基本料6、 入院基本料7及び特 別入院基本料につい ては、240点）加算 ロ 31日以上90日以内 の期間 200点加算 ハ 91日以上90日以内 の期間 30点減算 注5 当該病棟において は、第2節の各区分に 掲げる入院基本料等加 算のうち、次に掲げる 加算について、同節に 規定する算定要件を満 たす場合に算定でき る。 イ～ヌ （略） ル 夜間勤務等看護加 算 ヲ～ヨ （略）	の期間 300点（特別入院 基本料については、 240点） ハ 31日以上90日以内 の期間 100点 注4 当該病棟において は、第2節の各区分に 掲げる入院基本料等加 算のうち、次に掲げる 加算について、同節に 規定する算定要件を満 たす場合に算定でき る。 イ～ヌ （略） （削除） ル～カ （略） ヨ 栄養管理実施加算 タ 医療安全対策加算 レ 褥瘡患者管理加算 ソ 褥瘡ハイリスク患 者ケア加算
精神病棟入院基本料（1日につき） （項目の再編）	精神病棟入院基本料 1 入院基本料1 1,037点 2 入院基本料2 940点 3 入院基本料3 800点 4 入院基本料4 712点 5 入院基本料5 658点 6 入院基本料6 589点 7 入院基本料7 548点	1 10対1入院基本料 1,209点 2 15対1入院基本料 800点 3 18対1入院基本料 712点 4 20対1入院基本料 658点
(注の削除)	注2 注1に規定する病棟 以外の精神病棟であっ て、注1に規定する別 に厚生労働大臣が定め る基準のうち、看護師	（削除）

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、精神病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。 イ 入院基本料1の場合 88点 ロ 入院基本料2の場合 76点 ハ 入院基本料3の場合 90点 ニ 入院基本料4の場合 38点 ホ 入院基本料5の場合 15点 ヘ 入院基本料6の場合 12点 ト 入院基本料7の場合 11点 注3 注1又は注2に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該	注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 イ 特別入院基本料 1 459点 ロ 特別入院基本料 2 438点 注 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 439点(入院基本料 5、入院基本料 6、入院基本料 7 及び特別入院基本料については、427点) ロ 15日以上30日以内の期間 242点(入院基本料 5、入院基本料 6、入院基本料 7 及び特別入院基本料については、230点) ハ 31日以上90日以内の期間 125点 ニ 91日以上180日以内の期間 40点 ホ 181日以上1年以内の期間 25点	本料として、550点を算定できる。 なお、看護職員25対1未満の病棟については、平成20年3月31日までの間に限り算定できる。 注 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 459点(特別入院基本料については、300点) ロ 15日以上30日以内の期間 242点(特別入院基本料については、155点) ハ 31日以上90日以内の期間 125点(特別入院基本料については、100点) ニ 91日以上180日以内の期間 20点(特別入院基本料については、15点) ホ 181日以上1年以内の期間 10点(特別入院基本料については、5点)
(加算の新設)	注 4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、当該基準に従い、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。	注 4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、当該基準に従い、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ〜ル (略) ヲ 夜間勤務等看護加算 (以下略)	注 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ〜ル (略) (削除) ヲ〜ネ (略) ナ 栄養管理実施加算 ラ 医療安全対策加算 ム 褥瘡患者管理加算 ウ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
特定機能病院入院基本料 (1日につき) (項目の再編)	特定機能病院入院基本料 1 一般病棟の場合 イ I 群 (平均在院日数28日以内) (1) 入院基本料 1 1,209点 (2) 入院基本料 2 1,107点 ロ II 群 (平均在院日数29日以上) (1) 入院基本料 1 1,244点 (2) 入院基本料 2 1,142点 (3) 入院基本料 3 983点 2 結核病棟の場合 イ I 群 (平均在院日数28日以内) (1) 入院基本料 1 1,101点 (2) 入院基本料 2 1,002点 ロ II 群 (平均在院日数29日以上) (1) 入院基本料 1 1,101点 (2) 入院基本料 2	1 一般病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,555点 ロ 10対1入院基本料 1,269点 2 結核病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,447点 ロ 10対1入院基本料 1,161点 ハ 13対1入院基本料 949点 ニ 15対1入院基本料 886点

項 目	現 行	改 正
	1,002点 (3) 入院基本料 3 883点 3 精神病棟の場合 イ I 群（平均在院日数 28日以内） (1) 入院基本料 1 1,037点 (2) 入院基本料 2 940点 ロ II 群（平均在院日数 29日以上） (1) 入院基本料 1 1,037点 (2) 入院基本料 2 940点 (3) 入院基本料 3 811点	3 精神病棟の場合 イ 7 対 1 入院基本料 1,311点 ロ 10対 1 入院基本料 1,209点 ハ 15対 1 入院基本料 839点
(注の削除)	注2 注1に規定する病棟 以外の特定機能病院の 一般病棟、結核病棟又 は精神病棟であって、 注1に規定する別に厚 生労働大臣が定める基 準のうち、看護師比率 に関する基準を満たす ことができない病棟に ついては、当分の間、 別に厚生労働大臣が定 める基準に適合してい るものとして地方社会 保険事務局長に届け出 た場合に限り、当該病 棟に入院している患者 （第3節の特定入院料 を算定する患者を除 く。）について、当該基 準に係る区分に従い、 特定機能病院入院基本 料を算定できる。ただ し、次に掲げる点数を 1日につきそれぞれの 入院基本料の所定点数 から減算するものとす	(削除)

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	る。 イ 入院基本料 1 の場合 合 88点 ロ 入院基本料 2 の場合 合 76点 ハ 入院基本料 3 の場合 合 12点 注 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を 1 日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。 イ 一般病棟の場合 (1) I 群の場合 (一) 14日以内の期間 512点加算 (二) 15日以上30日以内の期間 207点加算 (三) 180日以上の期間 50点減算 (2) II 群の場合 (一) 14日以内の期間 372点加算 (二) 15日以上30日以内の期間 167点加算 (三) 180日以上の期間 30点減算 ロ 結核病棟の場合 (I 群及びII 群) (1) 30日以内の期間 330点加算 (2) 31日以上90日以内の期間 200点加算 (3) 91日以上の期間 30点減算 注 別に厚生労働大臣が定める患者については、所定点数からの減算は行わない。 ハ 精神病棟の場合	注 2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。 イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間 652点 (2) 15日以上30日以内の期間 207点 ロ 結核病棟の場合 (1) 30日以内の期間 330点 (2) 31日以上90日以内の期間 200点 ハ 精神病棟の場合

項 目	現 行	改 正
	(Ⅰ群及びⅡ群) (1) 14日以内の期間 499点加算 (2) 15日以上30日以内の期間 242点加算 (3) 31日以上90日以内の期間 125点加算 (4) 91日以上180日以内の期間 40点加算 (5) 181日以上1年以内の期間 25点加算 (加算の新設)	(1) 14日以内の期間 499点 (2) 15日以上30日以内の期間 242点 (3) 31日以上90日以内の期間 125点 (4) 91日以上180日以内の期間 40点 (5) 181日以上1年以内の期間 25点 注3 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
(注の新設)	(新設)	注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。
(注の変更)	注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ (略) ロ 紹介外来加算・紹	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ (略) (削除)

項 目	現 行	改 正
	介外来特別加算（一般病棟に限る。） ハ 急性期入院加算（一般病棟に限る。） ニ 急性期特定入院加算（一般病棟に限る。） ホ～ヲ （略） ワ 看護補助加算 カ 夜間勤務等看護加算 ヨ～ク （略）	（削除） （削除） ロ～リ （略） ス 看護補助加算（老人特定入院基本料を算定するものを除く。） （削除） ル～ウ （略） キ がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。） ノ 栄養管理実施加算 オ 医療安全対策加算 ク 褥瘡患者管理加算 ヤ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 マ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。）
専門病院入院基本料（1日につき） （項目の再編）	専門病院入院基本料 1 入院基本料 1 1,209点 2 入院基本料 2 1,107点	1 7対1入院基本料 1,555点 2 10対1入院基本料 1,269点 3 13対1入院基本料 1,092点
（注の削除）	注2 注1に規定する病棟以外の専門病院の一般病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟について	（削除）

項 目	現 行	改 正
	は、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、専門病院入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。 イ 入院基本料1の場合 88点 ロ 入院基本料2の場合 76点	
(注の変更)	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。 イ 14日以内の期間 452点加算 ロ 15日以上30日以内の期間 207点加算 ハ 180日以上期間 50点減算	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 452点 ロ 15日以上30日以内の期間 207点
(注の新設)		注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。
(注の変更)	注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる	注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる

項 目	現 行	改 正
	加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ (略) ロ 紹介外来加算・紹介外来特別加算 ハ 急性期入院加算 ニ 急性期特定入院加算 ホール (略) ヲ 看護補助加算 ワ 夜間勤務等看護加算 カーラ (略)	加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ (略) (削除) (削除) (削除) ロ〜チ (略) リ 看護補助加算 (老人特定入院基本料を算定するものを除く。) (削除) ヌ〜ソ (略) ツ がん診療連携拠点病院加算 ネ 栄養管理実施加算 ナ 医療安全対策加算 ラ 褥瘡患者管理加算 ム 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
障害者施設等入院基本料 (1日につき) (項目の再編)	障害者施設等入院基本料 1 入院基本料 1 1,244点 2 入院基本料 2 1,142点 3 入院基本料 3 974点 4 入院基本料 4 877点 5 入院基本料 5 818点	1 10対1入院基本料 1,269点 2 13対1入院基本料 1,092点 3 15対1入院基本料 954点
(注の削除)	注2 注1に規定する病棟以外の障害者施設等一般病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、別に	(削除)

項 目	現 行	改 正
	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、障害者施設等入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算する。 イ 入院基本料1の場合 88点 ロ 入院基本料2の場合 76点 ハ 入院基本料3の場合 90点 ニ 入院基本料4の場合 38点 ホ 入院基本料5の場合 15点	
(注の変更)	注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 312点（入院基本料5については、300点）加算 ロ 15日以上30日以内の期間 167点（入院基本料5については、155点）加算	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 312点 ロ 15日以上30日以内の期間 167点
(注の新設)	(新設)	注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注 4 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～チ (略) リ 看護補助加算 ヌ 夜間勤務等看護加算 ル～ヨ (略)	4 に規定する老人特定入院基本料の例により算定する。 注 4 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～チ (略) リ 看護補助加算（老人特定入院基本料を算定するものを除く。） (削除) ヌ～カ (略) ヨ 栄養管理実施加算 タ 医療安全対策加算 レ 褥瘡患者管理加算 ソ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
有床診療所入院基本料（1 日につき） (項目の再編)	有床診療所入院基本料 1 I 群 イ 入院基本料 1 489 点 ロ 入院基本料 2 456 点 ハ 入院基本料 3 415 点 2 II 群 イ 入院基本料 3 380 点 ロ 入院基本料 4 345 点	1 有床診療所入院基本料 1 イ 7 日以内の期間 810 点 ロ 8 日以上 14 日以内の期間 660 点 ハ 15 日以上 30 日以内の期間 490 点 ニ 31 日以上の期間 450 点 2 有床診療所入院基本料 2 イ 7 日以内の期間 640 点 ロ 8 日以上 14 日以内の期間 480 点 ハ 15 日以上 30 日以内の期間 320 点

項 目	現 行	改 正
		ニ 31日以上の期間 280点
(注の削除)	注2 当該有床診療所の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ I群の場合 (1) 7日以内の期間 223点 (2) 8日以上14日以内の期間 188点 (3) 15日以上30日以内の期間 85点 (4) 31日以上90日以内の期間 47点 ロ II群の場合 (1) 7日以内の期間 223点 (2) 8日以上14日以内の期間 188点 (3) 15日以上30日以内の期間 85点 (4) 31日以上90日以内の期間 47点	(削除)
(加算の見直し)	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2 医師の配置、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に100点を加算する。
(注の変更)	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	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

項 目	現 行	改 正
	規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ホ (略) ヘ 特別看護加算・特別看護長時間加算 ト 特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算 チ～ル (略)	規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ホ (略) (削除) (削除) ヘ～リ (略) ヌ 栄養管理実施加算 ル 医療安全対策加算 ヲ 褥瘡患者管理加算
有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき) (点数の見直し)	有床診療所療養病床入院基本料 入院基本料 816点	(平成18年6月30日まで) 1 有床診療所療養病床入院基本料1 801点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、783点)
(注の変更)	注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 特別入院基本料 711点	注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。 特別入院基本料 698点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、680点)
(注の変更)	注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断、リ	注3 有床診療所療養病床入院基本料1を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	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、入 院基本料に含まれるも のとする。ただし、別 に厚生労働大臣が定め る注射薬の費用を除 く。 注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～リ （略）	処置の費用（フィルム の費用を含む。）は、入 院基本料に含まれるも のとする。ただし、別 に厚生労働大臣が定め る注射薬の費用を除 く。 注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～リ （略） ヌ 栄養管理実施加算 ル 医療安全対策加算 ヲ 褥瘡患者管理加算
(項目の再編)	(新設)	(平成18年7月1日から) 2 有床診療所療養病床入 院基本料2 イ 入院基本料A 975点 ロ 入院基本料B 871点 ハ 入院基本料C 764点 ニ 入院基本料D 602点 ホ 入院基本料E 520点 注1 有床診療所（療養 病床に係るものに限 る。）であって、看護 配置その他の事項に つき別に厚生労働大 臣が定める基準に適 合しているものとし て地方社会保険事務 局長に届け出た診療 所である保険医療機 関に入院している患 者について、当該患 者の疾患、状態、A DL等について別に 厚生労働大臣が定め る区分に従い、当該 患者ごとにそれぞれ

項 目	現 行	改 正
		所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。 2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、450点を算定できる。 3 有床診療所療養病床入院基本料2を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。 4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大

項 目	現 行	改 正
		臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。 5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 在宅患者応急入院診療加算 ロ 診療録管理体制加算 ハ 乳幼児加算・幼児加算 ニ 地域加算 ホ 離島加算 ヘ HIV感染者療養環境特別加算 ト 診療所療養病床療養環境加算 チ 重症皮膚潰瘍管理加算 リ 栄養管理実施加算 ヌ 医療安全対策加算 ル 褥瘡患者管理加算

項 目	現 行	改 正
第 2 節 入院基本料等加算 紹介外来加算・紹介外来特別加算（1日につき） （区分の削除）	紹介外来加算・紹介外来特別加算 1 紹介外来加算 イ 特定機能病院以外の場合 100点 ロ 特定機能病院の場合 140点 2 紹介外来特別加算 50点 注 1 紹介外来加算は、紹介患者比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、紹介外来加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、14日を限度として所定点数に加算する。 2 紹介外来特別加算は、紹介外来加算を算定する患者が入院する保険医療機関が、入院以外の患者数と、入院患者数の比率につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものである場合に、14日を限度として、更に所定点数に加算する。	→ （削除）

項 目	現 行	改 正
急性期入院加算（１日につき） （区分の削除）	急性期入院加算 155点 注１ 紹介患者比率、平均 在院日数その他の事項 につき別に厚生労働大 臣が定める施設基準に 適合しているものとし て地方社会保険事務局 長に届け出た保険医療 機関に入院している患 者（第１節の入院基本 料（特別入院基本料を 除く。）のうち、急性期 入院加算を算定できる ものを現に算定してい る患者に限る。）につ いて、14日を限度とし て所定点数に加算す る。 ２ 急性期入院加算を紹 介外来加算と同時に算 定する場合は、急性期 入院加算の所定点数か ら紹介外来加算の所定 点数を控除した点数を 急性期入院加算として 加算する。	→ （削除）
急性期特定入院加算（１日 につき） （区分の削除）	急性期特定入院加算 200点 注１ 紹介患者比率、平均 在院日数その他の事項 につき別に厚生労働大 臣が定める施設基準に 適合しているものとし て地方社会保険事務局 長に届け出た保険医療 機関に入院している患 者（第１節の入院基本 料（特別入院基本料を 除く。）のうち、急性期 特定入院加算を算定で きるものを現に算定し ている患者に限る。） について、14日を限度	→ （削除）

項 目	現 行	改 正
	として所定点数に加算する。ただし、この場合において急性期入院加算は算定しない。 2 急性期特定入院加算を紹介外来加算と同時に算定する場合は、急性期特定入院加算の所定点数から紹介外来加算の所定点数を控除した点数を急性期特定入院加算として加算する。	
地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） （項目の変更） （点数の見直し）	1 地域医療支援病院入院診療加算 1 490点 2 地域医療支援病院入院診療加算 2 900点	地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点
（注の変更）	注 1 地域医療支援病院入院診療加算 1 は、地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）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、地域医療支援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。	注 地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）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、地域医療支援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。
（注の削除）	2 地域医療支援病院入院診療加算 2 は、紹介患者比率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	（削除）

項 目	現 行	改 正
	長に届け出た地域医療支援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、地域医療支援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。ただし、この場合において地域医療支援病院入院診療加算1は算定しない。	
臨床研修病院入院診療加算 (入院初日) (項目の変更) (点数の見直し)	30点	1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点 2 協力型臨床研修病院 20点
(注の見直し)	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。）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	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。）であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、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、臨床研修病院入院診療加算を算定できる

項 目	現 行	改 正
	る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。	ものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。
救急医療管理加算・乳幼児 救急医療管理加算（入院初日） （区分の変更）	救急医療管理加算・乳幼児 救急医療管理加算（入院初日）	救急医療管理加算・乳幼児 救急医療管理加算（1日につき）
（加算の見直し）	注 1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、休日又は夜間に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	注 1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。
（加算の見直し）	2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院初日に限り更に所定点数に加算する。	2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。
在宅患者応急入院診療加算 （入院初日） （注の変更）	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において

項 目	現 行	改 正
	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章第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。）を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者応急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者応急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
看護配置加算（1日につき） （項目の変更） （点数の見直し）	1 入院基本料3及び入院基本料4を算定する場合 12点 2 入院基本料5、入院基本料6及び入院基本料7を算定する場合 8点	12点
（注の変更）	注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正
看護補助加算（1日につき） （項目の変更） （点数の見直し）	1 4対1看護補助加算 121点 2 5対1看護補助加算 109点 3 6対1看護補助加算 93点 4 10対1看護補助加算 80点 5 15対1看護補助加算 54点	1 看護補助加算 1 109点 2 看護補助加算 2 84点 3 看護補助加算 3 56点
特別看護加算・特別看護長 時間加算（1日につき） （区分の削除）	特別看護加算・特別看護長 時間加算（1日につき） 1 特別看護加算 イ 1人付特別看護加算 1 1,120点 ロ 1人付特別看護加算 2 913点 ハ 2人付特別看護加算 1 519点 ニ 2人付特別看護加算 2 457点 2 特別看護長時間加算 イ 1人付特別看護加算 1の場合 414点 ロ 1人付特別看護加算 2の場合 362点 ハ 2人付特別看護加算 1の場合 228点 ニ 2人付特別看護加算 2の場合 166点 注1 特別看護加算は、特 別看護を行う旨を地方 社会保険事務局長に届 け出た診療所（有床診 療所入院基本料のうち Ⅱ群に係るものを算定 するものに限る。）に おいて、別に厚生労働 大臣が定める基準に該 当する患者に対して、 別に厚生労働大臣が定	（削除）

項 目	現 行	改 正
	める基準による看護を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料のうち、特別看護加算・特別看護長時間加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、14日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は算定しない。 2 特別看護長時間加算は、特別看護加算を算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める特別看護の時間に関する基準に適合する特別看護を行った場合に、所定点数に更に加算する。	
特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算（1日につき） （区分の削除）	特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算（1日につき） 1 特別看護補助加算 イ 2人付特別看護補助加算 362点 ロ 3人付特別看護補助加算 258点 2 特別看護補助長時間加算 イ 2人付特別看護補助加算の場合 (1) 長時間加算 1 181点 (2) 長時間加算 2 362点 ロ 3人付特別看護補助加算の場合 (1) 長時間加算 1	→ （削除）

項 目	現 行	改 正																								
	129点 (2) 長時間加算 2 258点 注 1 特別看護補助加算は、特別看護補助を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た診療所（有床診療所入院基本料のうちⅡ群に係るものを算定するものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める基準に該当する患者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準による看護を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料のうち、特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める日までに限り算定できるものとする。 2 特別看護補助長時間加算は、特別看護補助加算を算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める特別看護補助の時間に関する基準に適合する特別看護補助を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、所定点数に更に加算する。																									
地域加算（1日につき） （項目の変更） （点数の見直し）	<table> <tr> <td>1</td><td>1種地域</td><td>18点</td></tr> <tr> <td>2</td><td>2種地域</td><td>15点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3種地域</td><td>9点</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4種地域</td><td>5点</td></tr> </table>	1	1種地域	18点	2	2種地域	15点	3	3種地域	9点	4	4種地域	5点	<table> <tr> <td>1</td><td>1級地</td><td>18点</td></tr> <tr> <td>2</td><td>2級地</td><td>15点</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3級地</td><td>12点</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4級地</td><td>10点</td></tr> </table>	1	1級地	18点	2	2級地	15点	3	3級地	12点	4	4級地	10点
1	1種地域	18点																								
2	2種地域	15点																								
3	3種地域	9点																								
4	4種地域	5点																								
1	1級地	18点																								
2	2級地	15点																								
3	3級地	12点																								
4	4級地	10点																								

項 目	現 行	改 正
		5 5 級地 6 点 6 6 級地 3 点
(注の変更)	注 別に厚生労働大臣が定める地域区分による地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該地域区分に従い、所定点数に加算する。	注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、同令で定める級地区分に従い、所定点数に加算する。
療養環境加算（1日につき） (注の変更)	注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項及び老人保健法第17条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
HIV感染者療養環境特別加算 (1日につき) (注の変更)	注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関	注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関

項 目	現 行	改 正
重症者等療養環境特別加算 (1日につき) (注の変更)	に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。
	注 重症者等療養環境特別加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	注 重症者等療養環境特別加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。
小児療養環境特別加算（1日につき） (注の変更)	注 治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）	注 治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、

項 目	現 行	改 正
	について、所定点数に加算する。この場合においてHIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算は算定しない。	HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。
療養病棟療養環境加算（1日につき） （項目の追加） （点数の見直し）	1 療養病棟療養環境加算 1 105点 2 療養病棟療養環境加算 2 90点 3 療養病棟療養環境加算 3 30点	1 療養病棟療養環境加算 1 132点 2 療養病棟療養環境加算 2 115点 3 療養病棟療養環境加算 3 90点 4 療養病棟療養環境加算 4 30点
診療所療養病床療養環境加算 （1日につき） （点数の見直し）	1 診療所療養病床療養環境加算 1 90点	100点
無菌治療室管理加算（1日につき） （注の変更）	注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、90日を限度として所定点数に加算する。ただし、この場合においてHIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算は算定しない。	注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、90日を限度として所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	がん診療連携拠点病院加算 (入院初日) 200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、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、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、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 ※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 • 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） • 専門病院入院基本料 • 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 • 緩和ケア病棟入院料 • 短期滞在手術基本料
(区分の新設)	(新設) →	栄養管理実施加算（1日につき） 12点 注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1

項 目	現 行	改 正
		節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、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、栄養管理実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 ※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 • 有床診療所入院基本料 • 有床診療所療養病床入院基本料 • 救急救命入院料 • 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 • 脳卒中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

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	・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 ・老人性認知症疾患治療病棟入院料 ・診療所老人医療管理料 ・短期滞在手術基本料 医療安全対策加算（入院初日） 50点 注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医療安全対策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。 ※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 ・有床診療所入院基本料 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・救急救命入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医

項	目	現	行	改	正
					療管理料 ・脳卒中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 ・老人性認知症疾患治療病棟入院料 ・診療所老人医療管理料
	(加算の移動)		(新設)	→	褥瘡患者管理加算（入院中1回） 20点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡患者管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数

項 目	現 行	改 正
		に加算する。 ※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 ・有床診療所入院基本料 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・救急救命入院料 ・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 ・脳卒中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 ・老人性認知症疾患治療病棟入院料 ・診療所老人医療管理料

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回） 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア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、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A235に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。 ※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 • 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 • 救急救命入院料 • 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 • 脳卒中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

項 目	現 行	改 正
(加算の新設)	(新設)	室管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料 ・小児入院医療管理料 ・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 ハイリスク分娩管理加算 (1日につき) 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。)のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1回の妊娠につき、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。 ※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 ・特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)

項 目	現 行	改 正
第 3 節 特定入院料 (通則の削除)	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	(削除)
(通則の削除)	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。	(削除)
救命救急入院料 (1 日につき) (点数の見直し)	1 7 日以内の期間 イ 救命救急入院料 1 9,190点 ロ 救命救急入院料 2 10,590点 2 8 日以上 14 日以内の期間 イ 救命救急入院料 1 7,990点 ロ 救命救急入院料 2 9,390点	9,000点 10,400点 7,490点 8,890点

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合又は別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、それぞれ1日につき所定点数に100点を加算し、又は所定点数から500点を減算する。	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき所定点数に500点を加算する。
(注の変更)	(新設)	注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき更に所定点数に100点を加算する。
特定集中治療室管理料 (1日につき) (点数の見直し)	1 7日以内の期間 8,890点 2 8日以上14日以内の期間 7,690点	8,760点 7,330点
(注の変更)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数に所定点数の100分の5に相当する点数を加算する。
(区分の新設)	(新設)	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (1日につき) 5,700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、脳梗塞、脳

項 目	現 行	改 正
総合周産期特定集中治療室 管理料（１日につき） （注の変更）	注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて	出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ 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 注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて

項 目	現 行	改 正
	総合周産期集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。	総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。
特殊疾患入院医療管理料（1日につき） （点数の見直し）	1,980点	1,943点
小児入院医療管理料（1日につき） （点数の見直し）	1 小児入院医療管理料 1 3,000点 2 小児入院医療管理料 2 2,600点	3,600点 3,000点
（注の変更）	注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。	注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療

項 目	現 行	改 正
(加算の見直し)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき所定点数に80点を加算する。	管理料3を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。 注 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき所定点数に100点を加算する。
回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき） （注の変更）	注 1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して180日を限度として所定点数を算定する。	注 1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当し

項 目	現 行	改 正
		ない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号 A 100 に掲げる一般病棟入院基本料の注 2 に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号 A 101 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 1 又は療養病棟入院基本料 2 の入院基本料 E の例により、それぞれ算定する。
亜急性期入院医療管理料（1 日につき） （注の変更）	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。	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。ただし、当該病室に入院した患者が当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号 A 100 に掲げる一般病棟入院基本料の注 2 に規定する特別入院基本料の例により算定する。
（注の変更）	2 診療に係る費用（第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及び褥瘡患者管理加算並びに第 2 章第 1 部指導	2 診療に係る費用（第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥

項 目	現 行	改 正
	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。	療患者管理加算並びに第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。
特殊疾患療養病棟入院料（1日につき） （点数の見直し）	1 特殊疾患療養病棟入院料1 1,980点 2 特殊疾患療養病棟入院料2 1,600点	1,943点 1,570点
緩和ケア病棟入院料（1日につき） （注の変更）	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、末期の悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

項 目	現 行	改 正
	定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
精神療養病棟入院料（1日につき） （項目の変更） （点数の見直し）	1 精神療養病棟入院料 1 1,090点 2 精神療養病棟入院料 2 600点	1,090点
（注の変更）	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。
（注の変更）	2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算及	2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、

項 目	現 行	改 正
(注の削除)	び精神科措置入院診療加算並びに第２章第８部精神科専門療法に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料１に含まれるものとする。 ３ 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を除く。）は、精神療養病棟入院料２に含まれるものとする。	精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに第２章第８部精神科専門療法に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。 (削除)
老人一般病棟入院医療管理料 (１日につき)	注 老人医科点数表の老人一般病棟入院医療管理料の例により算定する。	老人一般病棟入院医療管理料（１日につき） 950点 注１ 別に厚生労働大臣が定める主として特定患者を入院させるための一群の病室（以下この表において「包括病床群」という。）に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た一般病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る包括病床群に入院している患者について算定する。 ２ 老人一般病棟入院医療管理を受けている患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、所定点数に含まれるものとする。 ３ 第２節に規定する入院基本料等加算に掲げ

項 目	現 行	改 正
老人性認知症疾患治療病棟入院料（１日につき）	注 老人医科点数表の老人性認知症疾患治療病棟入院料の例により算定する。	る臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算の各算定要件を満たす場合は、それぞれ該当する点数を所定点数に加算する。 老人性認知症疾患治療病棟入院料（１日につき） １ 老人性認知症疾患治療病棟入院料１ イ ９０日以内の期間 １,３００点 ロ ９１日以上期間 １,１９０点 ２ 老人性認知症疾患治療病棟入院料２ イ ９０日以内の期間 １,０６０点 ロ ９１日以上期間 １,０３０点 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院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。 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、離島加算、精神科措置入院診療加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並び

項 目	現 行	改 正
老人性認知症疾患療養病棟入院料 (区分の削除)	注 老人医科点数表の老人性認知症疾患療養病棟入院料の例により算定する。	に第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。)は、老人性認知症疾患治療病棟入院料に含まれるものとする。 (削除)
診療所老人医療管理料	(新設)	診療所老人医療管理料 1 14日以内の期間 1,080点 2 15日以上期間 645点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所老人医療管理を行うものとして入院させた患者(老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。)について算定する。 2 診療に係る費用(第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。)は、診療所老人医療管理料に含まれるものとする。 3 診療所老人医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所老人医療管理を行った場合にあっては、645点を算定する。

項 目	現 行	改 正
第 4 節 短期滞在手術基本料 短期滞在手術基本料 (注の変更)	注 2 第 2 章第 3 部検査、 第 4 部画像診断及び第 11部麻酔のうち次に掲 げるものは短期滞在手 術基本料 1 に含まれる ものとする。 イ〜ハ (略) ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直 接ビリルビン、総蛋 白、アルブミン、尿 素窒素 (BUN)、ク レアチニン、尿酸、 アルカリフォスファ ターゼ、コリンエス テラーゼ (ChE)、 γ - グルタミールトラ ンスペプチダーゼ (γ -GTP)、中性脂 肪、Na 及び Cl、K、 Ca、Mg、膠質反応、 クレアチン、グル コース、乳酸脱水素 酵素 (LDH)、酸性 フォスファターゼ、 エステル型コレステ ロール、アミラーゼ、 ロイシンアミノペプ チダーゼ (LAP)、ク レアチン・フォス フォキナーゼ (CPK)、アルドラー ゼ、遊離コレステ ロール、鉄、アルブ ミン・グロブリン比 測定、試験紙法・ア ンプル法・固定化酵 素電極による血中ケ トン体・糖・クロー ル検査、リン脂質、 β -リボ蛋白、総脂 質、遊離脂肪酸、 ・HDL-コレステロー	注 2 第 2 章第 3 部検査、 第 4 部画像診断及び第 11部麻酔のうち次に掲 げるものは、短期滞在 手術基本料 1 に含まれ るものとする。 イ〜ハ (略) ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直 接ビリルビン、総蛋 白、アルブミン、尿 素窒素 (BUN)、ク レアチニン、尿酸、 アルカリフォスファ ターゼ、コリンエス テラーゼ (ChE)、 γ - グルタミールトラ ンスペプチダーゼ (γ -GTP)、中性脂 肪、Na 及び Cl、K、 Ca、Mg、膠質反応、 クレアチン、グル コース、乳酸脱水素 酵素 (LDH)、酸性 フォスファターゼ、 エステル型コレステ ロール、アミラーゼ、 ロイシンアミノペプ チダーゼ (LAP)、ク レアチン・フォス フォキナーゼ (CPK)、アルドラー ゼ、遊離コレステ ロール、鉄、試験紙 法・アンプル法・固 定化酵素電極による 血中ケトン体・糖・ クロール検査、リン 脂質、 β -リボ蛋白、 遊離脂肪酸、HDL- コレステロール、 LDL-コレステロー ル、前立腺酸性フォ

項 目	現 行	改 正
	ル、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)、過酸化脂質、イオン化カルシウム及び赤血球コプロポルフィリン定性 ホ 感染症血清反応 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK 価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 ヘール (略) 注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含	スファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC) 及びイオン化カルシウム ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK 価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 ヘール (略) 注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料2に含
(注の変更)		

項 目	現 行	改 正
	まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院 診療加算、地域加算 及び離島加算を除く。) ハ (略)	まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院 診療加算、地域加算、 離島加算、がん診療 連携拠点病院加算及 び栄養管理実施加算 を除く。) ハ (略)

項 目	現 行	改 正
第 2 章 特掲診療料		
第 1 部 指導管理等	(部の名称変更)	→ 第 1 部 医学管理等
特定疾患療養指導料 (名称の変更)	特定疾患療養指導料	→ 特定疾患療養管理料
(注の変更)	注 1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導管理又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 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起算して 1 月以内に行った指導の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 4 第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	注 1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から 1 月以内に行った管理の費用は、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管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して 1 月以内に行った管理の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 4 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正
特定疾患治療管理料 1 ウイルス疾患指導料 (注の変更)	注 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。	注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
(加算の新設)	(新設)	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。
2 特定薬剤治療管理料 (注の新設)	(新設)	注5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与している患者について、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。

項 目	現 行	改 正
4 小児特定疾患カウンセリング料 (注の変更)	注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。	注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
5 小児科療養指導料 (注の変更)	注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 注4 第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行っ	注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対

項 目	現 行	改 正
た指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。		して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
6 てんかんの指導料 (注の変更)	注 4 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養指導料、区分番号 B 001 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 001 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	注 4 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 B 001 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 001 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
(注の変更)	注 5 第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき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、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	注 5 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき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、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
7 難病外来指導管理料 (注の変更)	注 4 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。	注 4 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。
12 心臓ペースメーカー指導管理料 (項目の変更)	イ 区分番号 K 552 に掲げるペースメーカー移植術を行った日から起算して 3 月以内の期間に行った場合 460 点	イ 区分番号 K 597 に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号 K 598 に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して 3 月以内の期間に行った場合 460 点

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注 2 区分番号 B 000 に掲げる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。	注 2 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
13 在宅療養指導料 (項目の変更)	注 1 第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者 1 人につき月 1 回（初回の指導を行った月にあっては、月 2 回）に限り算定する。	注 1 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者 1 人につき月 1 回（初回の指導を行った月にあっては、月 2 回）に限り算定する。
15 慢性維持透析患者外来 医学管理料 (点数の見直し)	2,460 点	2,305 点
(注の変更)	注 2 第 3 部検査及び第 4 部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号 D 026 に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料、生化学的検査 (II) 判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ホ (略) ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総	注 2 第 3 部検査及び第 4 部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号 D 026 に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料、生化学的検査 (II) 判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ホ (略) ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総

項	目	現 行	改 正
		蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、遊離脂肪酸、シアル酸、フルクトサミン、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミンD_3(1,25(OH)$_2\text{D}_3$)、β-リボ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン(T_3)、サイロ	蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミンD_3(1,25(OH)$_2\text{D}_3$)、β-リボ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン(T_3)精密測定、

項 目	現 行	改 正
	キシシン (T₄)、甲状腺刺激ホルモン (TSH)、副甲状腺ホルモン (PTH)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、C-ペプチド (CPR)、遊離サイロキシシン (FT₄)、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP)、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) チ〜ワ (略)	サイロキシシン (T₄) 精密測定、甲状腺刺激ホルモン (TSH) 精密測定、副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定、遊離トリヨードサイロニン (FT₃) 精密測定、C-ペプチド (CPR) 精密測定、遊離サイロキシシン (FT₄) 精密測定、カルシトニン精密測定、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP) 精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定 チ〜ワ (略)
16 喘息治療管理料 (加算の新設)	(新設)	注2 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た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者 (中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診 (区分番号 A 000 の注 4、区分番号 A 001 の注 3 又は A 002 の注 4 に規定する加算を算定したものに限る。) した回数が過去 1 年間に 3 回以上あるものに限る。) に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週 1 回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用

項 目	現 行	改 正
		い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月 1 回に限り加算する。 (1) 1 月目 2,525点 (2) 2 月目以降 6 月目まで 1,975点
17 慢性疼痛疾患管理料 (注の変更)	注 2 区分番号 J 118 に掲げる介達牽引、J 119 に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号 H 001 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。	注 2 区分番号 J 118 に掲げる介達牽引及び区分番号 J 119 に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (注の変更)	注 1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする 15 歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号 B 001 の 5 に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。	注 1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする 15 歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号 B 001 の 5 に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。
(注の変更)	注 4 第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区	注 4 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用

項 目	現 行	改 正
	分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
19 植込み型補助人工心臓指導管理料	植込み型補助人工心臓指導管理料	埋込型補助人工心臓指導管理料
(名称の変更) (注の変更)	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。	注 第10部手術の通則4に規定する区分番号K604に掲げる埋込型補助人工心臓に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、体内埋込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。
小児科外来診療料(1日につき) (注の変更)	注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。 3 区分番号A000に掲げる初診料の注5から注8までに規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料及び区分番号C000に掲げる往診料(注	注2 区分番号A001に掲げる再診料の注6に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。 3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料及び区分番号C000に掲げる往診料(注1から注3

項 目	現 行	改 正
	1 から 3 に規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。	までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 4 及び注 5 に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から 115 点を減じた点数を、区分番号 A001 に掲げる再診料の注 3 及び注 4 に規定する加算並びに区分番号 A002 に掲げる外来診療料の注 4 及び注 5 に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から 70 点を減じた点数を算定するものとする。
地域連携小児夜間・休日診療料 (項目の追加) (点数の見直し)	300 点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 300 点 2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 450 点
(注の変更)	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、夜間であつ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。	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、夜間であつ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は、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。
(区分の新設)	(新設)	乳幼児育児栄養指導料 130 点 注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3 歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を

項 目	現 行	改 正
生活習慣病指導管理料 (名称の変更)	生活習慣病指導管理料	行った場合に算定する。 生活習慣病管理料
(点数の見直し)	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 高脂血症を主病とする場合 1,050点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,100点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,200点 2 1 以外の場合 イ 高脂血症を主病とする場合 1,550点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,400点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,650点	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 高脂血症を主病とする場合 900点 ロ 高血圧症を主病とする場合 950点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,050点 2 1 以外の場合 イ 高脂血症を主病とする場合 1,460点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,310点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,560点
(注の変更)	注 1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする入院中の患者以外の患者に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。 注 2 生活習慣病指導管理を受けている患者に対して行った指導管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病指導管理料に含まれるものとする。	注 1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び老人保健法の規定による医療を受けるものを除く。）に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。 注 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	ニコチン依存症管理料 1 初回 230点 2 2回目から4回目まで 184点 3 5回目 180点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届けた保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。 2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。
手術前医学管理料 (点数の見直し)	1,310点	1,192点
(注の新設)	(新設)	注3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
	(新設)	注4 同一の部位につき当

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注3 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。 イ～ハ （略） ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP）、中性脂肪、	該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及びE002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。 注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。 イ～ハ （略） ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP）、中性脂肪、

項 目	現 行	改 正
	Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リボ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミク・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミク・ピルビク・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、過酸化脂質、イオン化カルシウム及び赤血球コプロポルフィ	Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リボ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミク・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミク・ピルビク・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC) 及びイオン化カルシウム

項 目	現 行	改 正
	リン定性 ホ 感染症血清反応 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 ヘ～ヌ (略) 注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅰ)又は区分番号D028に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。	ホ 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 ヘ～ヌ (略) 注7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。
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 1,340点 2 診療所の場合 1,190点	1 病院の場合 1,188点 2 診療所の場合 1,056点
(注の新設)	(新設)	注2 同一の手術について、同一月にB001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定す

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	注2 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ （略） ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化	る3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。 注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ （略） ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・

項 目	現 行	改 正
	酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、過酸化脂質、イオン化カルシウム、赤血球コプロポルフィリン定性及び血液ガス分析 ホーヌ (略) 注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(I)又はD028に掲げる基本的検体検査判断料(II)を算定している患者については算定しない。	クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析 ホーヌ (略) 注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。
(注の変更) 開放型病院共同指導料(I) (加算の廃止)	注2 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点	(削除)

項 目	現 行	改 正
(注の新設)	数に330点を加算する。	注 2 区分番号 A 000に掲げる初診料、区分番号 A 001に掲げる再診料、区分番号 A 002に掲げる外来診療料、区分番号 C 000に掲げる往診料及び区分番号 C 001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
開放型病院共同指導料(Ⅱ) (加算の廃止)	注 2 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に430点を加算する。	(削除)
在宅患者入院共同指導料(Ⅰ) (区分の削除・区分の新設)	310点 注 1 診療所である保険医療機関において、区分番号 C 002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号 C 003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 C 101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。)を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に算定す	地域連携退院時共同指導料 1 1 在宅療養支援診療所(地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう(以下この表において同じ。))の場合 1,000点 2 1 以外の場合 600点 注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者が入院している保険医療機関

項 目	現 行	改 正
	る。 2 入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。 3 区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)を算定している患者については算定しない。 4 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に290点を加算する。	に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号C000に掲げる往診料及び区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
在宅患者入院共同指導料(Ⅱ) (区分の削除・区分の新設)	140点 注1 診療所である保険医療機関において、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	地域連携退院時共同指導料 2 1 在宅療養支援診療所と連携する場合 500点 2 1以外の場合 300点 注1 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において

項 目	現 行	改 正
	く。)を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、当該病院において当該患者を診察した当該診療所の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に算定する。 2 入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。 3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。 4 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に360点を加算する。	当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。 2 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。
(区分の新設)	(新設)	→ 地域連携診療計画管理料 1,500点 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働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院である保険医療機関(以下この表において「計画管理病院」という。)が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理す

項	目	現	行	改	正
					るため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。 2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005に掲げる地域連携退院時共同指導料2は別に算定できない。
(区分の新設)			(新設)	→	地域連携診療計画退院時指導料 1,500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(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計

項	目	現	行	改	正
					画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。 2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005に掲げる地域連携退院時共同指導料2は別に算定できない。
	(区分の新設)		(新設)	→	ハイリスク妊産婦共同管理料(I) 500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、診療に基づき紹介した患者(別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が病院である別の保険医療機関(区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た保険医療機関に限る。)に入院(分娩を伴うものに限る。)中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 350点 注 区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者(別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が当該病院に入院(分娩を伴うものに限る。)中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。
退院指導料 (区分の削除)	300点 注 入院期間が1月を超える患者又はその家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。	(削除)
退院時共同指導料 (区分の削除)	150点 注 入院中の患者又はその	(削除)

項 目	現 行	改 正
退院前訪問指導料 (点数の見直し) 診療情報提供料(A) (区分の再編)	家族に対して、医師、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な指導を、訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。 360点 220点 注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、別の診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院である保険医療機関が、診療に基づき、別の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合（地域医療支援病院又は特定機能病院が、許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合を除く。）に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条	410点 診療情報提供料(I) 250点 注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条

項 目	現 行	改 正
	第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 4 保険医療機関が、精神障害者社会復帰施設等に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者社会復帰施設等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 5 診療所である保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第7条第22項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施	第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 4 保険医療機関が、精神障害者社会復帰施設等に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者社会復帰施設等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これ

項 目	現 行	改 正
	介護老人保健施設を除く。)に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	施設を除く。)に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者社会復帰施設等又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
診療情報提供料(B) (区分の再編)	290点 注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院（地域医療支援病院及び特定機	診療情報提供料(Ⅱ) 500点 注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に

項 目	現 行	改 正
	能病院を除く。)である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。 2 許可病床数が200床以上の病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関が、診療所である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合には、所定点数に更に230点を加算する。 3 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている診療所が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対し継続して区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、同一月内に当該診療情報提供と区分番号B009に掲げ	提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

項 目	現 行	改 正
	る診療情報提供料(A)の注1に規定する診療情報提供が併せて行われた場合は、当該診療情報提供料のみにより算定する。 4 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、診療所である別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該診療情報提供と区分番号B009に掲げる診療情報提供料(A)を算定すべき診療情報提供が同時に行われた場合は、当該診療情報提供料のみにより算定する。 5 保険医療機関(介護老人保健施設と同一敷地内にある保険医療機関その他これに準ずる保険医療機関(以下この表において「併設保険医療機関」という。)を除く。)が、介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書により当該患者に係る療養上必要な情報を	

項 目	現 行	改 正
診療情報提供料(C) (区分の再編)	提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	
	500点 注1 病院である保険医療機関が、患者の退院に際して、患者の同意を得て、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 2 許可病床数が200床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して患者の紹介を行った場合は、所定点数に更に20点を加算する。	→ (削除)
診療情報提供料(D) (区分の再編)		
	520点 注 地域医療支援病院又は特定機能病院である保険	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
薬剤情報提供料 (注の移動)	医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。	
	注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、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により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 2 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患者については、算定しない。	注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、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により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。 3 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患者については、算定しない。

項 目	現 行	改 正
第 2 部 在宅医療 第 1 節 在宅患者診療・指導料 往診料 (加算の見直し)	注 1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、100分の50に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の往診については所定点数の100分の100に相当する点数を、深夜の往診については所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。	注 1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。
在宅患者訪問診療料（1日につき） (加算の見直し)	注 4 在宅で死亡した者について1月以上にわたりターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。 注 5 患家において死亡診断を行った場合は、	注 4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。 注 5 患家において死亡診断を行った場合は、

項 目	現 行	改 正
	200点を加算する。 注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに 行った訪問診療の費用 は算定しない。	200点を加算する。た だし、注4のただし書 の加算を算定する場合 は、算定できない。 注7 往診料を算定する往 診の日の翌日までに 行った訪問診療（在宅 療養支援診療所又はそ の連携保険医療機関の 保険医が行ったものを 除く。）の費用は算定 しない。
介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの 入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについて は、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が訪問診療を行う場合には、新たに 「在宅患者訪問診療料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6 号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要 する費用の額を算定できる場合」において規定する。		
在宅時医学管理料 (区分の再編)	3,360点	在宅時医学総合管理料（月 1回） 1 在宅療養支援診療所の 場合 イ 保険薬局において調 剤を受けるために処方 せんを交付する場合 4,200点 ロ 処方せんを交付しな い場合 4,500点 2 1以外の場合 イ 保険薬局において調 剤を受けるために処方 せんを交付する場合 2,200点 ロ 処方せんを交付しな い場合 2,500点
(注の変更)	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	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

項 目	現 行	改 正
	において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に週1回程度以上の定期的な訪問診療を行っている場合であって、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合に、月1回に限り算定する。	(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。)において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。
(注の変更)	注2 在宅時医学管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	注2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(加算の新設)	(新設)	注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。
在宅末期医療総合診療料（1日につき） (注の変更)	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、居宅におい	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所

項 目	現 行	改 正
在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき) (加算の新設) (注の変更) (加算の見直し)	て療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。 (新設) 注3 在宅で死亡した患者について、1か月以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、所定点数に1,200点を加算する。 注4 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに	に限る。)において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。 注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。 注4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。 注5 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに

項 目	現 行	改 正
	限る。) に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。	限る。以下この注において同じ。) に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。
介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行う場合には、新たに「在宅患者訪問看護・指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。		
在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (点数の見直し)	在宅訪問リハビリテーション指導管理料 530点	在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (1単位) 300点
(算定要件の緩和)	注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本	注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本

項 目	現 行	改 正
訪問看護指示料 (注の変更)	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。	的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。
	注1 患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）が診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	注1 患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）が診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
在宅患者訪問薬剤管理指導料	介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の同意を得て訪問薬剤管理指導を行う場合には、新たに「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。	

項 目	現 行	改 正
第 2 節 在宅療養指導管理料 (通則の新設)	(新設)	在宅療養指導管理料の費用は、第 1 款及び第 2 款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。
(通則の変更)	(新設)	第 1 款 在宅療養指導管理料
(通則の変更)	1 本節各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月 1 回に限り算定し、同一の患者に対して 1 月以内に指導管理を 2 回以上行った場合においては、第 1 回の指導管理を行ったときに算定する。	1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月 1 回に限り算定し、同一の患者に対して 1 月以内に指導管理を 2 回以上行った場合においては、第 1 回の指導管理を行ったときに算定する。
(通則の変更)	2 同一の患者に対して区分番号 C 101 から区分番号 C 112 までに掲げる在宅療養指導管理のうち 2 以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。ただし、各区分の注に規定する加算はそれぞれ算定する。	2 同一の患者に対して区分番号 C 101 から区分番号 C 113 までに掲げる在宅療養指導管理のうち 2 以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
(通則の変更)	3 入院中の患者に対して退院時に本節各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。	3 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。
(通則の削除)	4 区分番号 C 101 から C 112 までに掲げる各区分の注に規定する加算（保	(削除)

項 目	現 行	改 正
	険医療材料の使用を算定要件とするものに限る。)については当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。	
在宅自己注射指導管理料 (注の移動)	注2 インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者を除く。)であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回又は3回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点又は860点を加算する。	→ (削除)
(注の移動)	注3 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者に限る。)であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回、3回又は4回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点、860点又は1,140点を加算する。	→ (削除)
(注の移動)	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。	→ (削除)
(注の移動)	注5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
	点数に次の点数を加算する。 イ 治療上の必要があつて、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	
在宅自己腹膜灌流指導管理料 (注の移動)	注2 紫外線殺菌器又は自動腹膜灌流装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ360点又は2,500点を加算する。	→ (削除)
在宅血液透析指導管理料 (注の移動)	注2 透析液供給装置を使用した場合は、所定点数に8,000点を加算する。	→ (削除)
在宅酸素療法指導管理料 (注の移動)	注2 酸素ボンベを使用した場合は、所定点数に3,950点を加算する。	→ (削除)
(注の移動)	注3 酸素濃縮装置を使用した場合は、所定点数に4,620点を加算する。ただし、この場合において注2に規定する点数は加算できない。	→ (削除)
(注の移動)	注4 携帯用酸素ボンベを使用した場合は、所定点数に880点を加算する。	→ (削除)
(注の移動)	注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。	→ (削除)
(注の移動)	注6 注2から注5までに規定する加算は、チアノーゼ型先天性心疾患	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
	の患者に対しては算定しない。	
在宅中心静脈栄養法指導管理料 (注の移動)	注 2 輸液セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	→ (削除)
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 (注の移動)	注 2 栄養管セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	→ (削除)
在宅自己導尿指導管理料 (注の移動)	注 3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合は、所定点数に600点を加算する。	→ (削除)
在宅人工呼吸指導管理料 (注の移動)	注 2 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器、鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、所定点数にそれぞれ6,840点、5,930点又は3,000点を加算する。	→ (削除)
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 (注の移動)	注 2 経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合は、所定点数に1,210点を加算する。	→ (削除)
在宅悪性腫瘍患者指導管理料 (注の移動)	注 2 注入ポンプ又は携帯	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
在宅寝たきり患者処置指導管理料 (注の変更)	型ディスプレイ注 入ポンプを使用した場 合は、所定点数にそれ ぞれ1,000点又は2,500 点を加算する。	
在宅自己疼痛管理指導管理料 (注の移動)	注 2 区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾 患指導管理料又は区分 番号 I 015 の 1 に掲げ る認知症患者在宅療養 指導管理料を算定して いる患者については、 算定しない。	注 2 区分番号 B 001 の 8 に掲げる皮膚科特定疾 患指導管理料を算定し ている患者について は、算定しない。
在宅肺高血圧症患者指導管理 料 (注の変更)	注 1 原発性肺高血圧症の 患者であって入院中の 患者以外の患者に対し て、プロスタグランジ ン I₂ 製剤の投与等に関 する指導管理等を行っ た場合に算定する。	注 肺高血圧症の患者で あって入院中の患者以 外の患者に対して、プロ スタグランジン I₂ 製剤の 投与等に関する医学管 理等を行った場合に算 定する。
(注の移動)	2 携帯型精密輸液ポン プを使用した場合は、 所定点数に10,000点 を加算する。	(削除)
在宅気管切開患者指導管理料 (注の変更)	注 1 気管切開を行って いる患者であって入院 中の患者以外の患者に 対して、在宅における 気管切開に関する指導 を行った場合に算定す る。	注 1 気管切開を行って いる患者であって入院 中の患者以外の患者に 対して、在宅における 気管切開に関する指導 管理を行った場合に算 定する。
(注の移動)	2 人工鼻を使用した場	(削除)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	合は、所定点数に1,500点を加算する。 (新設) →	寝たきり老人訪問指導管理料 430点 注1 在宅寝たきり老人(老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。)に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。 2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。 4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。 5 寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料は、所定点数に含まれるものとする。 6 同一の患者につき1月以内に寝たきり老人

項	目	現	行	改	正
					訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。
		(新設)	→		第2款 在宅療養指導管理材料加算
(通則の新設)		(新設)	→	1	本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に月1回に限り算定する。
(通則の新設)		(新設)	→	2	1にかかわらず本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。
(区分の新設)		(新設)	→		血糖自己測定器加算
				1	月20回以上測定する場合 400点
				2	月40回以上測定する場合 580点
				3	月60回以上測定する場合 860点
				4	月80回以上測定する場合 1,140点
				注	インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正
		注 1、2及び3については、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者を除く。）又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 注入器加算 300点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 間歇注入シリンジポンプ加算 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 注入器用注射針加算 1 治療上の必要があつて、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 2 1以外の場合 130点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注

項 目	現 行	改 正
		入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	紫外線殺菌器加算 360点 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	自動腹膜灌流装置加算 2,500点 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	透析液供給装置加算 8,000点 注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	酸素ポンペ加算 1 携帯用酸素ポンペ 880点 2 1以外の酸素ポンペ 3,950点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンペを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設) →	酸素濃縮装置加算 4,620点

項 目	現 行	改 正
		注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。
(区分の新設)	(新設)	→ 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置 3,970点 2 携帯型液化酸素装置 880点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 注入ポンプ加算 1,000点 注 在宅中心静脈栄養法又は在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者若しくは在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 在宅成分栄養経管栄養法用

項 目	現 行	改 正
		栄養管セット加算 2,000点 注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600点 注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器 6,840点 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 2 人工呼吸器 5,930点 注 鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 3 陰圧式人工呼吸器 3,000点 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210点 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	に、第1款の所定点数に加算する。 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	疼痛管理用送信器加算 600点 注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	気管切開患者用人工鼻加算 1,500点 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正
第3部 検 査 通 則 (通則の変更) (通則の削除)	6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条第2項に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 7 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における検査に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。	6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 (削除)
第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 (通則の変更)	1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区	1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区

項 目	現 行	改 正
(通則の変更)	分の所定点数に1日につき110点を加算する。	分の所定点数に1日につき110点を加算する。ただし、この場合において、同一日に3の加算は別に算定できない。
(加算の新設)	2 高度の医療を提供する病院であって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厚生労働大臣が指定する保険医療機関又は特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。 (新設)	2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。 3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ1点を加算する。
尿中特殊物質定性定量検査 (項目の削除)	区分D001の4 メラニン定性 区分D001の9 細菌尿検査（TTC還元能） 区分D001の12 パラニトロフェノール 区分D001の12 カタラーゼ反応 区分D001の20 成長ホルモン（GH）定量精密測定	(削除)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設：区分D002-2)	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定 28点 注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。
糞便検査 (項目の削除)	区分D003の2 ビリルビン定量 区分D003の2 AMSⅢ	(削除)
穿刺液・採取液検査 (項目の新設)	(新設：区分D004-11) (新設：区分D004-12) (新設：区分D004-12) (新設：区分D004-13)	IgGインデックス 500点 髄液MBP 600点 髄液オリゴクローナルバンド測定 600点 悪性腫瘍遺伝子検査 2,000点
(血液学的検査) 血液形態・機能検査 (項目の削除)	区分D005の10 ヘモグロビンA ₁ (HbA ₁) 区分D005の13 LE現象検査	(削除)
出血・凝固検査 (注の変更)	注 患者から1回に採取した血液を用いてPIVKAⅡ、PIVKAⅡ精密測定(出血・凝固)、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-Dダイマー精密測定、プロテインS精密測定、 α_2 -プラスミンイン	注 患者から1回に採取した血液を用いてPIVKAⅡ、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-Dダイマー精密測定、プロテインS精密測定、 α_2 -プラスミンインヒビター・プラスミン複合体、第Ⅷ

項 目	現 行	改 正
	ヒビター・プラスミン複合体、血小板第4因子(PF₄)精密測定、β-トロンボグロブリン精密測定、トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定、プロテインC、フィブリンモノマー複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定、tPA・PAI-1複合体、凝固因子(Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、Ⅻ)及びフィブリノペプチド精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	因子様抗原、血小板第4因子(PF₄)精密測定、β-トロンボグロブリン精密測定、トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定、プロテインC、フィブリンモノマー複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定、トロンボモジュリン精密測定、tPA・PAI-1複合体、凝固因子(Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、Ⅻ)及びフィブリノペプチド精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
(項目の削除)	区分D006の6 部分トロンボプラスチン時間測定 区分D006の11 ユーグロブリン溶解時間測定 区分D006の11 ユーグロブリン分屑プラスミン値測定(Lewis法) 区分D006の11 プラスミン活性値検査の簡易法(福武法、畔柳法)	(削除)
(区分の新設)	(新設：区分D006-3) (新設：区分D006-4) (新設：区分D006-6)	Major bcr-abl mRNA 核酸増幅精密測定 1,200点 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査 2,000点 免疫関連遺伝子再構成 2,400点
(生化学的検査(Ⅰ)) 血液化学検査 (注の変更)	注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリル	注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリル

項 目	現 行	改 正
	ビン、直接ビリルビン、 総蛋白、アルブミン、尿 素窒素 (BUN)、クレア チニン、尿酸、アルカリ フォスファターゼ、コリ ンエステラーゼ (ChE)、 γ-グルタミールトラン ス ペ プ チ ダー ゼ (γ -GTP)、中性脂肪、Na及 びCl、K、Ca、Mg、膠質 反応、クレアチン、グル コース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォスファ ターゼ、エステル型コレ ステロール、アミラーゼ、 ロイシンアミノペプチ ダーゼ (LAP)、クレアチ ン・フォスフォキナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、 遊離コレステロール、鉄、 アルブミン・グロブリン 比測定、試験紙法・アン プル法・固定化酵素電極 による血中ケトン体・ 糖・クロール検査、リン 脂質、β-リボ蛋白、総脂 質、遊離脂肪酸、HDL-コ レステロール、LDL-コ レステロール、前立腺酸 性フォスファターゼ、P 及びHPO₄、総コレステ ロール、グルタミック・ オキサロアセティック・ トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミック・ ピルビック・トランスア ミナーゼ (GPT)、総鉄結 合能 (TIBC)、不飽和鉄結 合能 (UIBC)、過酸化 脂質、イオン化カルシウ ム及び赤血球コプロポル フィリン定性を5項目以 上行った場合は、所定点 数にかかわらず、検査の 項目数に応じて次に掲げ る点数により算定する。	ビン、直接ビリルビン、 総蛋白、アルブミン、尿 素窒素 (BUN)、クレア チニン、尿酸、アルカリ フォスファターゼ、コリ ンエステラーゼ (ChE)、 γ-グルタミールトラン ス ペ プ チ ダー ゼ (γ -GTP)、中性脂肪、Na及 びCl、K、Ca、Mg、膠質 反応、クレアチン、グル コース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォスファ ターゼ、エステル型コレ ステロール、アミラーゼ、 ロイシンアミノペプチ ダーゼ (LAP)、クレアチ ン・フォスフォキナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、 遊離コレステロール、鉄、 試験紙法・アンプル法・ 固定化酵素電極による血 中ケトン体・糖・クロー ル検査、リン脂質、β-リ ボ蛋白、遊離脂肪酸、 HDL-コレステロール、 LDL-コレステロール、 前立腺酸性フォスファ ターゼ、P及びHPO₄、総 コレステロール、グルタ ミック・オキサロアセ ティック・トランスアミ ナーゼ (GOT)、グルタ ミック・ピルビック・ト ラ ン ス ア ミ ナー ゼ (GPT)、総 鉄 結 合 能 (TIBC)、不飽和鉄結合 能 (UIBC) 及びイオン化 カルシウムを5項目以上 行った場合は、所定点数 にかかわらず、検査の項 目数に応じて次に掲げる 点数により算定する。

項 目	現 行	改 正
(項目の新設)	(新設：区分D007の27) (新設：区分D007の27) (新設：区分D007の43)	シスタチンC精密測定 130点 ペントシジン 130点 プロカルシトニン (PCT) 320点
(項目の削除)	区分D007の1 アルブミン・グロブリン比測定 区分D007の3 総脂質 区分D007の6 過酸化脂質 区分D007の9 シアル酸 区分D007の10 フルクトサミン 区分D007の20 尿中硫酸抱合型胆汁酸	(削除)
(生化学的検査(Ⅱ)) 内分泌学的検査 (項目の新設)	(新設：区分D008の21)	抗IA-2抗体精密測定 230点
(注の変更)	注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定、黄体形成ホルモン(LH)精密測定、卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定、C-ペプチド(CPR)精密測定、黄体形成ホルモン(LH)、遊離サイロキシシン(FT ₄)精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定、遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定、コルチゾール精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシシン結合蛋白(TBG)精密測定、17-ケートジェニックステロイド(17-KGS)精密測定、テ	注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定、卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定、C-ペプチド(CPR)精密測定、黄体形成ホルモン(LH)、遊離サイロキシシン(FT ₄)精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定、遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定、コルチゾール精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシシン結合蛋白(TBG)精密測定、17-ケートジェニックステロイド(17-KGS)精密測定、テストステロン精密測定、

項 目	現 行	改 正
	ストステロン精密測定、ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG定量) 精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL) 精密測定、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β) 分画精密測定、グルカゴン精密測定、カルシトニン精密測定、プロジェステロン精密測定、遊離テストステロン精密測定、エストロジェン、17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-KGS分画) 精密測定、サイクリックAMP (C-AMP) 精密測定、エストリオール (E_3) 精密測定、エストロジェン精密測定、プレグナンジオール、カテコールアミン精密測定、副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定、エストラジオール (E_2) 精密測定、カテコールアミン分画精密測定、DHEA-S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 精密測定、17-ケトステロイド分画 (17-KS分画) 精密測定、プレグナンジオール精密測定、プレグナントリオール精密測定、エリスロポエチン精密測定、17α-ヒドロキシプロジェステロン精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG定量) 精密測定、I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β) 分画精密測定、グルカゴン精密測定、カルシトニン精密測定、オステオカルシン精密測定、骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) 精密測定、尿中βクロラプス精密測定、プロジェステロン精密測定、遊離テストステロン精密測定、エストロジェン、17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-KGS分画) 精密測定、サイクリックAMP (C-AMP) 精密測定、エストリオール (E_3) 精密測定、尿中デオキシピリジノリン精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP) 精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) 精密測定、プレグナンジオール、カテコールアミン精密測定、副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定、エストラジオール (E_2) 精密測定、カテコールアミン分画精密測定、DHEA-S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 精密測定、17-ケトステロイド分画 (17-KS分画) 精密測定、プレグナントリオール精密測定、エリス

項 目	現 行	改 正
	(IGFBP-3) 精密測定及びメタネフリン分画精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	ロポエチン精密測定、17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定、抗IA-2抗体精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定及びメタネフリン分画精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
腫瘍マーカー		
(項目の新設)	(新設：区分D009の9)	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定 170点
	(新設：区分D009の9)	I型コラーゲンCテロペプチド精密測定 170点
(免疫学的検査)		
免疫血液学的検査		
(項目の新設)	(新設：D011の6)	PAIgG (血小板関連IgG) 200点
感染症血清反応		
(名称の変更)		感染症免疫学的検査
(項目の削除)	D012の2 ポールバンネル反応 D012の40 HIVenvelope抗体価及びHIVcore抗体価精密測定	(削除)
(項目の新設)	(新設：区分D012の20)	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定 160点
	(新設：区分D012の23)	尿中肺炎球菌莢膜抗原 200点
肝炎ウイルス関連検査		
(注の変更)	注 患者から1回に採取した血液を用いてHBs抗原	注 患者から1回に採取した血液を用いてHBs抗原

項 目	現 行	改 正
	精密測定、HBs抗体価精密測定、HBe抗原精密測定、HBe抗体価精密測定、HCV抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価、HCVコア蛋白質測定、HBc抗体価、HBc抗体価精密測定、IgM-HA抗体価精密測定、HA抗体価精密測定、IgM-HBc抗体価精密測定、HCVコア抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定、HCV特異抗体価精密測定、HCV特異抗体価測定による群別判定、DNAポリメラーゼ、デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定、HBV核酸同定精密測定及びHBV核酸定量測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	精密測定、HBs抗体価精密測定、HBe抗原精密測定、HBe抗体価精密測定、HCV抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価、HCVコア蛋白質測定、HBc抗体価、HBc抗体価精密測定、IgM-HA抗体価精密測定、HA抗体価精密測定、IgM-HBc抗体価精密測定、HCVコア抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定、HCV特異抗体価精密測定、HCV特異抗体価測定による群別判定及びデルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
自己抗体検査 (注の変更)	注 抗SS-A/Ro抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B/La抗体、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗RNP抗体精密測定、抗SS-A/Ro抗体精密測定、抗SS-B/La抗体精密測定、抗Scl-70抗体精密測定及び抗Sm抗体精密測定を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ370点又は490点とする。	注 抗SS-A/Ro抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B/La抗体、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗SS-A/Ro抗体精密測定、抗SS-B/La抗体精密測定及び抗Scl-70抗体精密測定を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点とする。
血漿蛋白免疫学的検査	9 アポリ蛋白、β_2-マイクログリブリン(β_2	10 非特異的IgE、特異的IgE 110点

項 目	現 行	改 正
	-m)、非特異的IgE、特異的IgE、プレアルブミン 120点	
(注の変更)	注 特異的IgE検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,560点を限度として算定する。	注 特異的IgE検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
(項目の新設)	(新設：区分D015の23)	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- γ 測定 410点
細胞機能検査 (項目の削除)	D016の7 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)	(削除)
(区分の新設)	(新設：区分D019-2)	酵母様真菌薬剤感受性検査 110点
(微生物学的検査) 微生物核酸同定・定量検査 (項目の新設)	(新設：区分D023の5)	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密測定 300点
	(新設：区分D023の18)	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査 6,000点
(区分の新設)	(新設：区分D023-2)	その他の微生物学的検査
(基本的検体検査実施料) 基本的検体検査実施料(1日につき) (注の変更)	注1 高度の医療を提供する病院であって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厚生労働大臣が指定する保険医療機関又は特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査に	注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	ついて算定する。 注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ〜ヌ (略) ル 感染症血清反応 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、ポールバネル反応、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査(定量)、TPHA試験(定量)、TPHA試験(定性)及びHIV-1抗体価 ヲ〜ヨ (略)	注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ〜ヌ (略) ル 感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査(定量)、TPHA試験(定量)、TPHA試験(定性)及びHIV-1抗体価 ヲ〜ヨ (略)
第2款 検体検査判断料		
検体検査判断料 (注の変更)	注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅰ)又は区分番号D028に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅱ)を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。	注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。
基本的検体検査判断料(Ⅰ) (名称の変更)		基本的検体検査判断料
基本的検体検査判断料(Ⅱ) (区分の削除)	525点 注1 高度の医療を提供す	(削除)

項 目	現 行	改 正
	る病院であって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厚生労働大臣が指定する保険医療機関（特定機能病院を除く。）において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査（Ⅰ）、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定できるものとする。 ２ 区分番号Ｄ０２６に掲げる検体検査判断料の注３に規定する施設基準に適合するものとして届け出を行った保険医療機関（注１の厚生労働大臣の指定を受けたものに限る。）において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき月１回に限り、同注３に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算（Ⅱ）を算定した場合には、検体検査管理加算（Ⅰ）は算定しない。	
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） 病理組織顕微鏡検査（１臓器につき） （注の削除）	注４ 当該保険医療機関以外の医療機関で作製し	（削除）

項 目	現 行	改 正
第 2 款 病理学的検査診断・判断料 病理診断料 (点数の見直し) (算定要件の緩和) (注の新設)	た組織標本を診断した場合は、1 件につき 200点とする。 255点 注 病理学的検査を専ら担当する常勤の医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号 D 100に掲げる病理組織迅速顕微鏡検査、区分番号 D 101に掲げる病理組織顕微鏡検査又は区分番号 D 101-2に掲げるその他の病理組織検査を行った場合に、これらの検査の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。 (新設)	410点 注 1 病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号 D 100に掲げる病理組織迅速顕微鏡検査、区分番号 D 101に掲げる病理組織顕微鏡検査若しくは区分番号 D 101-2に掲げるその他の病理組織検査に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の医療機関で作製した組織標本を診断した場合に、これらの検査の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。 注 2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製した組織標本を診断した場合は、区分番号 D 100に掲げる病理組織迅速顕微鏡検査、区分番号 D 101に掲げる病理組織顕微鏡検査又は区分番号 D 101-2に掲げるその他の病理組織検査は別に算定できないものとする。
第 3 節 生体検査料 (加算の見直し)	新生児又は 3 歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次	新生児又は 3 歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次

項 目	現 行	改 正
	に掲げるものを除く。)を行なった場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。 1～4 (略) 5 脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料 6 呼吸心拍監視 7～13 (略) 14 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算	に掲げるものを除く。)を行なった場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。 1～4 (略) 削除 5 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ 6～12 (略) 13 内視鏡検査の通則3に掲げるもの 14 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算 15 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法
(呼吸循環機能検査等)		
(加算の新設)	(新設)	2 使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について) (注の変更)	注1 新生児、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して当該検査を行なった場合は、それぞれ1,800点、900点又は450点を加算する。	注1 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行なった場合は、それぞれ100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。

項 目	現 行	改 正
心電図検査 (項目の追加)	1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 150点 2 ベクトル心電図、体表ヒス束心電図 150点 3 その他(6誘導以上) 90点	1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 150点 2 ベクトル心電図、体表ヒス束心電図 150点 3 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査 150点 4 バリストカルジオグラフ 90点 注 2方向以上の記録による場合は所定点数に90点を加算する。 5 その他(6誘導以上) 90点
(区分の新設)	(新設: D210-2)	体表面心電図、心外膜興奮伝播図 1,500点
(区分の新設)	(新設: 区分D212-2)	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査 500点
脈波図、心機図、ポリグラフ検査 (項目の削除)	2 脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料 140点	(削除)
(注の変更)	注3 検査の実施ごとに1に掲げる所定点数を算定するとともに、実施した検査の種類又は回数にかかわらず2に掲げる点数を月1回に限り算定する。	注3 検査の実施ごとに1に掲げる所定点数を算定する。
(区分の新設)	(新設: 区分D214-2)	エレクトロキモグラフ 260点
超音波検査 (記録に要する費用を含む) (名称の変更)	4 ドップラー法(1日につき)	4 ドブラ法(1日につき)
(注の変更)	注1 断層撮影法及びUCGについて、パルスドップラー法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。	注1 断層撮影法及びUCGについて、パルスドブラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
(注の変更)	注3 ドップラー法について、口及びハを併せて	注3 ドブラ法について、口及びハを併せて行っ

項 目	現 行	改 正
	行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。	た場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
呼吸心拍監視 (名称の変更)		→ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ (ハートスコープ)、カルジオタコスコープ
経皮的血液ガス分圧測定 (名称の変更)		→ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
(区分の新設)	(新設：区分D223-2)	→ 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 (一連につき) 100点
観血的動脈圧測定 (カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。) (項目の見直し)	1 1回又は1時間につき 130点	→ 1 1時間以内の場合 130点
観血的肺動脈圧測定 (項目の変更)	1 1回又は1時間につき 150点	→ 1 1時間以内又は1時間につき 150点
脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。) (項目の変更)	3 聴性誘発反応検査 670点	→ 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 670点 注 2種類以上行った場合は、主たるものののみ算定する。
(耳鼻咽喉科学的検査) 喉頭鏡検査 (区分の削除)	11点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	→ (削除)
自覚的聴力検査 (項目の変更)	1 標準純音聴力検査 400点	→ 1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによ

項 目	現 行	改 正
	2 標準語音聴力検査 350点 3 簡易聴力検査 イ 気導純音聴力検査 (標準純音聴力検査で 骨導聴力検査を行わな い場合) 110点 ロ その他(種目数にか かわらず一連につき) 40点 5 内耳機能検査(種目数 にかかわらず一連につ き) 400点	る聴力検査 400点 2 標準語音聴力検査、こ とばのききとり検査 400点 3 簡易聴力検査 イ 気導純音聴力検査 110点 ロ その他(種目数にか かわらず一連につき) 40点 5 内耳機能検査、耳鳴検 査(種目数にかかわらず 一連につき) 400点
鼻腔通気度検査 (注の削除)	注 鼻腔通気度検査は、当 検査に関連する手術日の 前後3月以内に行った場 合に限り算定する。	(削除)
平衡機能検査 (項目の変更)	4 電気眼振図(誘導数に にかかわらず一連につ き) 260点	4 電気眼振図(一連につ き) イ 皿電極により4誘導 以上の記録を行った場 合 400点 ロ その他の場合 260点
(項目の変更)	5 重心動揺計 250点	5 重心動揺計、下肢加重 検査、フォースプレート 分析、動作分析検査 250点
眼底カメラ撮影 (注の新設)	(新設)	注 使用したフィルムの費 用として、購入価格を10 円で除して得た点数を加 算する。
細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及 び後眼部) (注の新設)	(新設)	注 使用したフィルムの費

項 目	現 行	改 正
矯正視力検査 （眼鏡処方せんの交付を含む。） （名称の変更） （項目の追加）	74点	用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 矯正視力検査 1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点 2 1 以外の場合 74点
色覚検査 （項目の変更）	1 アノマロスコープ、色相配列検査を行った場合 60点	1 アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合 60点
眼球陥没度測定 （区分の削除）	38点	（削除）
両眼視機能精密検査 （名称の変更）	38点	両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆法、ステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法、バゴリニ線條試験による）
細隙燈顕微鏡検査 （前眼部） （注の新設）	（新設）	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
涙液分泌機能検査 （名称の変更）	38点	涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査
（区分の新設）	（新設：区分D282-3）	コンタクトレンズ検査料 1 コンタクトレンズ検査料 1 イ 初回装用者の場合 387点 ロ 既装用者の場合 112点

項 目	現 行	改 正
		2 コンタクトレンズ検査料 2 イ 初回装用者の場合 193点 ロ 既装用者の場合 56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、コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1 を算定する。 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関においてコンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 2 を算定する。 3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関において過去に 1 のイ又は 2 のイを算定した患者に対して、1 のロ又は 2 のロを算定する場合は、区分番号 A 000 に掲げる初診料は算定せず、区分番号 A 001 に掲げる再診料又は区分番号 A 002 に掲げる外来診療

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設：区分D 282-4)	料を算定する。 4 区分番号D 255から 区分番号D 282-2に掲 げる検査の費用は、所 定点数に含まれるもの とする。 (皮膚科学的検査) ダーモスコピー 12点
(臨床心理・神経心理検査) (通則の新設)	(新設)	区分番号D 283から区分 番号D 285までに掲げる臨 床心理・神経心理検査につ いては、同一日に複数の検 査を行った場合であって も、主たるもの1種類のみ の所定点数のみにより算定 する。
発達及び知能検査 (注の削除)	注 複数の検査を行った場 合であっても1種類のみ の所定点数により算定す る。	(削除)
人格検査 (注の削除)	注 複数の検査を行った場 合であっても1種類のみ の所定点数により算定す る。	(削除)
その他の心理検査 (注の削除)	注 複数の検査を行った場 合であっても1種類のみ の所定点数により算定す る。	(削除)
(負荷試験等) 肝及び腎のクリアランス テスト (注の変更)	注1 検査に当たって尿管 カテーテル法又は膀胱 尿道ファイバースコ ピーを行った場合は、 所定点数に区分番号D	注1 検査に当たって尿管 カテーテル法又は膀胱 尿道ファイバースコ ピーを行った場合は、 区分番号D 318に掲げ

項 目	現 行	改 正
糖負荷試験 (項目の変更)	318に掲げる尿管カテーテル法又はD317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープの所定点数を加算する。	る尿管カテーテル法又はD317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープの所定点数を併せて算定する。
	2 耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定を行った場合)	2 耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験
その他の機能テスト (項目の変更)	2 肝機能テスト(ICG 1回又は2回法、BSP 2回法)	2 肝機能テスト(ICG 1回又は2回法、BSP 2回法)、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)、モーゼンタール法、キシローゼ試験、ヨードカリ試験
	3 胆道機能テスト	3 胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト
(項目の新設)	(新設:区分D289の1)	ビリルビン負荷試験
	(新設:区分D289の1)	馬尿酸合成試験
	(新設:区分D289の1)	フィッシュバーグ
	(新設:区分D289の1)	水利尿試験
	(新設:区分D289の1)	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)
	(新設:区分D289の1)	モーゼンタール法
	(新設:区分D289の1)	キシローゼ試験
	(新設:区分D289の1)	ヨードカリ試験
	(新設:区分D289の2)	胃液分泌刺激テスト
卵管通気・通水・通色素検査 (名称の変更)		卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト
皮内反応検査 (区分の変更) (注の削除)	16点 注 1日につき240点を限	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発

項 目	現 行	改 正
	度として算定する。	試験、過敏性転嫁検査、薬物光貼布試験、最小紅斑量(MED)測定 1 21箇所以内の場合(1箇所につき) 16点 2 22箇所以上の場合(一連につき) 350点
(項目の新設)	(新設)	→ 小児食物アレルギー負荷検査 1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届けた保険医療機関において、9歳未満の入院患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。 2 小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(内視鏡検査) (加算の新設)	(新設)	→ 4 写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
(区分の新設) 気管支鏡検査 (名称の変更)	(新設)	→ 鼻咽腔直達鏡検査 220点 → 気管支鏡検査、気管支カメラ
食道鏡検査 (名称の変更)		→ 食道鏡検査、食道カメラ
胃鏡検査 (名称の変更)		→ 胃鏡検査、ガストロカメラ
胃・十二指腸ファイバースコーピー (注の変更)	注1 胆管・膵管造影法を行った場合は、600点	→ 注1 胆管・膵管造影法を行った場合は、600点

項 目	現 行	改 正
血管内視鏡検査 (注の変更) (区分の新設)	を加算する。ただし、諸監視、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影、エックス線撮影及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は所定点数に含まれるものとする。	を加算する。ただし、諸監視、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は所定点数に含まれるものとする。
	注 2 呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	注 2 呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
	(新設：区分D325)	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法 3,600点 注 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、それぞれ100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。 2 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。 3 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号 E 400

項 目	現 行	改 正
に掲げるフィルムの所 定点数により算定す る。		
第 4 節 診断穿刺・検体採取料		
血液採取（1日につき） （加算の見直し）	注 2 6歳未満の乳幼児に 対して行った場合は、 7点を加算する。	注 2 6歳未満の乳幼児に 対して行った場合は、 14点を加算する。
脳室穿刺 （加算の見直し）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
後頭下穿刺 （加算の見直し）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
腰椎穿刺（脳脊髄圧測定を含 む。） （名称の変更）		腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎 穿刺（脳脊髄圧測定を含 む。）
（加算の見直し）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
骨髓穿刺 （加算の見直し）	（新設）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
関節穿刺（片側） （加算の見直し）	（新設）	注 3歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
上顎洞穿刺（片側） （名称の変更）		上顎洞穿刺（片側）、扁桃周 囲炎又は扁桃周囲膿瘍にお ける試験穿刺
腎嚢胞又は水腎症穿刺 （加算の見直し）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、100点を加算する。
臓器穿刺、組織採取 （加算の見直し）	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、1,000点を加算す る。	注 6歳未満の乳幼児の場 合は、2,000点を加算す る。

項 目	現 行	改 正
組織試験採取、切採法 (項目の削除) (加算の新設)	1～10 (略) 11 膀胱 465点 12 (略) 13 前立腺 3,000点 (新設)	1～10 (略) 削除 11 (略) 削除 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、100点を加算する。

別表 1

第 3 部 検査

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
第 1 節 検体検査料					
第 1 款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	蛋白定量	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA 定性	10	→ 9	D001 2	
D001 3	B-J 蛋白定性	11	→ 10	D001 3	
D001 3	糖定量	11	→ 10	D001 3	
D001 4	ポルフィリン定性	12	→ 11	D001 4	
D001 4	アミラーゼ定性半定量	12	→ 11	D001 4	
D001 6	ビリルビン定量	16	→ 14	D001 5	
D001 5	胃酸度測定	15	→ 15	D001 6	
D001 6	ウロビリニン定量	16	→ 16	D001 7	
D001 6	ウロビリノーゲン定量	16	→ 16	D001 7	
D001 6	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	→ 16	D001 7	
D001 8	浸透圧測定	18	→ 16	D001 7	
D001 7	ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	→ 17	D001 8	
D001 10	N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG)	44	→ 38	D001 9	
D001 11	アルブミン定性	60	→ 55	D001 10	
D001 13	黄体形成ホルモン (LH) 定性	75	→ 75	D001 11	
D001 14	線維素分解産物 (FDP) 測定	85	→ 75	D001 11	
D001 15	マイクロトランスフェリン精密測定 (尿中)	130	→ 120	D001 12	
D001 16	ウロポルフィリン定量	140	→ 120	D001 12	
D001 16	アルブミン定量精密測定	140	→ 120	D001 12	
D001 16	デルタアミノレブリン酸定量	140	→ 120	D001 12	
D001 16	ポリアミン	140	→ 120	D001 12	
D001 17	コプロポルフィリン定量	170	→ 150	D001 13	
D001 19	ポルフォビリノーゲン定量	200	→ 200	D001 14	
D001 18	IV 型コラーゲン定量精密測定	190	→ 210	D001 15	
D002	尿沈渣顕微鏡検査	23	→ 23	D002 1	
D002 注	染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
—	—	—	→ 28	D002-2	
フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定					
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→ 9	D003 1	
D003 3	虫卵検査 (集卵法)	16	→ 15	D003 2	
D003 3	ウロビリニン定量	16	→ 16	D003 3	
D003 3	ウロビリノーゲン定量	16	→ 16	D003 3	
D003 4	塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	23	→ 20	D003 4	
D003 5	虫体検出	26	→ 23	D003 5	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D003 6	脂質定量	28 →	28	D003 6	
D003 7	ヘモグロビン	44 →	38	D003 7	
D003 8	虫卵培養検査	48 →	42	D003 8	
D003 9	ヘモグロビン精密測定	55 →	48	D003 9	
D003 10	ヘモグロビン及びトランスフェリン	60 →	55	D003 10	
D003 14	ヘモグロビン及びトランスフェリン精密測定	85 →	75	D003 11	
D003 15	キモトリプシン	130 →	130	D003 12	
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	ヒューナー検査	26 →	26	D004 1	
D004 2	胃液又は十二指腸液一般検査	65 →	60	D004 2	
D004 3	髄液一般検査	70 →	65	D004 3	
D004 5	精液一般検査	80 →	70	D004 4	
D004 4	頸管粘液検査	75 →	75	D004 5	
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	90 →	100	D004 6	
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	160 →	140	D004 7	
D004 8	腔分泌液中乳酸脱水素酵素 (LDH) 半定量	170 →	170	D004 8	
D004 9	関節液中コンドロカルシン	340 →	340	D004 9	
D004 10	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白 (SP-A)	380 →	380	D004 10	
— —	IgGインデックス	— →	500	D004 11	(新設)
— —	髄液MBP	— →	600	D004 12	(新設)
— —	髄液オリゴクローナルバンド測定	— →	600	D004 12	(新設)
— —	悪性腫瘍遺伝子検査	— →	2,000	D004 13	(新設)
(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度測定	10 →	10	D005 1	
D005 2	網赤血球数	15 →	13	D005 2	
D005 3	血液浸透圧測定	18 →	16	D005 3	
D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査	18 →	16	D005 3	
D005 4	好酸球数	20 →	17	D005 4	
D005 5	末梢血液像	22 →	19	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)	32 →	27	D005 5	
D005 6	末梢血液一般検査	27 →	23	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	42 →	38	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	44 →	44	D005 8	
D005 9	自己溶血試験	50 →	50	D005 9	
D005 10	血液粘稠度測定	55 →	55	D005 10	
D005 11	ヘモグロビン A1c (HbA1c)	60 →	55	D005 10	
D005 12	ヘモグロビン F (HbF)	65 →	60	D005 11	
D005 14	動的赤血球膜物性検査	130 →	130	D005 12	
D005 16	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性精密測定	290 →	250	D005 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		
D005 15	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT) 精密測定	270	→ 270	D005 14	
D005 17	骨髓像	500	→ 430	D005 15	
D005 17	注 特殊染色を併せて行った場合の加算 (特殊染色ごとに)	50	→ 40	D005 15	
D016 9	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)	1,200	→ 1,050	D005 16	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間測定	16	→ 15	D006 1	
D006 2	プロトロンビン時間測定	17	→ 15	D006 1	
D006 3	凝固時間測定	19	→ 19	D006 2	
D006 4	血餅収縮能	22	→ 22	D006 3	
D006 4	毛細血管抵抗試験	22	→ 22	D006 3	
D006 5	トロンビン時間測定	26	→ 23	D006 4	
D006 5	フィブリノーゲン定量	26	→ 23	D006 4	
D006 6	クリオフィブリノーゲン検査	28	→ 24	D006 5	
D006 8	ヘパリン抵抗試験	34	→ 29	D006 6	
D006 8	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	34	→ 29	D006 6	
D006 8	複合凝固因子検査	34	→ 29	D006 6	
D006 9	蛇毒試験	36	→ 32	D006 7	
D006 7	トロンボエラストグラフ	30	→ 34	D006 8	
D006 10	血小板粘着能	75	→ 65	D006 9	
D006 11	血小板凝集能	85	→ 75	D006 10	
D006 11	フィブリンモノマー複合体検出	85	→ 75	D006 10	
D006 11	線維素分解産物 (FDP) 測定	85	→ 75	D006 10	
D006 11	アンチトロンビンⅢ	85	→ 75	D006 10	
D006 11	プラスミン	85	→ 85	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定 (Ratnoff 法等)	85	→ 85	D006 11	
D006 11	血清全プラスミン測定法 (血清 SK 活性化 プラスミン値)	85	→ 85	D006 11	
D006 12	プラスミン活性値測定検査	95	→ 95	D006 12	
D006 12	α_1 -アンチトリプシン	95	→ 95	D006 12	
D006 14	プラスミノーゲン	140	→ 120	D006 13	
D006 13	D-D ダイマー	130	→ 130	D006 14	
D006 13	α_2 -マクログロブリン	130	→ 140	D006 15	
D006 15	アンチプラスミン	160	→ 140	D006 15	
D006 16	フォン・ウィルブランド因子	170	→ 150	D006 16	
D006 16	PIVKA II	170	→ 150	D006 16	
D006 16	フィブリノーゲン分解産物精密測定	170	→ 150	D006 16	
D006 16	D-D ダイマー精密測定	170	→ 150	D006 16	
D006 18	プロテイン S 精密測定	190	→ 170	D006 17	
D006 18	α_2 -プラスミンインヒビター・プラスミン 複合体	190	→ 170	D006 17	
D006 19	凝固因子インヒビター	200	→ 170	D006 17	
D015 15	第Ⅷ因子様抗原	190	→ 170	D006 17	
D006 20	血小板第 4 因子 (PF ₄) 精密測定	210	→ 180	D006 18	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D006 20	β -トロンボグロブリン精密測定	210	→ 180	D006 18	
D006 21	トロンビン・アンチトロンビン III 複合体 (TAT) 精密測定	230	→ 200	D006 19	
D006 22	プロトロンビンフラグメント F1+2精密測定	240	→ 210	D006 20	
D007 39	トロンボモジュリン精密測定	260	→ 230	D006 21	
D006 23	フィブリンモノマー複合体定量精密測定	280	→ 240	D006 22	
D006 23	凝固因子 (II、V、VII、VIII、IX、X、XI、XII、XIII)	280	→ 240	D006 22	
D006 24	プロテイン C	300	→ 260	D006 23	
D006 25	tPA・PAI-1複合体	310	→ 270	D006 24	
D006 26	フィブリノペプチド精密測定	340	→ 340	D006 25	
D006 注	包括項目：3 項目又は 4 項目	640	→ 550	D006 注	
D006 注	包括項目：5 項目以上	770	→ 770	D006 注	
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査)	2,000	→ 2,000	D006-2	
— —	Major bcr-abl mRNA 核酸増幅精密測定	—	→ 1,200	D006-3	(新設)
— —	進行性筋ジストロフィー遺伝子検査	—	→ 2,000	D006-4	(新設)
D103	染色体検査 (全ての費用を含む。)	2,000	→ 2,000	D006-5	
D103 注	分染法加算	400	→ 400	D006-5 注	
— —	免疫関連遺伝子再構成	—	→ 2,400	D006-6	(新設)
(生化学的検査 (I))					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	12	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン	12	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	12	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	12	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素 (BUN)	12	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	12	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	12	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリフォスファターゼ	12	→ 11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ (ChE)	12	→ 11	D007 1	
D007 1	γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (γ -GTP)	12	→ 11	D007 1	
D007 1	中性脂肪	12	→ 11	D007 1	
D007 1	Na 及び Cl	12	→ 11	D007 1	
D007 1	K	12	→ 11	D007 1	
D007 1	Ca	12	→ 11	D007 1	
D007 1	Mg	12	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	12	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	12	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	12	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸脱水素酵素 (LDH)	12	→ 11	D007 1	
D007 1	酸性フォスファターゼ	12	→ 11	D007 1	
D007 1	エステル型コレステロール	12	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	12	→ 11	D007 1	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D007 1	ロイシニアミノペプチダーゼ (LAP)	12 →	11	D007 1	
D007 1	クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)	12 →	11	D007 1	
D007 1	アルドラーゼ	12 →	11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	12 →	11	D007 1	
D007 1	鉄	12 →	11	D007 1	
D007 1	試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	12 →	11	D007 1	
D007 2	リン脂質	17 →	15	D007 2	
D007 2	β -リボ蛋白	17 →	15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	18 →	16	D007 3	
D007 4	HDL-コレステロール	19 →	17	D007 4	
D007 4	前立腺酸性フォスファターゼ	19 →	17	D007 4	
D007 4	P 及び HPO_4	19 →	17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	19 →	17	D007 4	
D007 4	グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)	19 →	17	D007 4	
D007 4	グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)	19 →	17	D007 4	
D007 5	総鉄結合能 (TIBC)	20 →	17	D007 4	
D007 5	不飽和鉄結合能 (UIBC)	20 →	17	D007 4	
D007 5	LDL-コレステロール	20 →	19	D007 5	
D007 6	蛋白分画測定	22 →	19	D007 5	
D007 8	モノアミノオキシダーゼ (MAO)	26 →	23	D007 6	
D007 10	Cu	29 →	25	D007 7	
D007 10	リパーゼ	29 →	25	D007 7	
D007 7	イオン化カルシウム	24 →	27	D007 8	
D007 12	マンガン	34 →	29	D007 9	
D007 13	ムコ蛋白	36 →	32	D007 10	
D007 14	ケトン体	40 →	34	D007 11	
D007 14	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	40 →	34	D007 11	
D007 15	グアナーゼ (GU)	44 →	38	D007 12	
D007 15	リポプロテイン	44 →	44	D007 13	
D007 17	有機モノカルボン酸定量	55 →	48	D007 14	
D007 17	胆汁酸	55 →	48	D007 14	
D007 17	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム	55 →	48	D007 14	
D007 17	アミラーゼ・アイソザイム	55 →	48	D007 14	
D007 17	γ -GTP・アイソザイム	55 →	48	D007 14	
D007 17	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	55 →	48	D007 14	
D007 16	重炭酸塩	50 →	50	D007 15	
D007 18	アンモニア	60 →	55	D007 16	
D007 18	リボ蛋白分画	60 →	55	D007 16	
D007 18	GOT・アイソザイム	60 →	55	D007 16	
D007 18	CPK・アイソザイム	60 →	55	D007 16	
D007 18	カタラーゼ	60 →	60	D007 17	
D007 19	グリコアルブミン	65 →	60	D007 17	
D007 21	ケトン体分画	75 →	65	D007 18	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D007 21	コレステロール分画	75	→ 70	D007 19	
D007 23	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (L-CAT)	85	→ 75	D007 20	
D007 22	フェリチン	80	→ 80	D007 21	
D007 23	G-6-PDH 定量	85	→ 85	D007 22	
D007 23	リボ蛋白分画精密測定	85	→ 85	D007 22	
D007 24	1,5- アン ヒ ド ロ -D- グ ル シ ト ー ル (1,5AG)	95	→ 85	D007 22	
D007 24	不飽和鉄結合能 (UIBC) 精密測定	95	→ 85	D007 22	
D007 25	グリココール酸	110	→ 95	D007 23	
D007 25	総鉄結合能 (TIBC) 精密測定	110	→ 95	D007 23	
D007 25	CPK・アイソザイム精密測定	110	→ 95	D007 23	
D007 25	心筋トロポニン T 定性	110	→ 100	D007 24	
D007 26	ヘパリン	120	→ 110	D007 25	
D007 26	膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)	120	→ 110	D007 25	
D007 26	乳酸脱水素酵素・アイソザイム 1 型	120	→ 110	D007 25	
D015 9	アポリポ蛋白	120	→ 110	D007 25	
D007 26	サーファクタントプロテイン A (SP-A)	120	→ 120	D007 26	
D007 26	シスチンアミノペプチダーゼ (CAP)	120	→ 120	D007 26	
D007 26	心筋トロポニン I 精密測定	120	→ 120	D007 26	
D007 27	シアル化糖鎖抗原 KL-6	130	→ 120	D007 26	
D007 27	フェリチン精密測定	130	→ 120	D007 26	
D007 26	心筋トロポニン T 精密測定	120	→ 130	D007 27	
D007 27	ガラクトース	130	→ 130	D007 27	
D007 29	アルコール	150	→ 130	D007 27	
D007 29	Al	150	→ 130	D007 27	
— —	シスタチンC精密測定	—	→ 130	D007 27	(新設)
— —	ペントシジン	—	→ 130	D007 27	(新設)
D007 28	サーファクタントプロテイン D (SP-D)	140	→ 140	D007 28	
D007 30	リボ蛋白 (a) 精密測定	160	→ 140	D007 28	
D007 29	血液ガス分析	150	→ 150	D007 29	
D007 31	Zn	170	→ 150	D007 29	
D007 31	ミオグロビン	170	→ 150	D007 29	
D007 31	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP)	170	→ 150	D007 29	
D007 31	P-III-P 精密測定	170	→ 150	D007 29	
D007 32	IV 型コラーゲン精密測定	180	→ 160	D007 30	
D007 31	アルブミン非結合型ビリルビン	170	→ 170	D007 31	
D007 31	ビルビン酸キナーゼ (PK)	170	→ 170	D007 31	
D007 33	アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)	190	→ 170	D007 31	
D007 33	IV 型コラーゲン・7S 精密測定	190	→ 170	D007 31	
D007 34	ビタミン B ₁₂ 定量精密測定	200	→ 170	D007 31	
D007 35	葉酸精密測定	210	→ 180	D007 32	
D007 31	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定	170	→ 190	D007 33	
D007 34	アセトアミノフェン精密測定	200	→ 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	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 1 型 (IGFBP-1)	200	→ 200	D007 34	(新設)
D007 36	トリプシン	230	→ 200	D007 34	
D007 36	ヒアルロン酸	230	→ 200	D007 34	
D007 36	心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定	230	→ 200	D007 34	
D007 36	ビタミン B ₂ 定量	230	→ 200	D007 34	
D007 36	レムナント様リポ蛋白 (RLP) コレステロール	230	→ 200	D007 34	
D007 35	赤血球コプロポルフィリン定量	210	→ 210	D007 35	
D007 38	膵ホスホリパーゼ A ₂ (膵 PLA ₂) 精密測定	250	→ 220	D007 36	
D007 39	リポ蛋白リパーゼ精密測定	260	→ 230	D007 37	
D007 40	肝細胞増殖因子 (HGF)	270	→ 230	D007 37	
D007 37	CK アイソフォーム	240	→ 240	D007 38	
D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ (PH) 精密測定	240	→ 240	D007 38	
D007 41	ビタミン B ₁ 定量	280	→ 240	D007 38	
D007 42	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定	290	→ 250	D007 39	
D007 39	腔分泌液中α-フェト蛋白	260	→ 260	D007 40	
D007 43	赤血球プロトポルフィリン定量	320	→ 280	D007 41	
D007 44	ビタミン B ₂ 定量精密測定	330	→ 290	D007 42	
— —	プロカルシトニン (PCT)	—	→ 320	D007 43	
D007 45	ビタミン C定量精密測定	340	→ 340	D007 44	
D007 46	1,25 ジヒドロキシビタミン D ₃ (1,25 (OH) ₂ D ₃)	420	→ 360	D007 45	
D007 注	包括項目：5 項目以上 7 項目以下	120	→ 102	D007 注	
D007 注	包括項目：8 項目又は 9 項目	130	→ 111	D007 注	
D007 注	包括項目：10項目以上	140	→ 130	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	60	→ 55	D008 1	
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	70	→ 60	D008 2	
D008 3	17-ヒドロキシコルチコステロイド (17-OHCS)	75	→ 65	D008 3	
D008 2	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCGβ) 分画定性	70	→ 70	D008 4	
D008 4	17-ケトステロイド (17-KS) 精密測定	85	→ 75	D008 5	
D008 4	ホモバニール酸 (HVA) 精密測定	85	→ 80	D008 6	
D008 5	T ₃ 摂取率 (T ₃ -uptake) 精密測定	95	→ 85	D008 7	
D008 6	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA) 精密測定	100	→ 95	D008 8	
D008 7	バニールマンデル酸 (VMA) 精密測定	110	→ 100	D008 9	
D008 8	プロラクチン (PRL)	120	→ 110	D008 10	
D008 9	トリヨードサイロニン (T ₃) 精密測定	130	→ 120	D008 11	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン (TSH) 精密測定	130	→ 120	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 9	サイロキシシン (T ₄) 精密測定	130	→ 120	D008 11	
D008 9	レニン活性精密測定	130	→ 120	D008 11	
D008 9	ガストリン精密測定	130	→ 120	D008 11	
D008 9	レニン定量精密測定	130	→ 120	D008 11	
D008 10	インスリン (IRI) 精密測定	140	→ 120	D008 11	
D008 11	成長ホルモン (GH) 精密測定	150	→ 130	D008 12	
D008 11	卵胞刺激ホルモン (FSH) 精密測定	150	→ 130	D008 12	
D008 11	C-ペプチド (CPR) 精密測定	150	→ 130	D008 12	
D008 11	黄体形成ホルモン (LH)	150	→ 130	D008 12	
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定	140	→ 140	D008 13	
D008 12	サイロキシシン結合能 (TBC) 精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	遊離サイロキシシン (FT ₄) 精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	遊離トリヨードサイロニン (FT ₃) 精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	コルチゾール精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	アルドステロン精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	サイロキシシン結合蛋白 (TBG) 精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	テストステロン精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	サイログロブリン精密測定	170	→ 150	D008 14	
D008 12	ヒト胎盤性ラクトージェン (HPL)	170	→ 150	D008 14	
D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG 定量) 精密測定	170	→ 150	D008 14	
D007 32	I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTx) 精密測定	180	→ 160	D008 15	
D008 13	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCGβ) 分画精密測定	180	→ 160	D008 15	
D008 13	グルカゴン精密測定	180	→ 160	D008 15	
D008 13	カルシトニン精密測定	180	→ 160	D008 15	
D007 33	オステオカルシン精密測定	190	→ 170	D008 16	
D007 33	骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) 精密測定	190	→ 170	D008 16	
D007 33	尿中βクロスラプス精密測定	190	→ 170	D008 16	
D008 12	セクレチン精密測定	170	→ 170	D008 16	
D008 14	プロジェステロン精密測定	190	→ 170	D008 16	
D008 15	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量	200	→ 170	D008 16	
D008 15	遊離テストステロン精密測定	200	→ 170	D008 16	
D008 16	サイクリック AMP (C-AMP) 精密測定	210	→ 180	D008 17	
D008 16	エストリオール (E ₃) 精密測定	210	→ 180	D008 17	
D007 33	尿中デオキシピリジノリン精密測定	190	→ 190	D008 18	
D008 16	エストロジェン	210	→ 190	D008 18	
D007 36	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	230	→ 200	D008 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		
D007 36	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) 精密測定	230	→ 200	D008 19	(新設)
D008 15	17-ケトジェニックスステロイド (17-KGS) 精密測定	200	→ 200	D008 19	
D008 18	副甲状腺ホルモン (PTH) 精密測定	230	→ 200	D008 19	
D008 18	エストラジオール (E ₂) 精密測定	230	→ 200	D008 19	
D008 18	カテコールアミン分画精密測定	230	→ 200	D008 19	
D008 18	DHEA-S 精密測定	230	→ 200	D008 19	
D008 18	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 精密測定	230	→ 200	D008 19	
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	220	→ 220	D008 20	
D008 18	カテコールアミン精密測定	230	→ 230	D008 21	
D008 19	17-ケトステロイド分画 (17-KS 分画) 精密測定	260	→ 230	D008 21	
D008 19	エリスロポエチン精密測定	260	→ 230	D008 21	
D008 20	17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定	270	→ 230	D008 21	
— —	抗 IA-2 抗体精密測定	—	→ 230	D008 21	
D008 19	プレグナンジオール	260	→ 230	D008 21	
D008 22	メタネフリン精密測定	290	→ 250	D008 22	
D008 22	ソマトメジン C 精密測定	290	→ 250	D008 22	
D008 22	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP) 精密測定	290	→ 250	D008 22	
D008 22	メタネフリン分画精密測定	290	→ 250	D008 22	
D008 22	アルギニンバザプレッシン精密測定	290	→ 250	D008 22	
D008 19	プレグナントリオール精密測定	260	→ 260	D008 23	
D008 21	ノルメタネフリン精密測定	280	→ 280	D008 24	
D008 23	インスリン様成長因子結合蛋白 3 型 (IGFBP-3) 精密測定	330	→ 290	D008 25	
D008 注	包括項目：3 項目以上 5 項目以下	460	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目：6 項目又は 7 項目	740	→ 630	D008 注	
D008 注	包括項目：8 項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	α -フェトプロテイン (AFP)	40	→ 34	D009 1	
D009 2	免疫抑制酸性蛋白 (IAP)	60	→ 55	D009 2	
D009 3	尿中 BTA	70	→ 70	D009 3	
D009 注	上記検査を 2 項目以上行った場合	75	→ 75	D009 注	
D009 4	癌胎児性抗原 (CEA) 精密測定	130	→ 120	D009 4	
D009 4	α -フェトプロテイン (AFP) 精密測定	130	→ 120	D009 4	
D009 4	組織ポリペプチド抗原 (TPA) 精密測定	130	→ 120	D009 4	
D009 5	扁平上皮癌関連抗原 (SCC 抗原) 精密測定	140	→ 120	D009 4	
D009 6	DUPAN-2 精密測定	150	→ 130	D009 5	
D009 6	NCC-ST-439 精密測定	150	→ 130	D009 5	
D009 6	CA15-3 精密測定	150	→ 130	D009 5	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D009 7	エラスターゼ1 精密測定	160	→ 140	D009 6	
D009 7	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	160	→ 140	D009 6	
D009 7	PSA 精密測定	160	→ 140	D009 6	
D009 8	塩基性フェトプロテイン (BFP) 精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	CA19-9精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	CA72-4精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	CA-50精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	SPan-1抗原精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	シアリル Tn 抗原精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	神経特異エノラーゼ (NSE) 精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	PIVKaII 精密測定	170	→ 150	D009 7	
D009 8	尿中 NMP22精密測定	170	→ 160	D009 8	
D009 9	シアリル Le ^x -i (SLX) 抗原精密測定	180	→ 160	D009 8	
D009 9	CA125精密測定	180	→ 160	D009 8	
D009 10	シアリル Le ^x (CSLEX) 抗原精密測定	190	→ 170	D009 9	
D009 10	フリー PSA/トータル PSA 比精密測定	190	→ 170	D009 9	
D009 11	BCA225精密測定	200	→ 170	D009 9	
— —	I 型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定	—	→ 170	D009 9	(新設)
— —	I 型コラーゲン C テロペプチド精密測定	—	→ 170	D009 9	(新設)
D009 9	SP1精密測定	180	→ 180	D009 10	
D009 12	サイトケラチン19フラグメント精密測定	210	→ 180	D009 10	
D009 12	ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP) 精密測定	210	→ 180	D009 10	
D009 10	尿中遊離型フコース	190	→ 190	D009 11	
D009 12	CA602精密測定	210	→ 190	D009 11	
D009 13	AFP のレクチン反応性による分画比 (AFP-L ₃ %)	220	→ 190	D009 11	
D009 13	CA54/61精密測定	220	→ 190	D009 11	
D009 13	癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT) 精密測定	220	→ 190	D009 11	
D009 14	γ-セミノプロテイン精密測定	230	→ 200	D009 12	
D009 12	CA130精密測定	210	→ 210	D009 13	
D009 15	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量 (HCGβコア定量) 精密測定	240	→ 210	D009 13	
D009 14	腫瘍胎児性抗原 (POA) 精密測定	230	→ 230	D009 14	
D009 16	乳頭分泌液中 CEA 精密測定	310	→ 310	D009 15	
D009 16	乳頭分泌液中 HER2タンパク測定	310	→ 310	D009 15	
D009 16	血清中 HER2タンパク測定	310	→ 310	D009 15	
D007 47	インターロイキン2 受容体 (IL-2R) 精密測定	430	→ 460	D009 16	
D009 注	包括項目: 2 項目	270	→ 230	D009 注	
D009 注	包括項目: 3 項目	340	→ 290	D009 注	
D009 注	包括項目: 4 項目以上	460	→ 420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	48	→ 42	D010 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		
D010 2	結石分析	140	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	210	→ 210	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比	310	→ 300	D010 4	
D010 5	アミノ酸定量			D010 5	
D010 5	イ 1 種類につき	370	→ 320	D010 5	
D010 5	ロ 5 種類以上	1,500	→ 1,300	D010 5	
D010 6	アミノ酸分析 (定性)	430	→ 370	D010 6	
D010 6	脂肪酸分画	430	→ 450	D010 7	
D010 7	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 8	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査				
D011 1	ABO 血液型	24	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh (D) 血液型	24	→ 21	D011 1	
D011 2	クームス試験 直接	34	→ 30	D011 2	
D011 2	クームス試験 間接	40	→ 34	D011 3	
D011 3	Rh (その他の因子) 血液型	180	→ 160	D011 4	
D011 4	赤血球不規則抗体検査	200	→ 170	D011 5	
— —	PAIgG (血小板関連IgG)	—	→ 200	D011 6	(新設)
D011 5	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 7	
D011 6	ABO 血液型亜型	260	→ 260	D011 8	
D011 7	抗血小板抗体検査	310	→ 270	D011 9	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査 (定性)	17	→ 15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジン O 価 (ASO 価)	17	→ 15	D012 1	
D012 3	トキソプラズマ抗体価測定	31	→ 27	D012 2	
D012 4	抗ストレプトキナーゼ価 (ASK 価)	34	→ 29	D012 3	
D012 5	TPHA 試験 (定性)	36	→ 32	D012 4	
D012 5	マイコプラズマ抗体価	36	→ 32	D012 4	
D012 6	抗連鎖球菌多糖体抗体 (ASP)	38	→ 34	D012 5	
D012 7	梅毒脂質抗原使用検査 (定量)	40	→ 34	D012 5	
D012 8	ツツガムシ抗体価	55	→ 48	D012 6	
D012 9	TPHA 試験 (定量)	60	→ 55	D012 7	
D003 11	アデノウイルス抗原	65	→ 60	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体	60	→ 60	D012 8	
D018 7	迅速ウレアーゼ試験	70	→ 60	D012 8	
D003 12	ロタウイルス抗原	75	→ 65	D012 9	
D003 13	クロストリジウム・ディフィシル抗原	80	→ 70	D012 10	
D012 10	クラミジア・ニューモニエ IgG 抗体価精密測定	70	→ 70	D012 10	
D012 10	クラミジア・ニューモニエ IgA 抗体価精密測定	70	→ 75	D012 11	
D012 11	ウイルス抗体価	85	→ 75	D012 11	
D012 10	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	70	→ 80	D012 12	
D012 12	百日咳菌抗体価	90	→ 80	D012 12	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D012 13	HTLV-I 抗体価	95	→ 85	D012 13	
D012 14	トキソプラズマ抗体価精密測定	110	→ 95	D012 14	
D012 14	トキソプラズマ IgM 抗体価精密測定	110	→ 95	D012 14	
D012 14	抗抗酸菌抗体価精密測定	110	→ 110	D012 15	
D012 15	赤痢アメーバ抗体価	120	→ 120	D012 16	
D012 16	HIV-1抗体価	130	→ 120	D012 16	
D012 17	HIV-1,2抗体価	140	→ 120	D012 16	
D012 16	抗デオキシリボヌクレアーゼ B 価 (ADNaseB)	130	→ 130	D012 17	
D012 16	抗溶連菌エステラーゼ抗体 (ASE)	130	→ 130	D012 17	
D012 16	A 群β溶連菌迅速試験	130	→ 130	D012 17	
D012 17	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	140	→ 140	D012 18	
D012 17	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ b 型抗原	140	→ 140	D012 18	
D012 19	インフルエンザウイルス抗原精密測定	160	→ 140	D012 18	
D012 19	カンジダ抗原	160	→ 140	D012 18	
D012 19	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	160	→ 140	D012 18	
D012 18	RS ウイルス抗原精密測定	150	→ 150	D012 19	
D012 20	FTA-ABS 試験	170	→ 150	D012 19	
D012 17	大腸菌 O157LPS 抗原精密測定	140	→ 160	D012 20	
D012 19	ノイラミニダーゼ	160	→ 160	D012 20	
D012 21	D-アラビニトール	180	→ 160	D012 20	
— —	抗クラミジア・ニューモニエ IgM 抗体価 精密測定	—	→ 160	D012 20	(新設)
D012 18	淋菌同定精密検査	150	→ 170	D012 21	
D012 20	大腸菌 O157LPS 抗体	170	→ 170	D012 21	
D012 21	クラミジアトラコマチス抗原精密測定	180	→ 170	D012 21	
D012 22	単純ヘルペスウイルス特異抗原	190	→ 170	D012 21	
D012 23	アスペルギルス抗原	200	→ 170	D012 21	
D012 22	マイコプラズマ抗原精密測定 (咽頭内)	190	→ 190	D012 22	
D012 24	大腸菌抗原同定検査	210	→ 190	D012 22	
D012 25	クリプトコックス・ネオフォルマンス抗原	220	→ 190	D012 22	
D012 25	HTLV-I 抗体価精密測定	220	→ 190	D012 22	
D012 23	ブルセラ凝集反応	200	→ 200	D012 23	
D012 24	アデノウイルス抗原精密測定	210	→ 200	D012 23	
— —	尿中肺炎球菌莢膜抗原	—	→ 200	D012 23	(新設)
D012 27	ツツガムシ抗体価精密測定	240	→ 210	D012 24	
D012 25	抗アニサキス IgG・A 抗体価精密測定	220	→ 220	D012 25	
D012 28	レプトスピラ抗体価	250	→ 220	D012 25	
D012 28	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	250	→ 220	D012 25	
D012 28	(1→3) -β-D-グルカン	250	→ 220	D012 25	
D012 23	尿中レジオネラ抗原	200	→ 230	D012 26	
D012 29	サイトメガロウイルス抗体価精密測定	260	→ 230	D012 26	
D012 29	赤痢アメーバ抗体価精密測定	260	→ 230	D012 26	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D012 29	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定（1項目あたり）	260	→ 230	D012 26	
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定	230	→ 240	D012 27	
D007 43	エンドトキシン定量検査	320	→ 280	D012 28	
D012 30	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定	280	→ 280	D012 28	
D012 30	百日咳菌抗体価精密測定	280	→ 280	D012 28	
D012 33	HIV-1抗体価精密測定	320	→ 280	D012 28	
D012 31	結核菌群抗原精密測定	290	→ 290	D012 29	
D012 32	ダニ特異 IgG 抗体価	310	→ 310	D012 30	
D012 34	ワイルフェリックス反応	330	→ 330	D012 31	
D012 35	ヴィダール反応	350	→ 350	D012 32	
D012 36	HIV-2抗体価精密測定	430	→ 370	D012 33	
D012 37	白血球中サイトメガロウイルス pp65抗原	460	→ 400	D012 34	
D012 38	HTLV-I 抗体価精密測定（ウエスタンブロット法）	500	→ 440	D012 35	
D012 39	HIV抗原精密測定	600	→ 600	D012 36	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs 抗原	34	→ 29	D013 1	
D013 2	HBs 抗体価	36	→ 32	D013 2	
D013 3	HBs 抗原精密測定	110	→ 95	D013 3	
D013 3	HBs 抗体価精密測定	110	→ 95	D013 3	
D013 4	HBe 抗原精密測定	120	→ 110	D013 4	
D013 4	HBe 抗体価精密測定	120	→ 110	D013 4	
D013 5	HCV 抗体価精密測定	140	→ 120	D013 5	
D013 5	HCV コア蛋白質測定	140	→ 120	D013 5	
D013 6	HBc 抗体価	150	→ 140	D013 6	
D013 7	HCV 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	160	→ 140	D013 6	
D013 8	HBc 抗体価精密測定	170	→ 150	D013 7	
D013 8	IgM-HA 抗体価精密測定	170	→ 150	D013 7	
D013 8	HA 抗体価精密測定	170	→ 150	D013 7	
D013 8	IgM-HBc 抗体価精密測定	170	→ 150	D013 7	
D013 8	HCV コア抗体価精密測定	170	→ 150	D013 7	
D013 8	HCV 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定	170	→ 170	D013 8	
D013 9	HCV 特異抗体価測定による群別判定	280	→ 240	D013 9	
D013 11	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	330	→ 330	D013 10	
D013 10	HCV 特異抗体価精密測定	300	→ 340	D013 11	
D013 注	包括項目：3項目	340	→ 290	D013 注	
D013 注	包括項目：4項目	420	→ 360	D013 注	
D013 注	包括項目：5項目以上	560	→ 520	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	14	→ 12	D014 1	
D014 2	リウマチ因子スクリーニング	20	→ 17	D014 2	
D014 3	リウマチ因子測定	36	→ 32	D014 3	
D014 5	甲状腺自己抗体検査	44	→ 38	D014 4	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D014 4	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体	40	→ 46	D014 5	
D005 11	Donath-Landsteiner 試験 (寒冷溶血反応)	60	→ 55	D014 6	
D014 6	抗 DNA 抗体	65	→ 60	D014 7	
D014 7	抗核抗体	75	→ 70	D014 8	
D014 8	抗核抗体精密測定	130	→ 120	D014 9	
D014 8	インスリン抗体精密測定	130	→ 120	D014 9	
D014 9	抗ガラクトース欠損 IgG 抗体精密測定	140	→ 120	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	140	→ 120	D014 9	
D014 10	抗 SS-A/Ro 抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 10	抗 SS-B/La 抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 10	抗 Scl-70抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 10	抗 Jo-1抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 10	甲状腺自己抗体精密測定	170	→ 150	D014 10	
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 10	抗 RNP 抗体	170	→ 150	D014 10	
D014 11	抗 Sm 抗体	190	→ 170	D014 11	
D014 11	抗 SS-A/Ro 抗体精密測定	190	→ 170	D014 11	
D014 11	抗 SS-B/La 抗体精密測定	190	→ 170	D014 11	
D014 11	抗 Scl-70 抗体精密測定	190	→ 170	D014 11	
D015 15	C _{1q} 結合免疫複合体精密測定	190	→ 170	D014 11	
D014 12	抗 DNA 抗体精密測定	210	→ 180	D014 12	
D014 13	抗セントロメア抗体精密測定	220	→ 190	D014 13	
D015 18	モノクローナル RF 結合免疫複合体精密測定	230	→ 200	D014 14	
D015 17	C _{3d} 結合免疫複合体精密測定	210	→ 210	D014 15	
D015 19	IgG 型リウマチ因子精密測定	240	→ 210	D014 15	
D014 14	抗ミトコンドリア抗体精密測定	270	→ 230	D014 16	
D014 14	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I (抗 CL β_2 GPI) 複合体抗体	270	→ 230	D014 16	
D014 14	抗 LKM-1抗体精密測定	270	→ 230	D014 16	
D014 15	抗カルジオリピン抗体精密測定	290	→ 250	D014 17	
D014 15	TSH レセプター抗体精密測定	290	→ 250	D014 17	
D014 16	血清中抗デスモグレイン 3 抗体	310	→ 270	D014 18	
D014 17	ループスアンチコアグラント	330	→ 290	D014 19	
D014 17	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	330	→ 290	D014 19	
D014 18	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	340	→ 290	D014 19	
D014 18	抗糸球体基底膜抗体精密測定	340	→ 290	D014 19	
D014 16	血清中抗デスモグレイン 1 抗体	310	→ 300	D014 20	
D014 19	TSH 刺激性レセプター抗体 (TSAb) 精密測定	370	→ 330	D014 21	
D012 41	抗アセチルコリンレセプター抗体価	1,100	→ 940	D014 22	
D014 注	包括項目: 2 項目	370	→ 320	D014 注	
D014 注	包括項目: 3 項目以上	490	→ 490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査			D015	

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 1	C 反応性蛋白 (CRP) 定性	19	→ 17	D015 1	
D015 2	C 反応性蛋白 (CRP) 定量	20	→ 17	D015 1	
D007 11	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D007 11	G-6-Pase	30	→ 30	D015 2	
D007 12	G-6-PDH 定性	34	→ 34	D015 3	
D007 12	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D015 3	
D015 4	血清補体価 (CH ₅₀)	44	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	44	→ 38	D015 4	
D015 3	α ₁ -酸性糖蛋白測定	42	→ 42	D015 5	
D015 5	クリオグロブリン	48	→ 42	D015 5	
D015 6	血清アミロイド A (SAA) 蛋白精密測定	50	→ 48	D015 6	
D015 7	トランスフェリン	70	→ 60	D015 7	
D015 8	補体蛋白 (C ₃)	85	→ 75	D015 8	
D015 8	補体蛋白 (C ₄)	85	→ 75	D015 8	
D007 25	セルロプラスミン	110	→ 95	D015 9	
D015 9	非特異的 IgE	120	→ 110	D015 10	
D015 9	特異的 IgE	120	→ 110	D015 10	
D015 9	β ₂ -マイクログロブリン (β ₂ -m)	120	→ 120	D015 11	
D015 9	プレアルブミン	120	→ 120	D015 11	
D015 11	レチノール結合蛋白 (RBP)	140	→ 120	D015 11	
D015 12	レチノール結合蛋白 (RBP) 精密測定	150	→ 140	D015 12	
D007 31	α ₁ -マイクログロブリン	170	→ 150	D015 13	
D015 13	ハプトグロビン (型補正を含む。)	170	→ 150	D015 13	
D015 12	α ₁ -酸性糖蛋白精密測定	150	→ 160	D015 14	
D015 13	C ₃ プロアクチベータ	170	→ 170	D015 15	
D015 14	ヘモベキシン	180	→ 180	D015 16	
D015 17	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン (HRT) 測定	210	→ 180	D015 16	
D015 16	血中 APR スコア	200	→ 200	D015 17	
D015 18	アトピー鑑別試験	230	→ 200	D015 17	
D007 37	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	240	→ 210	D015 18	
D001 21	尿蛋白免疫電気泳動	250	→ 220	D015 19	
D015 20	免疫電気泳動法 (同一検体に対し一連につき)	280	→ 240	D015 20	
D015 21	C ₁ インアクチベータ	300	→ 290	D015 21	
D015 22	免疫グロブリン L 鎖κ/λ比	340	→ 340	D015 22	
— —	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロ ン-γ測定	—	→ 410	D015 23	(新設)
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)	200	→ 170	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連 につき)	220	→ 200	D016 2	
D016 4	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	240	→ 210	D016 3	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D016 5	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）	250	→ 220	D016 4	
D016 3	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 5	
D016 6	フローサイトメトリーの Two-color 分析法による赤血球検査	290	→ 290	D016 6	
D016 8	リンパ球幼若化検査（一連につき）	340	→ 290	D016 6	
(微生物学的検査)					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	34	→ 29	D017 1	
D017 2	保温装置使用のアメーバ検査	40	→ 38	D017 2	
D017 3	その他のもの	19	→ 17	D017 3	
D018	細菌培養同定検査				
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	140	→ 120	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	130	→ 120	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	130	→ 120	D018 2	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	120	→ 110	D018 3	
D018 4	その他の部位からの検体	110	→ 95	D018 4	
D018 5	簡易培養検査	55	→ 50	D018 5	
D018 注	嫌気性培養加算	75	→ 65	D018 注	D018 の 1 から 5 までに係る
D019	細菌薬剤感受性検査			D019 1	
D019 1	1 菌種	120	→ 110	D019 1	
D019 2	2 菌種	170	→ 150	D019 2	
D019 3	3 菌種以上	230	→ 200	D019 3	
— —	酵母様真菌薬剤感受性検査	—	→ 110	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査 1	140	→ 130	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査 2	130	→ 120	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査			D021	
D021 1	ナイアシンテスト	90	→ 85	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）	250	→ 240	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	200	→ 190	D022 1	
D022 2	4 薬剤以上	230	→ 210	D022 2	
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査（1 菌種あたり）	130	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定精密検査	230	→ 200	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査	230	→ 200	D023 2	
D023 3	淋菌核酸増幅同定精密検査	240	→ 210	D023 3	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D023 3	クラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査	240	→ 210	D023 3	(新設)
D013 12	HBV 核酸同定精密測定	340	→ 290	D013 4	
D013 12	HBV 核酸定量測定	340	→ 290	D023 4	
— —	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査	—	→ 300	D023 5	
D013 13	DNA ポリメラーゼ	350	→ 330	D023 6	
D023 4	HCV 核酸同定検査	410	→ 360	D023 7	
D023 5	抗酸菌群核酸同定精密検査	430	→ 380	D023 8	
D023 6	結核菌群核酸増幅同定検査	470	→ 400	D023 9	
D023 8	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	490	→ 420	D023 10	
D012 36	HIV-1 核酸同定検査	430	→ 430	D023 11	
D023 9	HCV 核酸定量検査	510	→ 440	D023 12	
D023 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	480	→ 450	D023 13	
D023 4	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	410	→ 470	D023 14	
D023 7	SARS コロナウイルス核酸増幅検査	480	→ 480	D023 15	
D023 10	HIV-1 核酸増幅定量精密検査	530	→ 510	D023 16	
D023 10	注 濃縮前処理加算	90	→ 130	D023 16	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550	→ 550	D023 17	
— —	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	—	→ 6,000	D023 18	(新設)
D018 6	その他の微生物学的検査	55	→ 55	D023-2	区分の新設
	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')			D023-2 1	
	尿素呼気試験			D023-2 2	
	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (TDH) 検査			D023-2 3	
D012 19	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (TDH) 検査	160	→ 160	D023-2 3	
D012 23	大腸菌ペロトキシン検出検査	200	→ 190	D023-2 4	
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
(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)	150	→ 140	D025	
D025 2	基本的検体検査実施料 (4 週間超え)	120	→ 110	D025	
第 2 款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	135	→ 135	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	155	→ 155	D026 3	
D026 4	生化学的検査(II)判断料	134	→ 135	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(I)	40	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(II)	300	→ 300	D026 注	
D027	基本的検体検査判断料	630	→ 630	D027	

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 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)					
D100	病理組織迅速顕微鏡検査（1手術につき）	1,790	→ 1,990	D100	
D101	病理組織顕微鏡検査（1臓器につき）	880	→ 880	D101	
D101 注	免疫抗体法を用いた検査加算	300	→ 350	D101 注	
D101 注	電子顕微鏡による検査加算	1,200	→ 2,000	D101 注	
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	810	→ 720	D101-2 1	
D101-2 2	プロゲステロンレセプター（PgR）検査	810	→ 690	D101-2 2	
D101-2 3	HER2タンパク	810	→ 690	D101-2 3	
D102	細胞診検査（1部位につき）			D102	
D102 1	婦人科材料	150	→ 150	D102 1	
D102 2	その他	190	→ 190	D102 2	
D103-2	HER2遺伝子	2,000	→ 2,500	D103-2	
第 2 款 病理学的検査診断・判断料					
D104	病理診断料	255	→ 410	D104	
D105	病理学的検査判断料	146	→ 146	D105	
第 3 節 生体検査料					
(呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定（安静換気量測定、最大換気量測定を含む。）	80	→ 80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む。）	80	→ 80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→ 130	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	→ 70	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査	135	→ 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	→ 135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	135	→ 135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D207	体液量等測定			D207	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D207 1	体流量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定（色素希釈法によるもの）	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	血管伸展性検査	100	→ 100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）	150	→ 150	D207 3	
D207 3	脳循環測定（色素希釈法によるもの）	150	→ 150	D207 3	
D207 4	脳循環測定（笑気法によるもの）	1,350	→ 1,350	D207 4	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	150	→ 150	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
— —	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	—	→ 150	D208 3	(新設)
— —	バリストカルジオグラフ	—	→ 90	D208 4	(新設)
D208 3	その他（6誘導以上）	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 320	D209 1	
D209 2	その他（6誘導以上）	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査（解析料を含む。）			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,500	D210 2	
— —	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	—	→ 1,500	D210-2	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	700	→ 700	D211	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 500	D212	
— —	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	—	→ 500	D212-2	(新設)
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料			D214 1	
D214 1	2誘導	100	→ 100	D214 1	
D214 1	3から4誘導	150	→ 150	D214 1	
D214 1	5から6誘導	210	→ 210	D214 1	
D214 1	7誘導以上	260	→ 260	D214 1	
— —	エレクトロキモグラフ	—	→ 260	D214-2	(新設)
(超音波検査等)					
D215	超音波検査（記録に要する費用を含む。）			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	

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		
D215 2	断層撮影法			D215 2	
D215 2	胸腹部	550 →	530	D215 2	
D215 2	その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）	350 →	350	D215 2	
D215 3	UCG			D215 3	
D215 3	Mモード法のみによる検査	400 →	400	D215 3	
D215 3	断層撮影法及びMモード法による検査	800 →	780	D215 3	
D215 3	経食道的超音波法	800 →	800	D215 3	
D215 4	ドプラ法（1日につき）			D215 4	
D215 4	胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20 →	20	D215 4	
D215 4	脳動脈血流速度連続測定	150 →	150	D215 4	
D215 4	脳動脈血流速度マッピング法	400 →	400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600 →	3,600	D215 5	
D215 注	パルスドプラ法加算	200 →	200	D215 注	
D216	サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）	200 →	200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100 →	100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	50 →	50	D216-2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360 →	360	D217 1	
D217 2	MD法	140 →	140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140 →	140	D217 2	
D217 3	超音波法	80 →	80	D217 3	
（監視装置による諸検査）					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400 →	400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550 →	550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700 →	700	D218 3	
D219	ノンストレステスト（一連につき）	200 →	200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50 →	50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合（1日につき）			D220 2	
D220 2	14日を超えた場合	50 →	50	D220 2	
D220 2	7日を超え14日以内の場合	130 →	130	D220 2	
D220 2	7日以内の場合	150 →	150	D220 2	
D221	削除			D221	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100 →	100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合（1日につき）	600 →	600	D222 2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）	100 →	30	D223	
— —	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）	— →	100	D223-2	（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		
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定（１日につき）	100	→ 100	D224	
D225	観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）			D225	
D225 1	１時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	１時間を超えた場合（１日につき）	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定（１日につき）	100	→ 100	D225-2	
D226	中心静脈圧測定（１日につき）			D226	
D226 1	４回以下の場合	100	→ 100	D226 1	
D226 2	５回以上の場合	200	→ 200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	１時間以内又は１時間につき	100	→ 100	D227 1	
D227 2	３時間を超えた場合（１日につき）	400	→ 400	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定（１日につき）	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部、足底部体表温度測定による末梢循環不全状態観察（１日につき）	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	１時間以内又は１時間につき	150	→ 150	D230 1	
D230 2	２時間を超えた場合（１日につき）	450	→ 450	D230 2	
D231	人工臍臓（一連につき）	5,000	→ 5,000	D231	
D232	食道内圧測定検査	650	→ 650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	１項目行った場合	800	→ 800	D233 1	
D233 2	２項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	→ 1,000	D234	
（脳波検査等）					
D235	脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）	400	→ 400	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250	→ 250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査（１日につき）	400	→ 400	D235-2	
D236	脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 670	D236 3	
D236-2	光トポグラフィー	670	→ 670	D236-2	
D236-3	神経磁気診断	5,000	→ 5,000	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	→ 720	D237 1	
D237 2	１以外の場合	3,300	→ 3,300	D237 2	
D238	脳波検査判断料	140	→ 140	D238	
（神経・筋肉検査）					
D239	筋電図検査			D239	

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		
D 239 1	筋電図（1肢につき（針電極にあつては1筋につき））	200	→ 200	D 239 1	
D 239 2	誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（一連につき）	250	→ 250	D 239 2	
D 239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）	400	→ 400	D 239 3	
D 239-2	電流知覚閾値測定（一連につき）	200	→ 200	D 239-2	
D 240	神経・筋負荷テスト			D 240	
D 240 1	テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）	130	→ 130	D 240 1	
D 240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→ 130	D 240 2	
D 240 3	乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）	200	→ 200	D 240 3	
D 241	神経・筋検査判断料	140	→ 140	D 241	
D 242	尿水力学的検査			D 242	
D 242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D 242 1	
D 242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D 242 2	
D 242 3	尿流測定	205	→ 205	D 242 3	
D 242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D 242 4	
（耳鼻咽喉科学的検査）					
D 244	自覚的聴力検査			D 244	
D 244 1	標準純音聴力検査	400	→ 400	D 244 1	(新設)
— —	自記オーディオメーターによる聴力検査	—	→ 400	D 244 1	
D 244 2	標準語音聴力検査	350	→ 400	D 244 2	(新設)
— —	ことばのききとり検査	—	→ 400	D 244 2	
D 244 3	簡易聴力検査			D 244 3	
D 244 3	気導純音聴力検査	110	→ 110	D 244 3	
D 244 3	その他（種目数にかかわらず一連につき）	40	→ 40	D 244 3	
D 244 4	後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400	→ 400	D 244 4	
D 244 5	内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400	→ 400	D 244 5	
— —	耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）	—	→ 400	D 244 5	(新設)
D 244 6	中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	100	→ 100	D 244 6	
D 244-2	補聴器適合検査			D 244-2	
D 244-2 1	1回目	1,100	→ 1,300	D 244-2 1	
D 244-2 2	2回目以降	500	→ 700	D 244-2 2	
D 245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D 245	
D 246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D 246	
D 247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D 247	
D 247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	300	→ 300	D 247 1	
D 247 2	チンパノメトリー	350	→ 350	D 247 2	
D 247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D 247 3	

旧区分番号	新 検 査 項 目 名	点 数		新区分番号	備 考
		改正前	改正後		
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射 (OAE) 検査			D247 5	
D247 5	自発耳音響放射 (SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査 (種目数にかかわらず一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	頭位及び頭位変換眼振検査	100	→ 100	D250 2	
D250 3	刺激又は負荷を加える特殊検査 (1 種目につき)	120	→ 120	D250 3	
D250 4	電気眼振図 (一連につき)	260	→ —	D250 4	
D250 4	皿電極により 4 誘導以上の記録を行った場合	—	→ 400	D250 4	
D250 4	その他の場合	—	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250	→ 250	D250 5	
— —	下肢加重検査	—	→ 250	D250 5	(新設)
— —	フォースプレート分析	—	→ 250	D250 5	(新設)
— —	動作分析検査	—	→ 250	D250 5	(新設)
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコーピー	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	30	→ 30	D253 2	
D254	電気味覚検査 (一連につき)	250	→ 250	D254	
(眼科学的検査)					
D255	精密眼底検査 (片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査 (片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	56	→ 56	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→ 400	D256 2	
D257	細隙燈顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部)	92	→ 92	D257	
D258	網膜電位図 (E R G)	230	→ 230	D258	
D259	精密視野検査 (片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査 (片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	300	→ 300	D260 2	
D261	屈折検査	74	→ 74	D261	
D262	調節検査	74	→ 74	D262	
D263	矯正視力検査 (眼鏡処方せんの交付を含む。)	74	→ —	D263	
— —	眼鏡処方せんの交付を行う場合	—	→ 74	D263 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		
— —	1 以外の場合	— →	74	D263 2	
D264	精密眼圧測定	85 →	85	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55 →	55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	89 →	89	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110 →	110	D265-2	
D266	光覚検査	42 →	42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	60 →	60	D267 1	
D267 2	1 以外の場合	38 →	38	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38 →	38	D268	
D269	眼球突出度測定	38 →	38	D269	
D271	角膜知覚計検査	38 →	38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38 →	38	D272	
— —	立体視検査（三杆法、ステレオテスト法による）	— →	38	D272	（新設）
— —	網膜対応検査（残像法、バゴリニ線條試験による）	— →	38	D272	（新設）
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）	38 →	38	D273	
D274	前房隅角検査	38 →	38	D274	
D275	圧迫隅角検査	76 →	76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42 →	42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100 →	100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38 →	38	D277	
— —	涙管通水・通色素検査	— →	38	D277	（新設）
D278	眼球電位図（EOG）	260 →	260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160 →	160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160 →	160	D280	
D281	瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）	160 →	160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38 →	38	D282	
D282-2	P L（Preferential Looking）法	100 →	100	D282-2	
— —	コンタクトレンズ検査料			D282-3	（新設）
— —	コンタクトレンズ検査料 1			D282-3 1	（新設）
— —	イ 初回装用者の場合	— →	387	D282-3 1	（新設）
— —	ロ 既装用者の場合	— →	112	D282-3 1	（新設）
— —	コンタクトレンズ検査料 2			D282-3 2	（新設）
— —	イ 初回装用者の場合	— →	193	D282-3 2	（新設）
— —	ロ 既装用者の場合	— →	56	D282-3 2	（新設）
（皮膚科学的検査）					
— —	ダーモスコピー	— →	12	D282-4	（新設）
（臨床心理・神経心理検査）					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80 →	80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280 →	280	D283 2	

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		
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D284 3	
D285	その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	
(負荷試験等)					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	
D287 1	成長ホルモン (GH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	甲状腺刺激ホルモン (TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	プロラクチン (PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ゴナドトロピン (LH 及び FSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	鉱質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験 (血糖、尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	脾機能テスト (PFD テスト)	100	→ 100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト (ICG 1 回又は 2 回法、BSP 2 回法)、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント (Addis 尿沈渣定量検査)、モーゼンタール法、キシローゼ試験、ヨードカリ試験	100	→ 100	D289 1	
— —	ビリルビン負荷試験	—	→ 100	D289 1	(新設)
— —	馬尿酸合成試験	—	→ 100	D289 1	(新設)
— —	フィッシュバーグ	—	→ 100	D289 1	(新設)
— —	水利尿試験	—	→ 100	D289 1	(新設)
— —	アジスカウント (Addis 尿沈渣定量検査)	—	→ 100	D289 1	(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		
— —	モーゼンタール法	— →	100	D289 1	(新設)
— —	キシローゼ試験	— →	100	D289 1	(新設)
— —	ヨードカリ試験	— →	100	D289 1	(新設)
D289 3	胆道機能テスト	700 →	700	D289 2	
— —	胃液分泌刺激テスト	— →	700	D289 2	(新設)
D289 4	セクレチン試験	3,000 →	3,000	D289 3	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100 →	100	D290	
— —	ルビンテスト	— →	100	D290	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光貼布試験、最小紅斑量 (MED) 測定	16 →	—	D291	区分の変更
— —	21箇所以内の場合 (1箇所につき)	— →	16	D291 1	
— —	22箇所以上の場合 (一連につき)	— →	350	D291 2	
— —	小児食物アレルギー負荷検査	— →	1,000	D291-2	(新設)
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480 →	480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480 →	480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800 →	800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550 →	1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550 →	1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600 →	2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600 →	2,600	D292 4	
D293	シンチグラム (画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率 (一連につき)	365 →	365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575 →	575	D293 2	
D293 2	肝血流量 (ヘパトグラム)	575 →	575	D293 2	
D293 3	心機能検査 (心拍出量測定を含む。)	990 →	990	D293 3	
D293 4	肺局所機能検査	1,820 →	1,820	D293 4	
D293 4	脳局所血流検査	1,820 →	1,820	D293 4	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110 →	110	D294	
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査 (片側)	600 →	600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190 →	190	D296	
— —	鼻咽腔直達鏡検査	— →	220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき)	620 →	620	D298	
D299	喉頭ファイバースコープ	620 →	620	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240 →	240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査 (片側)	1,000 →	1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500 →	500	D301	
— —	気管支カメラ	— →	500	D301	(新設)
D302	気管支ファイバースコープ	1,500 →	1,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	1,800 →	6,000	D303	

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		
D304	縦隔鏡検査	1,800	→ 7,000	D304	
D305	食道鏡検査	400	→ 400	D305	
— —	食道カメラ	—	→ 400	D305	(新設)
D306	食道ファイバースコピー	800	→ 800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D306 注	
D307	胃鏡検査	500	→ 500	D307	
— —	ガストロカメラ	—	→ 500	D307	(新設)
D308	胃・十二指腸ファイバースコピー	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管造営法を行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D309	胆道ファイバースコピー	1,400	→ 1,400	D309	
D310	小腸ファイバースコピー	1,700	→ 1,700	D310	
D310 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D310 注	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D312	直腸ファイバースコピー	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D312 注	
D313	大腸ファイバースコピー			D313	
D313 1	S状結腸	900	→ 900	D313	
D313 2	下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313	
D313 3	上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313	
D313 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D313 注	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコピー	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコピー	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー	900	→ 900	D317	
D318	尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの（膀胱尿道ファイバースコピーを含む。））（両側）	1,000	→ 1,000	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコピー（片側）	1,500	→ 1,500	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコピー	150	→ 150	D321	
D322	子宮ファイバースコピー	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 1,700	D324	
— —	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	—	→ 3,600	D325	(新設)
第4節 診断穿刺・検体採取料					
D400	血液採取（1日につき）			D400	
D400 1	静脈	12	→ 12	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D401	脳室穿刺	300	→ 300	D401	
D402	後頭下穿刺	220	→ 220	D402	
D403	腰椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	140	→ 140	D403	
— —	胸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	—	→ 140	D403	(新設)
— —	頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	—	→ 140	D403	(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		
D404	骨髓穿刺			D404	
D404 1	胸骨	80 →	80	D404 1	
D404 2	その他	90 →	90	D404 2	
D405	関節穿刺（片側）	80 →	80	D405	
D406	上顎洞穿刺（片側）	50 →	50	D406	(新設)
— —	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験 穿刺	— →	50	D406	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	230 →	230	D407	
D408	ダグラス窩穿刺	230 →	230	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	120 →	120	D409	
D410	乳腺穿刺又は針生検（片側）	120 →	120	D410	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	130 →	130	D411	
D412	経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超 音波検査を含む。）	1,450 →	1,450	D412	
D413	前立腺針生検法	800 →	1,200	D413	
D414	内視鏡下生検法（1臓器につき）	300 →	300	D414	
D415	経気管肺生検法	3,100 →	3,100	D415	
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	6,700 →	6,700	D416 1	
D416 2	開腹によるもの（腎を含む。）	4,100 →	4,100	D416 2	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱、腱鞘を含 む。）	465 →	465	D417 1	
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,160 →	2,160	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	前眼部、その他	310 →	310	D417 3	
D417 3	後眼部	620 →	620	D417 3	
D417 4	耳	380 →	380	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	360 →	360	D417 5	
D417 6	口腔	400 →	400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	620 →	620	D417 7	
D417 8	甲状腺	620 →	620	D417 8	
D417 9	乳腺	620 →	620	D417 9	
D417 10	直腸	620 →	620	D417 10	
D417 12	精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）	360 →	360	D417 11	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	30 →	30	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	180 →	180	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	350 →	350	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取（一連につき）	120 →	120	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）	110 →	110	D419 2	
D419 3	動脈血採取（1日につき）	40 →	40	D419 3	

別表 2

第 3 部 検査 (名称を変更するもの)

旧区分番号	旧 検 査 項 目 名	新区分番号	新 検 査 項 目 名
D004 1	Hühner検査	D004 1	ヒューナー検査
D005 3	鼻汁中好酸球検査	D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査
D215 4	ドップラー法 (1日につき)	D215 4	ドブラ法 (1日につき)
D215 注	パルスドップラー法加算	D215 注	パルスドブラ法加算
D221	トレッドミルによる負荷心機能検査、 バイシクルエルゴメーターによる心 肺機能検査	D221	トレッドミルによる負荷心肺機能検 査、サイクルエルゴメーターによる 心肺機能検査

別表 3

第 3 部 検査 (複数検査を 1 つの告示にする項目)

旧区分番号	旧 検 査 項 目 名	新区分番号	新 検 査 項 目 名
D006 16 D009 8	PIVKA II PIVKA II 精密測定	D006 16	PIVKA II
D015 15 D015 15	第Ⅷ因子様抗原 第Ⅷ因子様抗原精密測定	D006 17	第Ⅷ因子様抗原
D007 31 D007 31	ミオグロビン ミオグロビン精密測定	D007 29	ミオグロビン
D007 36 D007 36	トリプシン トリプシン精密測定	D007 34	トリプシン
D007 41 D007 41	ビタミンB ₁ 定量 ビタミンB ₁ 定量精密測定	D007 38	ビタミンB ₁ 定量
D008 2 D008 2	11-ハイドロキシコルチコステロイド (11-OHCS) 11-ハイドロキシコルチコステロイド (11-OHCS) 精密測定	D008 2	11-ハイドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)
D008 3 D008 3	17-ハイドロキシコルチコステロイド (17-OHCS) 17-ハイドロキシコルチコステロイド (17-OHCS) 精密測定	D008 3	17-ハイドロキシコルチコステロイド (17-OHCS)
D008 8 D008 8	プロラクチン (PRL) プロラクチン (PRL) 精密測定	D008 10	プロラクチン (PRL)
D008 11 D008 11	黄体形成ホルモン (LH) 黄体形成ホルモン (LH) 精密測定	D008 12	黄体形成ホルモン (LH)
D008 12 D008 12	ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL) ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL) 精密 測定	D008 14	ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)
D008 16 D008 17	エストロジェン エストロジェン精密測定	D008 18	エストロジェン
D008 19 D008 19	プレグナンジオール プレグナンジオール精密測定	D008 21	プレグナンジオール
D014 10 D014 10	抗 RNP 抗体 抗 RNP 抗体精密測定	D014 10	抗 RNP 抗体
D014 11 D014 11	抗 Sm 抗体 抗 Sm 抗体精密測定	D014 11	抗 Sm 抗体
D015 7 D015 7	トランスフェリン トランスフェリン精密測定	D015 7	トランスフェリン
D015 8 D015 8	補体蛋白 (C ₃) 補体蛋白 (C ₃) 精密測定	D015 8	補体蛋白 (C ₃)
D015 8 D015 8	補体蛋白 (C ₄) 補体蛋白 (C ₄) 精密測定	D015 8	補体蛋白 (C ₄)
D015 9 D015 10	β_2 -マイクログロブリン (β_2 -m) β_2 -マイクログロブリン (β_2 -m) 精密 測定	D015 11	β_2 -マイクログロブリン (β_2 -m)
D007 31 D007 31	α_1 -マイクログロブリン α_1 -マイクログロブリン精密測定	D015 13	α_1 -マイクログロブリン

旧区分番号	旧 検 査 項 目 名	新区分番号	新 検 査 項 目 名
D007 37	頸管膣分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	D015 18	頸管膣分泌液中癌胎児性フィブロネクチン
D007 37	頸管膣分泌液中癌胎児性フィブロネクチン精密測定		
D023 4	結核菌核酸同定精密検査	D023 9	結核菌群核酸増幅同定検査
D023 6	結核菌群核酸増幅同定検査		

項 目	現 行	改 正
第 4 部 画像診断 通 則 (通則の削除)	8 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部 の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における画像診断に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。	(削除)
第 1 節 エックス線診断料 (項目の追加)	3 同一の部位につき、同時に 2 枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号 E 001 に掲げる写真診断の 2 並びに区分番号 E 002 に掲げる撮影の 2 並びに注 4 及び注 5 に掲げる場合を除き、第 1 枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 001 に掲げる写真診断及び区分番号 E 002 に掲げる撮影の各所定点数により、第 2 枚目から第 5 枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 001 に掲げる写真診断及び区分番号 E 002 に掲げる撮影の各所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定し、第 6 枚	3 同一の部位につき、同時に 2 枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号 E 001 に掲げる写真診断の 2 及び 4 並びに区分番号 E 002 に掲げる撮影の 2 及び 4 並びに注 4 及び注 5 に掲げる場合を除き、第 1 枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 001 に掲げる写真診断及び区分番号 E 002 に掲げる撮影の各所定点数により、第 2 枚目から第 5 枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 001 に掲げる写真診断及び区分番号 E 002 に掲げる撮影の各所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により



項 目	現 行	改 正
	目以後の写真診断及び撮影については算定しない。	算定し、第 6 枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。
(点数の見直し・項目の追加)	4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前 3 号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。 イ 単純撮影の場合 75点 ロ 特殊撮影の場合 95点 ハ 造影剤使用撮影の場合 120点 (新設)	4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前 3 号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。 イ 単純撮影の場合 60点 ロ 特殊撮影の場合 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点
写真診断 (項目の追加)	(新設)	4 乳房撮影(一連につき) 256点
撮影 (項目の追加)	(新設)	4 乳房撮影(一連につき) 196点
造影剤注入手技 (項目の追加)	3 動脈造影カテーテル法 1,180点	3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 1,820点 ロ イ以外の場合 1,180点
(注の削除)	注 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合は、1 回に限り、640点を加算する。	(削除)
第 2 節 核医学診断料 (加算の新設)	(新設)	3 コンピューターによる画像処理を行った場合においては、前 2 号により算定した点数に、一連の撮影について 1 回に限

項 目	現 行	改 正
シンチグラム（画像を伴うもの） （注の削除）	注5 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が15円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。	り、所定点数に60点を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。 （削除）
シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） （注の削除）	注5 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が15円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。	（削除）
ポジトロン断層撮影 （区分の新設）	（新設）	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき） 1 ¹⁵ O標識ガス剤を用い

項 目	現 行	改 正
		た場合（一連の検査につき） 7,625点 2 ^{18}FFDGを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点 注1 ^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}FFDGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
第3節 コンピューター断層撮影診断料 （項目の再編）	2 同一の部位につき、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影の費用については、撮影部位に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 頭部（一連につき） 600点 ロ 躯幹（一連につき）	2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

項 目	現 行	改 正
(加算の新設)	810点 ハ 四肢 (一連につき)	3 コンピューターによる 画像処理を行った場合に おいては、前2号により 算定した点数に、一連の 撮影について1回に限 り、所定点数に60点を加 算する。ただし、この場 合において、フィルムの 費用は算定できない。
(加算の移動)	560点 (新設)	
	(新設)	4 新生児又は3歳未満の 乳幼児・(新生児を除く。) に対して区分番号E200 から区分番号E202まで に掲げるコンピューター 断層撮影を行った場合 は、当該撮影の所定点数 にそれぞれ所定点数の 100分の30又は100分の15 に相当する点数を加算す る。
コンピューター断層撮影 (一 連につき)		
(項目の再編)	1 単純CT撮影 イ 頭部 620点 ロ 躯幹 830点 ハ 四肢 570点	1 単純CT撮影 イ マルチスライス型の 機器による場合 850点 ロ イ以外の場合 660点
(項目の再編)	2 特殊CT撮影 (管腔描 出を行った場合) イ 頭部 710点 ロ 躯幹 950点 ハ 四肢 660点	2 特殊CT撮影 (管腔描 出を行った場合) 950点
(注の変更)	注1 特殊CT撮影につい ては、別に厚生労働大 臣が定める施設基準に 適合しているものとし て地方社会保険事務局 長に届け出た保険医療 機関において行われる 場合に限り算定する。	注1 単純CT撮影のイに ついては、別に厚生労 働大臣が定める施設基 準に適合しているもの として地方社会保険事 務局長に届け出た保険 医療機関において行わ れる場合に限り算定す る。
(注の変更)	(新設)	2 特殊CT撮影につい ては、別に厚生労働大

項 目	現 行	改 正
(注の削除)	2 単純CT撮影又は特殊CT撮影のハに掲げる撮影は、四肢の悪性腫瘍又は筋萎縮性疾患等について行った場合に限り算定する。	臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 (削除)
(加算の移動)	6 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してコンピュータ断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	(削除)
非放射性キセノン脳血流動態検査 (加算の移動)	注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して検査を行った場合は、当該検査の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	(削除)
磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき） (項目の再編)	1 単純MRI撮影 イ 頭部 1,140点 ロ 躯幹 1,220点 ハ 四肢 1,160点	1 単純MRI撮影 イ 1.5テスラ以上の機器による場合 1,230点 ロ イ以外の場合 1,080点
(項目の再編)	2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合） イ 頭部 1,500点 ロ 躯幹 1,600点	2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合） 1,530点

項 目	現 行	改 正
(注の変更)	ハ 四肢 1,520点 注1 特殊MRI撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	注1 単純MRI撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(注の新設)	(新設)	2 特殊MRI撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(加算の移動)	4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	(削除)

項 目	現 行	改 正
第5部 投 薬 第2節 処方料 処方料 (点数の見直し)	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。	注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
第3節 薬剤料 薬剤 (注の変更)	注3 健康保険法第85条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定し	注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断

項 目	現 行	改 正
	ない。	した場合を除き、これを算定しない。
第5節 処方せん料		
処方せん料 (点数の見直し)	1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 イ 後発医薬品を含む場合 43点 ロ イ以外の場合 41点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 71点 ロ イ以外の場合 69点	1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 イ 後発医薬品を含む場合 42点 ロ イ以外の場合 40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 70点 ロ イ以外の場合 68点
(点数の見直し)	注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。	注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。



項 目	現 行	改 正
第 6 部 注 射		
第 1 節 注射料		
皮下、筋肉内注射（1回につき） （区分の見直し）	皮下、筋肉内注射（1回につき）	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）
（注の変更）	注 2 区分番号 C 101又は C 108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号 C 001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮下、筋肉内注射の費用は算定しない。	注 2 区分番号 C 101又は C 108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号 C 001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。
静脈内注射（1回につき） （加算の見直し）	注 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。	注 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき） （区分の見直し）	抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき）	抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）
（注の新設）	（新設）	注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。
点滴注射（1日につき） （点数の見直し）	注 2 区分番号 G 005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	注 2 区分番号 G 005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

項 目	現 行	改 正
	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40点を加算する。	事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。
(点数の見直し)	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、悪性腫瘍の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき300点(15歳未満の患者に対して行った場合は、500点)を加算する。	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、治療を開始するに当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪性腫瘍等の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)を加算する。
(加算の見直し)	注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。	注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。
中心静脈注射(1日につき) (注の新設)	(新設)	注6 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。

項 目	現 行	改 正
中心静脈注射用カテーテル挿入 (点数の見直し)	注 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、300点を加算する。	注 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。
脳脊髄腔注射 (加算の見直し)	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、30点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	滑液嚢穿刺後の注入 80点
(区分の新設)	(新設)	自家血清の眼球注射 25点
(区分の新設)	(新設)	テノン氏嚢内注射 60点
第2節 薬剤料		
薬剤 (注の変更)	注 1 特別入院基本料2を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。	注 1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
(注の変更)	注 2 健康保険法第85条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与さ	注 2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中

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

項 目	現 行	改 正
第7部 リハビリテーション 通 則 (通則の変更)	4 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、患者1人につき1日合計4単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位）に限り算定する。	4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。
(注の移動)	(新設)	5 入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として1単位につき30点を所定点数に加算するものとする。
(注の移動)	(新設)	6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテ

項 目	現 行	改 正
第1節 リハビリテーション料 心疾患リハビリテーション料 (1日につき) (区分の削除)	550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急性心筋梗塞、狭心症又は開心術後の患者に対してリハビリテーションを行った場合に、発症後又は手術後6月以内に限り算定する。 2 第3部検査のうち次に掲げるものは、心疾患リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。 イ 心電図検査 ロ 負荷心電図検査 ハ 呼吸心拍監視	ション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。 (削除)
理学療法 (区分の削除)	1 理学療法(Ⅰ) イ 個別療法(1単位) 250点 ロ 集団療法(1単位) 100点 2 理学療法(Ⅱ) イ 個別療法(1単位) 180点 ロ 集団療法(1単位) 80点 3 理学療法(Ⅲ) イ 個別療法(1単位) 100点	(削除)

項 目	現 行	改 正
	ロ 集団療法（1単位） 40点 4 理学療法（Ⅳ） イ 個別療法（1単位） 50点 ロ 集団療法（1単位） 35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当該基準に係る区分に従ってそれぞれ算定し、4についてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に算定する。 2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 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。 4 同一の患者に対して、個別療法と集団療	

項 目	現 行	改 正
	法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。 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、理学療法（Ⅰ）（個別療法に限る。）又は理学療法（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ものとする。 この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法（Ⅰ）（個別療法に限る。）又は理学療法（Ⅱ）（個別療法に限る。）を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。 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）	

項 目	現 行	改 正
作業療法 (区分の削除)	つき) 30点 6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、理学療法の所定点数のみにより算定する。 7 区分番号 B 001 の 17 に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った理学療法(Ⅳ)を算定すべき理学療法に係る費用は、算定しない。	
	1 作業療法(Ⅰ) イ 個別療法(1単位) 250点 ロ 集団療法(1単位) 100点 2 作業療法(Ⅱ) イ 個別療法(1単位) 180点 ロ 集団療法(1単位) 80点 注1 1及び2については別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に当該基準に係る区分に従いそれぞれ算定する。 2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
	の70に相当する点数により算定する。 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。 4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。 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、作業療法（Ⅰ）（個別療法に限る。）又は作業療法（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。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした作業療法（Ⅰ）（個別療法に限る。）又は作業療法	

項 目	現 行	改 正
	(Ⅱ) (個別療法に限る。)を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。 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	
言語聴覚療法 (区分の削除)	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。 2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者	→ (削除)

項 目	現 行	改 正
	以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 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。 4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。 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	

項	目	現	行	改	正
		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		
(区分の新設)		(新設)		→	心大血管疾患リハビリテーション料 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位） 250点 2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位） 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
(区分の新設)		(新設)		→	脳血管疾患等リハビリテーション料

項 目	現 行	改 正
		1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 250点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。
(区分の新設)	(新設)	→ 運動器リハビリテーション料 1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 180点 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 80点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーショ

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	ンを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。 呼吸器リハビリテーション料 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 180点 2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 80点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から90日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、90日を超えて算定することができる。

項 目	現 行	改 正
リハビリテーション総合計画 評価料 (注の変更)	注 理学療法(I)又は作業療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき理学療法を算定すべき理学療法又は作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該理学療法又は作業療法を最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。	注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該リハビリテーションを最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。
摂食機能療法 (1日につき) (算定要件の緩和)	注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定	注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	する。 (新設) →	する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。 障害児（者）リハビリテーション料（1単位） 1 6歳未満の患者の場合 190点 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点 3 18歳以上の患者の場合 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正
第 8 部 精神科専門療法		
第 1 節 精神科専門療法料		
入院精神療法 （簡便型精神分析療法を含む。）（1 回につき） （名称の変更）	入院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1 回につき）	入院精神療法（1 回につき）
通院精神療法 （簡便型精神分析療法を含む。）（1 回につき） （名称の変更） （点数の見直し）	通院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1 回につき）	通院精神療法（1 回につき）
	2 1 以外の場合 イ 病院の場合 320点 ロ 診療所の場合 370点	2 1 以外の場合 イ 病院の場合 330点 ロ 診療所の場合 360点
（注の変更）	注 1 入院中の患者以外の患者について、退院後 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、その他の場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号 B 000 に掲げる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。	注 1 入院中の患者以外の患者について、退院後 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、その他の場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
心身医学療法 （1 回につき） （加算の新設）	（新設）	注 5 20 歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を加算する。
（区分の新設）	（新設）	精神科ショート・ケア （1 日につき） 1 小規模なもの 275点 2 大規模なもの 330点

項	目	現	行	改	正
					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行われる場合に算定する。 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つては、週5日を限度として算定する。 3 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。
	精神科デイ・ケア（1日につき） （注の新設）		（新設）	→	注4 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

項 目	現 行	改 正
精神科ナイト・ケア（１日につき） （注の新設）	（新設）	注４ 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ⅰ 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ⅰ 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ⅰ 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ⅰ 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。
精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき） （注の変更）	４ 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ⅰ 009に掲げる精神科デイ・ケア及び区分番号Ⅰ 010に掲げる精神科ナイト・ケアは算定しない。	注４ 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ⅰ 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ⅰ 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ⅰ 010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ⅰ 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。
精神科退院前訪問指導料 （算定要件の緩和）	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。	注１ 入院期間が３月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中３回（入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中６回）に限り算定する。

項 目	現 行	改 正
精神科訪問看護・指導料 (算定要件の緩和)	注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。ただし、この場合において、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。	注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、この場合において、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。
認知症患者特殊療法料 (項目の再編)	1 認知症患者在宅療養指導管理料 2 重度認知症患者デイ・ケア料	(削除) 重度認知症患者デイ・ケア料 （1日につき）1,000点 注1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働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、1日につき6時間以上行った場合に算定する。 2 重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010に掲げる精

項 目	現 行	改 正
		神科ナイト・ケア及び 区分番号 I 010-2に掲 げる精神科デイ・ナイ ト・ケアは算定しない。 3 当該保険医療機関に おいて、重度認知症患 者デイ・ケア料を算定 すべき重度認知症患者 デイ・ケアを行った場 合に食事を提供したと きは、所定点数に48点 を加算する。
	3 重度認知症患者入院治 療料 注 老人医科点数表第2章 の例により算定する。こ の場合において、同章の 規定中「老人慢性疾患生 活指導」とあるのは「特 定疾患療養指導」と、「老 人理学療法」とあるのは 「理学療法」と、「老人作 業療法」とあるのは「作 業療法」と、「老人リハビ リテーション総合計画評 価料」とあるのは「リハ ビリテーション総合計画 評価料」とそれぞれ読み 替えるものとする。	→ (削除) → (削除)

項 目	現 行	改 正
第9部 処 置		
通 則		
(通則の見直し)	2 処置に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。	2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
(通則の見直し)	3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第2節又は第3節の各区分の所定点数のみにより算定する。	3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。
(点数の見直し)	5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が、150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注5のただし書に規定する時間である	5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が、150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注4のただし書に規定する時間である

項 目	現 行	改 正
(通則の移動)	処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。 7 処置に当たって、腰部固定帯を使用した場合は、初回に限り各区分の所定点数に180点を加算する。	処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。 (第2節腰部固定帯加算へ移動)
第1節 処置料		
(一般処置)		
創傷処置		
(項目の変更及び点数の見直し)	1 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの 42点 2 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの 49点 3 1肢又はこれに準ずる範囲のもの 75点 4 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの 140点 5 身体の大部にわたる範囲のもの 250点 注1 1については、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 創傷には熱傷(電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。以下この表において同じ。)が含まれるものとする。 注3 熱傷に対する処置については、初回の処置	1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 75点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 140点 5 6,000平方センチメートル以上 250点 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。 (削除) (削除)

項 目	現 行	改 正
	を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り、それぞれの所定点数の100分の300に相当する点数により算定する。	
術後創傷処置（1日につき） （項目の変更及び点数の見直し）	1 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの 42点 2 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの 49点 3 1肢又はこれに準ずる範囲のもの 75点 4 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの 140点 5 身体の大部にわたる範囲のもの 250点 （注の変更） 注 熱傷に対する処置については、それぞれの所定点数の100分の300に相当する点数により算定する。 （注の新設） （新設）	熱傷処置 1 100平方センチメートル未満 135点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 225点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 420点 5 6,000平方センチメートル以上 1,250点 注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000創傷処置の例により算定する。 注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。
（区分の新設）	（新設）	重度褥瘡処置（1日につき） 1 100平方センチメートル未満 90点

項 目	現 行	改 正
		2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 98点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 150点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 280点 5 6,000平方センチメートル以上 500点 注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000創傷処置の例により算定する。 2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてののみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。
(区分の新設)	(新設)	老人処置（1日につき） 12点 注1 老人保健法に規定する医療を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含

項	目	現	行	改	正
					まれるものとする。
(区分の新設)		(新設)	→		老人精神病棟等処置料（1日につき） 15点 注1 老人保健法に規定する医療を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。） (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。
(区分の新設)		(新設)	→		爪甲除去（麻酔を要しないもの） 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	→ 穿刺排膿後薬液注入 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
(区分の新設)	(新設)	→ 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置 (1日につき) 45点
ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき) (点数の見直し及び注の新設)	1 持続的吸引を行うもの 42点 (新設)	→ 1 持続的吸引を行うもの 45点 → 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
脳室穿刺 (注の変更)	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	→ 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
後頭下穿刺 (注の変更)	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	→ 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
腰椎穿刺 (区分の見直し) (注の変更)	腰椎穿刺 注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	→ 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
胸腔穿刺 (洗浄、注入及び排液を含む。) (注の新設)	(新設)	→ 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
腹腔穿刺 (人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。) (注の新設)	(新設)	→ 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点
骨髓穿刺 (注の新設)	(新設)	→ 注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

項 目	現 行	改 正
腎嚢胞又は水腎症穿刺 (注の変更)	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
エタノールの局所注入 (注の変更)	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。 注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。	注 甲状腺又は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。 (削除)
(区分の新設)	(新設)	リンパ管腫局所注入 1,000点
喀痰吸引(1日につき) (注の変更)	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	注2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	内視鏡下気管支分泌物吸引 (1日につき) 120点
(区分の新設)	(新設)	干渉低周波去痰器による喀痰排出 48点 注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼

項 目	現 行	改 正
		吸の所定点数に含まれるものとする。 2 6歳未満の乳幼児の場合は、75点を加算する。 3 区分番号C103、C107、C109又はC112に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。
(区分の新設)	(新設)	→ 胸腔内出血排除 (非開胸的) (開始日) 550点
高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 (注の新設：点数の変更)	42点 (新設)	→ 45点 注 3歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 腰椎麻酔下直腸内異物除去 45点
(区分の新設)	(新設)	→ 腸内ガス排気処置 (開腹手術後) 45点
酸素吸入 (1日につき) (注の移動)	注3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	→ (第2節 酸素加算へ移動)
(区分の新設)	(新設)	→ 突発性難聴に対する酸素療法 (1日につき) 65点
酸素テント (1日につき) (注の移動)	注2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で	→ (第2節 酸素加算へ移動)

項 目	現 行	改 正
間歇的陽圧吸入法（１日につき） （注の移動）	除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
	注 2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	→ （第 2 節 酸素加算へ移動）
鼻マスク式補助換気法（１日につき） （注の移動）	注 2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	→ （第 2 節 酸素加算へ移動）
（区分の新設）	（新設）	→ 体外式陰圧人工呼吸（１日につき） 160点 注 1 体外式陰圧人工呼吸と同時に進行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正
		2: 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。
高気圧酸素治療（1日につき） （注の移動）	注 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	→（第2節 酸素加算へ移動）
インキュベーター （注の移動）	注1 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	→（第2節 酸素加算へ移動）
（区分の新設） 非還納性ヘルニア徒手整復法 （注の新設）	（新設） （新設）	→ 減圧タンク療法 260点 → 注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、それぞれ100点又は50点を加算する。
人工腎臓（1日につき） （点数の見直し：注の変更）	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	→ 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

項 目	現 行	改 正
	1,960点 2 その他の場合 1,590点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に500点を加算する。 2 導入期1月に限り1回につき300点を加算する。 6 1の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤及び生理食塩水の費用は所定点数に含まれるものとする。	2,250点 2 その他の場合 1,590点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に300点を加算する。 2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。 6 1の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。
(区分の新設)	(新設)	持続緩徐式血液濾過 (1日につき) 1,990点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に300点を加算する。 2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。
腹膜灌流 (1日につき) (注の変更)	1 連続携帯式腹膜灌流 注1 連続携帯式腹膜灌流用腹腔内留置カテーテルを装着した場合は、1,300点を加算する。	(削除)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	→ 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法 (1日につき) 400点
気管内洗浄 (注の見直し)	注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	→ 注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
胃洗浄 (注の新設)	(新設)	→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
(皮膚科処置) 皮膚科軟膏処置 (点数の変更)	1 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの 42点 2 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの 49点 3 1肢又はこれに準ずる範囲のもの 75点 4 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの 140点 5 身体の大部にわたる範囲のもの 250点	→ 1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 75点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 140点 5 6,000平方センチメートル以上 250点
皮膚レーザー照射療法 (一連につき) (注の見直し)	注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、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。	→ 注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。
いぼ焼灼法	1 3か所以下 200点 2 4か所以上 250点	→ 1 3箇所以下 200点 2 4箇所以上 250点
(区分の新設)	(新設)	→ イオントフォレーゼ 200点
(区分の新設)	(新設)	→ 臍肉芽腫切除術 200点
いぼ冷凍凝固法	1 3か所以下 200点 2 4か所以上 250点	→ 1 3箇所以下 200点 2 4箇所以上 250点

項 目	現 行	改 正
軟属腫摘除 (項目の変更)	100点	1 10箇所未満 100点 2 10箇所以上30箇所未満 200点 3 30箇所以上 300点
鶏眼・胼胝処置 (点数の見直し) (注の新設)	170点 (新設)	100点 注 月1回に限り算定する。
(区分の新設)	(新設)	血腫、膿腫穿刺 80点
(区分の新設)	(新設)	後部尿道洗浄(ウルツマン) (1日につき) 60点
留置カテーテル設置 (点数の見直し)	50点	40点
導尿 (尿道拡張を要するもの) (点数の見直し)	50点	40点
(区分の新設)	(新設)	タイダル自動膀胱洗浄 (1日につき) 180点
干渉低周波による膀胱等刺激法 (点数の見直し)	42点	45点
(区分の新設)	(新設)	冷却痔処置 50点
腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) (点数の見直し)	42点	47点
子宮頸管内への薬物挿入法 (点数の見直し)	42点	45点
子宮出血止血法 (点数の見直し)	2 分娩外のもの 42点	45点
子宮頸管拡張及び分娩誘発法 (項目の削除)	3 金属拡張器(ヘガール) 180点 5 頸管ブジー法 340点	3 金属拡張器(ヘガール等) 180点 (削除)
胎盤圧出法 (点数の見直し)	42点	45点
クリステル胎児圧出法 (点数の見直し)	42点	45点
(眼科処置) (区分の新設)	(新設)	義眼処置 25点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

項 目	現 行	改 正
前房穿開又は前房穿刺 （前房内注入を含む。） （区分の見直し）		→ 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）
霰粒腫の穿刺 （点数の見直し）	42点	→ 45点
睫毛拔去 （多数） （区分の再編）	31点	→ 睫毛拔去 1 少数の場合 25点 注 入院中の患者以外の患者についてのみに算定する。 2 多数の場合 45点
鼻涙管ブジー法 （点数の見直し） （区分の新設）	42点 (新設)	→ 45点 → 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 45点
涙嚢ブジー法 （洗浄を含む。） （耳鼻咽喉科処置）	42点	→ 45点
耳処置 （点耳、耳浴、耳洗浄、簡単な耳垢栓除去及び片耳帯を含む。） （区分の見直し）		→ 耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む。）
（区分の新設）	(新設)	→ 鼓室処置 （片側） 55点 注 1 入院中の患者以外の患者についてのみに算定する。 2 鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。
耳管処置 （耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）（片側） （区分の再編）	18点	→ 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。） 1 カテーテルによる耳管通気法（片側） 27点 2 ポリツツェル球による耳管通気法 18点
（区分の新設）	(新設)	→ 扁桃処置 40点
喉頭処置 （喉頭注入及び口腔、咽頭処置を含む。） （区分の見直し） （点数の見直し）	15点	→ 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 27点

項 目	現 行	改 正
副鼻腔手術後の処置 (片側) (点数の見直し)	42点	→ 45点
副鼻腔洗浄 (注入を含む。)(片側) (区分の見直し)		→ 副鼻腔洗浄又は吸引 (注入を含む。)(片側)
腺窩(陰窩)洗浄 (片側) (区分の削除)	20点	→ (削除)
鼓室洗浄 (区分の削除)	42点	→ (削除)
咽喉頭電気焼灼法 (区分の削除)	30点	→ (削除)
耳管ブジー法 (通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。)(片側) (点数の見直し)	42点	→ 45点
唾液腺管ブジー法 (片側) (点数の見直し)	42点	→ 45点
(整形外科的処置)		
関節穿刺 (片側) (注の新設)	(新設)	→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 粘(滑)液嚢穿刺注入 (片側) 80点
(区分の新設)	(新設)	→ ガングリオン穿刺術 80点
(区分の新設)	(新設)	→ ガングリオン圧碎法 80点
鋼線等による直達牽引 (2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所を1日につき) (注の変更)	注1 新生児又は乳児に対して行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。	→ 注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に50点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 矯正固定 35点 注 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算定する。
(区分の新設)	(新設)	→ 変形機械矯正術 35点 注 消炎鎮痛等処置を併せ

項 目	現 行	改 正
		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算定する。
消炎鎮痛等処置（1日につき） （注の見直し）	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。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	（削除）
（区分の新設）	（新設）	→ 腰部又は胸部固定帯固定 35点
（区分の新設）	（新設）	→ 低出力レーザー照射 35点
（区分の新設）	（新設）	→ 肛門処置 24点
滋養浣腸 （点数の見直し）	42点	→ 45点
（ギプス） （通則の見直し）	既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定し、区分番号J123からJ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数に所定点数の100分の20に相当する点数を加算した点数を算定する。	→ 1 既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。 2 区分番号J123からJ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を加算した点数を所定点数に加算する。 3 3歳未満の乳幼児に対

項 目	現 行	改 正
		して区分番号 J 122 から J 129-4 までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。
(区分の新設)	(新設)	練習用仮義足又は仮義手 1 義肢装具採型法（四肢切断の場合） 700点 2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合） 1,050点
(区分の新設)	(新設)	義肢装具採寸法 200点
(区分の新設)	(新設)	治療装具採型法 700点
(節の新設)	(新設)	第 2 節 処置医療機器等加算
(区分の新設)	(新設)	腰部固定帯加算 (初回のみ) 170点
(区分の新設)	(新設)	酸素加算 注 1 区分番号 J 024 から J 028 まで及び J 045 に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。 2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
第 2 節 薬剤料		第 3 節 薬剤料
第 3 節 特定保険医療材料料		第 4 節 特定保険医療材料料

項 目	現 行	改 正
第10部 手 術 通 則 (注：第3節の新設)	2 手術に当たって、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節若しくは第4節の各区分又は区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。	2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。
(注：新規手術の施設基準の追加)	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。	4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K514-4、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K768及びK843-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(注：手術の加算、減算の廃止)	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	5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K

項 目	現 行	改 正
	K171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、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る場合は、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	169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-2、K497、K498、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1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る場合に限り算定する。

項 目	現 行	改 正
(注：手術の加算、減算の廃止（小児））	関において行われる場合は、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。 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る場合は、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る場合は、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。	6 区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(注：新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対する手術評価の見直し、極低出生体重児に対する手術の評価）	(新設)	7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の

項 目	現 行	改 正
(注：新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対する手術評価の見直し）		2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775並びにK805に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。
	7 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200又は100分の50に相当する点数を加算する。	8 3歳未満の乳幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。
	8 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K379、K394、K410、K412、K415の2、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K	9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びに

項 目	現 行	改 正
	458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。	K463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。
(第3節特定医療機器加算の新設による見直し)	9 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。	(第3節へ移動)
(第3節特定医療機器加算の新設による見直し)	10 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置を使用した場合は、所定点数に2,000点を加算する。	(第3節へ移動)
	13 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診	12 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数

項 目	現 行	改 正
	料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注5のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。	により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注4のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

項 目	現 行	改 正
第1節 手術料 第1款 皮膚・皮下組織 (皮膚、皮下組織) 創傷処理 (注の変更)	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り所定点数に460点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	小児創傷処理 (6歳未満) 1 筋肉、臓器に達するもの (長径2.5センチメートル未満) 1,250点 2 筋肉、臓器に達するもの (長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) 1,400点 3 筋肉、臓器に達するもの (長径5センチメートル以上10センチメートル未満) 1,850点 4 筋肉、臓器に達するもの (長径10センチメートル以上) 2,200点 5 筋肉、臓器に達しないもの (長径2.5センチメートル未満) 450点 6 筋肉、臓器に達しないもの (長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) 500点 7 筋肉、臓器に達しないもの (長径5センチメートル以上10センチメートル未満) 950点 8 筋肉、臓器に達しないもの (長径10センチメートル以上) 1,450点 注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。 2 真皮縫合を伴う縫合

項 目	現 行	改 正
		閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り所定点数に460点を加算する。 3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。
デブリードマン (項目の変更)	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点 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点 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点	1 100平方センチメートル未満 1,020点 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 2,300点 3 3,000平方センチメートル以上 3,700点
(区分の新設)	(新設)	鶏眼・胼胝切除後縫合（露出部） 1 長径2センチメートル未満 1,660点 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 3,670点 3 長径4センチメートル以上 4,360点
(区分の新設)	(新設)	鶏眼・胼胝切除後縫合（露出部以外） 1 長径3センチメートル未満 1,280点 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 3,230点 3 長径6センチメートル以上 4,160点

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2,050点 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3,230点 3 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4,160点
腋臭症手術 (項目の見直し)	1 皮弁法 5,730点 2 その他のもの 1,660点	1 皮弁法 5,730点 2 皮膚有毛部切除術 3,000点 3 その他のもの 1,660点
顔面神経麻痺形成手術 1 静的なもの 2 動的なもの	14,000点 24,800点	14,700点 26,000点
全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部以外の部位) (区分の見直し)	全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部以外の部位)	(削除)
全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部) (区分の見直し)	全層、分層植皮術(露出部・粘膜部・関節部) 1 25平方センチメートル未満 6,070点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 8,270点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 15,400点 4 200平方センチメートル以上 21,300点	全層、分層植皮術 1 25平方センチメートル未満 5,880点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 8,000点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 14,400点 4 200平方センチメートル以上 20,600点
皮膚移植術 (点数の見直し)	4,410点	4,700点
自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) (点数の見直し)	44,000点	46,200点

項 目	現 行	改 正
粘膜移植術 (項目の追加)	5,010点	1 4平方センチメートル未満 5,010点 2 4平方センチメートル以上 5,500点
第2款 筋骨格系・四肢・体幹 (区分の新設)	(新設)	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症) 16,700点
四肢軟部腫瘍摘出術 (区分の見直し)	四肢軟部腫瘍摘出術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿 6,060点 2 手、足 3,750点	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 6,060点 2 手、足 3,750点
四肢軟部悪性腫瘍手術 (区分の見直し)	四肢軟部悪性腫瘍手術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿 12,200点 2 手、足 10,200点	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 12,200点 2 手、足 10,200点
(区分の新設)	(新設)	アキレス腱断裂手術 6,700点
(区分の新設)	(新設)	骨関節結核瘻孔摘出術 1 肩甲骨、上腕、大腿 8,580点 2 前腕、下腿 5,150点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足 その他 3,590点
(区分の新設)	(新設)	骨髓炎・骨結核出術 1 肩甲骨、上腕、大腿 8,580点 2 前腕、下腿 5,150点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足 その他 3,590点
骨折観血的手術 (注の見直し)	注 開放骨折、関節内骨折又は粉碎骨折に対し創外固定器を用いた場合は、10,000点を加算する。	(第3節へ移動)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	→ 中手骨又は中足骨摘除術 (2本以上) 3,970点
(区分の新設)	(新設)	→ 多発性軟骨性外骨腫摘出術 1 肩甲骨、上腕、大腿 10,300点 2 前腕、下腿 7,210点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 3,340点
骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,300点 16,900点 11,000点	→ 19,200点 17,700点 11,600点
変形性股関節症手術(骨切り、白蓋形成を伴うもの) (項目の見直し)	変形性股関節症手術(骨切り、白蓋形成を伴うもの)	→ (削除)
(区分の新設)	(新設)	→ 大腿骨頭回転骨切り術 30,000点
(区分の新設)	(新設)	→ 大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術 25,000点
偽関節手術 (項目の見直し)	1 肩甲骨、上腕、大腿 16,900点 2 前腕、下腿 15,400点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 8,580点	→ 1 肩甲骨、上腕、大腿 16,900点 2 前腕、下腿、手舟状骨 15,400点 3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 8,580点
骨長調整手術 (注の見直し)	注 骨延長術に際し、創外固定器を使用した場合は、10,000点を加算する。	→ (第3節へ移動)
骨移植術(軟骨移植術を含む。) (項目の見直し)	1 自家骨移植 9,160点 2 自家骨移植以外 7,920点	→ 1 自家骨移植 9,160点 2 同種骨移植 7,920点
(区分の新設)	(新設)	→ 肩甲関節周囲沈着石灰摘出

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	術 2,770点 化膿性関節炎・結核性関節炎清掃術 1 肩、股、膝 15,400点 2 胸鎖、肘、手、足 10,100点 3 肩鎖、指(手、足) 3,330点
先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側) (項目の見直し)	2,270点	1 リーメンビューゲル法 1,580点 2 その他 2,270点
関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下によるものを含む。) (区分の見直し)	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点 2 胸鎖、肘、手、足 4,800点 3 肩鎖、指(手、足) 3,190点	関節内異物(挿入物)除去術 1 肩、股、膝 7,350点 2 胸鎖、肘、手、足 4,600点 3 肩鎖、指(手、足) 2,950点
(区分の新設)	(新設)	関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下) 1 肩、股、膝 11,700点 2 胸鎖、肘、手、足 7,900点 3 肩鎖、指(手、足) 6,100点
関節滑膜切除術(関節鏡下によるものを含む。) (区分の見直し)	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点 2 胸鎖、肘、手、足 10,100点 3 肩鎖、指(手、足) 6,720点	関節滑膜切除術 1 肩、股、膝 10,500点 2 胸鎖、肘、手、足 9,800点 3 肩鎖、指(手、足) 6,500点

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	関節滑膜切除術(関節鏡下) 1 肩、股、膝 13,800点 2 胸鎖、肘、手、足 13,100点 3 肩鎖、指(手、足) 9,500点
(区分の新設)	(新設) →	滑液膜摘出術 1 肩、股、膝 10,500点 2 胸鎖、肘、手、足 9,800点 3 肩鎖、指(手、足) 6,500点
(区分の新設)	(新設) →	滑液膜摘出術(関節鏡下) 1 肩、股、膝 13,800点 2 胸鎖、肘、手、足 13,100点 3 肩鎖、指(手、足) 9,500点
(区分の新設)	(新設) →	膝蓋骨滑液囊切除 9,800点
(区分の新設)	(新設) →	膝蓋骨滑液囊切除(関節鏡下) 13,100点
(区分の新設)	(新設) →	掌指関節滑膜切除術 6,500点
(区分の新設)	(新設) →	掌指関節滑膜切除術(関節鏡下) 9,500点
関節鼠摘出手術(関節鏡下によるものを含む。) (区分の見直し)	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点 2 胸鎖、肘、手、足 8,980点 3 肩鎖、指(手、足) 4,260点	関節鼠摘出手術 1 肩、股、膝 10,000点 2 胸鎖、肘、手、足 8,680点 3 肩鎖、指(手、足) 3,970点
(区分の新設)	(新設) →	関節鼠摘出手術(関節鏡下) 1 肩、股、膝 14,100点 2 胸鎖、肘、手、足 11,300点

項 目	現 行	改 正
		3 肩鎖、指（手、足） 7,100点
半月板切除術（関節鏡下によるものを含む。） （区分の見直し）	半月板切除術（関節鏡下によるものを含む。） 9,100点	→ 半月板切除術 8,800点
（区分の新設）	（新設）	→ 半月板切除術（関節鏡下） 11,100点
半月板縫合術（関節鏡下によるものを含む。） （点数の見直し）	半月板縫合術（関節鏡下によるものを含む。） 10,000点	→ 半月板縫合術 9,800点
関節鏡下三角線維軟骨複合体 切除術・縫合術 （点数の見直し） （区分の新設）	11,200点 （新設）	→ 9,000点 → 半月板縫合術（関節鏡下） 12,700点
靱帯断裂縫合術（関節鏡下によるものを含む。） （区分の見直し）	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点 2 膝側副靱帯 10,200点 3 指（手、足）その他の靱帯 6,750点	→ 靱帯断裂縫合術 1 十字靱帯 10,100点 2 膝側副靱帯 9,800点 3 指（手、足）その他の靱帯 6,450点
（区分の新設）	（新設）	→ 靱帯断裂縫合術（関節鏡下） 1 十字靱帯 13,000点 2 膝側副靱帯 12,700点 3 指（手、足）その他の靱帯 9,300点
観血的関節授動術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足） （点数の見直し）	25,200点 16,100点 6,200点	→ 26,500点 16,900点 6,510点
靱帯断裂形成手術（関節鏡下によるものを含む。） （区分の見直し）	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 18,200点 2 膝側副靱帯 11,200点 3 指（手、足）その他の	→ 靱帯断裂形成手術 1 十字靱帯 18,700点 2 膝側副靱帯 11,500点 3 指（手、足）その他の

項 目	現 行	改 正
	靱帯 9,400点	靱帯 9,680点
(区分の新設)	(新設) →	靱帯断裂形成手術 (関節鏡下) 1 十字靱帯 20,800点 2 膝側副靱帯 13,500点 3 指 (手、足) その他の靱帯 11,900点
内反足手術 (点数の見直し)	16,800点 →	17,600点
人工骨頭挿入術 (項目の見直し)	1 肩、股、膝 15,600点 2 胸鎖、肘、手、足 11,600点 3 肩鎖、指 (手、足) 5,370点	1 肩、股 15,000点 2 肘、手、足 11,600点 3 指 (手、足) 5,370点
人工関節置換術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指 (手、足) (点数の見直し) (注の変更)	22,500点 16,700点 7,500点 注 再置換の場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	22,300点 17,500点 7,880点 (削除)
(区分の新設)	(新設) →	人工関節再置換術 1 肩、股、膝 33,900点 2 胸鎖、肘、手、足 26,300点 3 肩鎖、指 (手、足) 11,800点
(区分の新設)	(新設) →	内反足足板挺子固定 2,030点 注 介達牽引又は消炎鎮痛等処置と併せて行った場合は、内反足足板挺子固定の所定点数のみにより算定する。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設) 療疽手術 (区分の名称の見直し)	(新設) 療疽手術	肩甲帯離断術 21,600点 ひょう疽手術
(区分の新設) 茎状突起管開放手術 (区分の見直し)	(新設) 1,660点	風棘手術 990点 (削除)
手根管開放手術(関節鏡下によるものを含む。) (区分の見直し)	手根管開放手術(関節鏡下によるものを含む。) 4,290点	手根管開放手術 4,110点
(区分の新設)	(新設)	手根管開放手術(関節鏡下) 7,100点
(区分の新設)	(新設)	指癒着症手術 1 軟部形成のみのもの 5,630点 2 骨関節、腱の形成を要するもの 8,230点
母指化手術 (点数の見直し)	15,800点	16,600点
指移植手術 (点数の見直し)	40,500点	42,500点
神経血管柄付植皮術(手・足) (点数の見直し)	20,100点	21,100点
第四足指短縮症手術、第一足指外反症矯正手術 (区分の見直し)	第四足指短縮症手術、第一足指外反症矯正手術 9,060点	第四足指短縮症手術 9,060点
(区分の新設)	(新設)	第一足指外反症矯正手術 9,060点
(区分の新設)	(新設)	頸椎非観血的整復術 1,980点
(区分の新設)	(新設)	椎間板ヘルニア徒手整復術 1,980点
脊椎脱臼観血的手術 (区分の見直し)	脊椎脱臼観血的手術 18,900点	脊椎・骨盤脱臼観血的手術 18,900点
椎弓切除術 (注の見直し)	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に	注 3以上の椎弓について手術を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	相当する点数を限度とする。	
椎弓形成手術 (注の見直し)	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。	内視鏡下椎弓切除術 12,100点 注 3以上の椎弓について手術を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。
(区分の新設)	(新設)	内視鏡下椎間板摘出(切除)術 1 前方摘出術 33,600点 2 後方摘出術 17,200点
脊椎、骨盤悪性腫瘍手術 (点数の見直し)	29,600点	31,100点
骨盤半切断術 (区分の見直し)	骨盤半切断術 32,900点	骨盤切断術 32,900点
(区分の新設)	(新設)	寛骨臼移動術 28,000点
脊椎固定術 (項目の見直し)	1 椎体に達するもの 34,800点 2 椎体に達しないもの 25,100点	1 前方椎体固定34,800点 2 後方又は後側方固定 25,100点 3 後方椎体固定34,800点 4 前方後方同時固定 50,000点
(注の変更)	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数の100分の50に	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに1にあつては17,400点、

項 目	現 行	改 正
	相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。	2 にあつては12,550点、 3 にあつては17,400点、 4 にあつては25,000点を加算する。ただし、加算点数は1 にあつては69,600点、2 にあつては50,200点、3 にあつては69,600点、4 にあつては100,000点を限度とする。
(区分の新設)	(新設)	→ 脊椎側彎症手術 34,800点 注 椎間が2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に17,400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする。
(区分の新設)	(新設)	→ 内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定） 45,300点 注 椎間が2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に22,600点を加算する。ただし、加算点数は90,400点を限度とする。
第3款 神経系・頭蓋		
穿頭術後脳室ドレナージ (区分の見直し)	穿頭術後脳室ドレナージ 1,940点	→ 穿頭脳室ドレナージ 1,940点
脳くも膜癒着剝離術 (区分の見直し)	脳くも膜癒着剝離術	→ (削除)
広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 (点数の見直し)	97,100点	→ 102,000点
(区分の新設)	(新設)	→ 耳科的硬脳膜外膿瘍切開術 29,300点
定位脳手術	定位脳手術 25,000点	→ 機能的定位脳手術 1 片側の場合 26,300点 2 両側の場合 35,000点
顕微鏡使用によるてんかん手	55,700点	→ 58,500点

項 目	現 行	改 正
術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術） （点数の見直し） （区分の新設）	（新設） 21,900点	顔面神経管開放術26,000点 23,000点
脳神経手術（開頭して行うもの） （点数の見直し） （区分の新設）	（新設） （新設）	頭蓋内微小血管減圧術 23,000点 脳血管塞栓（血栓）摘出術 24,400点
頭蓋内腫瘍摘出術 （点数の見直し）	31,300点	32,900点
頭蓋内腫瘍摘出術 1 松果体部腫瘍 2 その他のもの （点数の見直し）	81,000点 79,300点	83,500点 82,000点
経耳的聴神経腫瘍摘出術 （点数の見直し）	48,300点	50,700点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術 （点数の見直し）	45,300点	50,700点
硬脳膜血管結紮術 （区分の見直し）	硬脳膜血管結紮術	（削除）
水頭症手術 （点数の見直し）	水頭症手術 1 脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの） 20,800点 2 シャント手術17,800点	水頭症手術 1 脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの） 21,800点 2 シャント手術18,700点
（区分の新設）	（新設）	髄液シャント抜去術 1,680点
脳動脈瘤被包術 1 1箇所 2 2箇所以上 （点数の見直し）	40,200点 53,100点	42,200点 55,800点
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 2 2箇所以上	42,300点 58,400点	44,400点 61,300点
脳動脈瘤頸部クリッピング 1 1箇所	68,300点	70,500点

項 目	現 行	改 正
2 2箇所以上 (点数の見直し)	80,100点	84,100点
脳血管内手術 (点数の見直し)(注の追加)	32,700点 (新設)	40,900点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
経皮的脳血管形成術 (点数の見直し)	21,000点	22,100点
選択的脳血栓・塞栓溶解術 (注の新設)	(新設)	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術 (項目の見直し)	脳刺激装置植込術、頭蓋内電極植込術 24,500点	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む) 1 片側の場合 26,300点 2 両側の場合 35,000点
(区分の新設)	(新設)	頭蓋内電極抜去 9,380点
(区分の新設)	(新設)	神経交差縫合術 1 指(手、足) 20,600点 2 その他のもの 25,400点
脊髄刺激装置植込術 (点数の見直し)	17,000点	17,900点
(区分の新設)	(新設)	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置 15,000点
(区分の新設)	(新設)	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術 3,000点
(区分の新設)	(新設)	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填 320点 注 3月に1回に限り算定する。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	レックリングハウゼン病偽 神経腫切除術(露出部) 1 長径2センチメートル 未満 1,660点 2 長径2センチメートル 以上4センチメートル未 満 3,670点 3 長径4センチメートル 以上 4,360点
(区分の新設)	(新設) →	レックリングハウゼン病偽 神経腫切除術(露出部以外) 1 長径3センチメートル 未満 1,280点 2 長径3センチメートル 以上6センチメートル未 満 3,230点 3 長径6センチメートル 以上 4,160点
(区分の新設)	(新設) →	横隔神経麻痺術 4,410点
(区分の新設)	(新設) →	眼窩下孔部神経切断術 4,410点
(区分の新設)	(新設) →	おとがい孔部神経切断術 4,410点
(区分の新設)	(新設) →	尾動脈腺摘出術 6,170点
胸腔鏡下交感神経節切除術 (区分の見直し)	胸腔鏡下交感神経節切除術 15,400点	胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側) 18,500点
(区分の新設)	(新設) →	ストッフエル手術 9,610点
(区分の新設)	(新設) →	閉鎖神経切除術 9,610点
(区分の新設)	(新設) →	末梢神経遮断(挫滅又は切 断)術(浅腓骨神経、深腓 骨神経、後脛骨神経又は腓 腹神経に限る。) 9,610点
第4款 眼 (涙嚢、涙管) (名称の変更)	(涙嚢、涙管)	(涙道)
涙点切開術、涙点閉鎖術、涙 小管拡大術 (区分の見直し)	涙点切開術、涙点閉鎖術、 涙小管拡大術 550点	涙点、涙小管形成術 550点

項 目	現 行	改 正
涙管シリコンチューブ挿入術 (区分の見直し)	涙管シリコンチューブ挿入術 1,810点	涙管チューブ挿入術 1,810点
涙嚢鼻腔吻合術 (点数の見直し)	13,800点	14,500点
(区分の新設)	(新設)	外眥切開術 470点
瞼板切除術 (区分の見直し)	瞼板切除術 1,580点	瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出) 1,580点
結膜結石除去術 (1 眼瞼ごと) (区分の見直し)	結膜結石除去術 (1 眼瞼ごと) 260点	結膜結石除去術 1 少数のもの (1 眼瞼ごと) 260点 2 多数のもの 390点
(区分の新設)	(新設)	内眥形成術 8,580点
翼状片手術 (項目の変更)	翼状片手術 1 弁の移植を要するもの 4,380点 2 その他のもの 1,980点	翼状片手術 (弁の移植を要するもの) 4,130点
(区分の新設)	(新設)	結膜肉芽腫摘除術 800点
眼窩変形治癒骨折矯正術 (区分の見直し)	眼窩変形治癒骨折矯正術 15,300点	眼窩骨折整復術 13,600点
眼窩内異物除去術 (表在性) (点数の見直し)	5,400点	5,670点
眼窩内異物除去術 (深在性) 1 視神経周囲、眼窩尖端 2 その他 (点数の見直し)	12,200点 7,500点	12,800点 7,880点
涙腺摘出術 (切除を含む。) (区分の見直し)	涙腺摘出術 (切除を含む。)	(削除)
眼窩涙腺腫瘍摘出 (切除) 術 (区分の見直し)	眼窩涙腺腫瘍摘出 (切除) 術	(削除)
眼窩内腫瘍摘出術 (表在性) (点数の見直し)	4,400点	4,520点
眼窩内腫瘍摘出術 (深在性) 1 視神経周囲、眼窩尖端 2 その他 (項目の見直し)	眼窩内腫瘍摘出術 (深在性) 1 視神経周囲、眼窩尖端 23,100点 2 その他 15,300点	眼窩内腫瘍摘出術 (深在性) 20,100点
眼窩悪性腫瘍手術 (点数の見直し)	23,600点	24,800点

項 目	現 行	改 正
眼球内異物摘出術（硝子体内異物摘出を含む。） （区分の見直し）	眼球内異物摘出術（硝子体内異物摘出を含む。）	→ （削除）
眼筋移植術 （区分の見直し）	眼筋移植術 11,800点	→ 眼筋移動術 12,400点
角膜強膜縫合術 （区分の見直し）	角膜強膜縫合術 2,980点	→ 角膜・強膜縫合術 2,980点
角膜縫合術、強膜縫合術、結膜強膜縫合術 （区分の見直し）	角膜縫合術、強膜縫合術、結膜強膜縫合術	→ （削除）
角膜パンス手術（角膜パンス冷凍凝固術を含む。） （区分の見直し）	角膜パンス手術（角膜パンス冷凍凝固術を含む。） 980点	→ 角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。） 980点
（区分の新設）	（新設）	→ 顕微鏡下角膜抜糸術 980点
強膜異物除去術 （区分の見直し）	強膜異物除去術 650点	→ 角膜・強膜異物除去術 650点
角膜異物除去術 （区分の見直し）	角膜異物除去術	→ （削除）
ぶどう腫縮小術 （区分の見直し）	ぶどう腫縮小術	→ （削除）
角膜移植術 （点数の見直し）	29,100点	→ 30,600点
角膜点墨染色術 （区分の見直し）	角膜点墨染色術	→ （削除）
虹彩癒着剝離術 （区分の見直し）	虹彩癒着剝離術	→ （削除）
光学的虹彩切除術 （区分の見直し）	光学的虹彩切除術	→ （削除）
毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 （点数の見直し）	11,300点	→ 11,900点
虹彩離断術 （区分の見直し）	虹彩離断術	→ （削除）
緑内障手術 （項目の見直し）	1 虹彩切除術、毛様体ジアテルミー 4,740点 2 毛様体剝離術、虹彩装置術、円鋸術、シェイ手術 5,080点 3 隅角切開術、隅角穿刺術 6,460点 4 洞切開術（シュレム管	→ 1 虹彩切除術 4,740点 2 流出路再建術、濾過手術 14,200点

項 目	現 行	改 正
	開放術) 10,100点 5 線維柱帯切断術、線維柱帯切除術、絨毛様体扁平部濾過手術 14,700点	
瞳孔形成術 (区分の見直し)	瞳孔形成術 4,910点	虹彩修復後・瞳孔形成術 4,700点
前房、虹彩内異物除去術 (マグネットを使用するもの) (区分の見直し)	前房、虹彩内異物除去術 (マグネットを使用するもの) 5,200点	前房、虹彩内異物除去術 6,050点
黄斑下手術 (点数の見直し)	37,700点	39,600点
硝子体吸引術 (区分の見直し)	硝子体吸引術 1,900点	硝子体注入・吸引術 1,900点
硝子体切除術 (項目の見直し)	硝子体切除術 1 前部の場合 11,000点 2 深部の場合 19,400点	硝子体切除術 11,000点
硝子体基頭顕微鏡下離断術 1 網膜付着組織を含むもの 2 その他のもの (点数の見直し)	23,300点 19,500点	24,500点 20,500点
増殖性硝子体網膜症手術 (点数の見直し)	36,800点	38,600点
白内障手術 眼内レンズ挿入術 (区分の見直し)	白内障手術 1 後発切開術 1,510点 2 嚢内摘出術 7,430点 3 吸引術 4,910点 4 超音波摘出術 7,430点 5 嚢外摘出術 (後嚢研磨を含む。) 7,430点 6 絨毛様体扁平部水晶体摘出術 7,430点 眼内レンズ挿入術 8,350点	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 12,100点 2 眼内レンズを挿入しない場合 7,430点
後発白内障後嚢研磨術 (区分の見直し)	後発白内障後嚢研磨術 1,880点	後発白内障手術 1,520点
第5款 耳鼻咽喉 (区分の新設)	(新設)	外耳道骨腫切除術 5,900点
鼓膜切開術	注 イオントフォーレーゼを	(第3節へ移動)

項 目	現 行	改 正
(注の見直し)	使用した場合は、45点を加算する。	
錐体尖端部手術 (区分の見直し)	錐体尖端部手術 19,600点	錐体部手術 19,600点
鼓膜癒着症手術 (区分の見直し)	鼓膜癒着症手術	(削除)
(区分の新設)	(新設)	耳管狭窄ビニール管挿入 1,090点
鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術 (注の見直し)	注 イオントフォレーゼを使用した場合は、45点を加算する。	(第3節へ移動)
鼓膜中耳肉芽切除術 (区分の見直し)	鼓膜中耳肉芽切除術 2,320点	鼓膜鼓室肉芽切除術 2,320点
鼓室形成手術 (点数の見直し)	31,300点	32,900点
経迷路的内耳道開放術 (点数の見直し)	35,000点	36,800点
内耳窓閉鎖術 (点数の見直し)	16,500点	17,300点
(区分の新設)	(新設)	下甲介粘膜焼灼術 900点
萎縮性鼻炎粘膜下異物挿入術 (区分の新設)	2,600点 (新設)	(削除) 鼻骨脱臼整復術 1,640点
(区分の新設)	(新設)	鼻骨骨折徒手整復術 1,640点
(区分の新設)	(新設)	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。) 2,110点
(区分の新設)	(新設)	上顎洞鼻外手術 2,110点
(区分の新設)	(新設)	鼻甲介切除術(高周波電気凝固法によるもの) 900点
(区分の新設)	(新設)	出血性鼻茸摘出術 5,280点
鼻副鼻腔悪性腫瘍手術		
1 切除	16,200点	17,000点
2 全摘 (点数の見直し)	33,000点	34,700点
(副鼻腔) (注の見直し)	区分番号K348から区分番号K366までに掲げる手術において、内視鏡下により行った場合は、それぞれの所定点数に1,000点を加算する。	(第3節へ移動)

項 目	現 行	改 正
試験上顎洞開窓術 (区分の見直し)	試験上顎洞開窓術 →	(削除)
鼻内上顎洞開窓術 (区分の見直し)	鼻内上顎洞開窓術 2,090点 →	上顎洞開窓術 2,000点
(区分の新設)	(新設) →	鼻内上顎洞根本手術 5,120点
(区分の新設)	(新設) →	副鼻腔炎術後後出血止血法 5,120点
鼻内前頭洞手術 (注の追加)	(新設) →	注 自家腸骨片を充填した 場合は3,150点を加算す る。
副鼻腔骨形成手術 (区分の見直し)	副鼻腔骨形成手術 →	(削除)
(区分の新設)	(新設) →	上咽頭ポリープ摘出術 1 経口腔によるもの 3,430点 2 経鼻腔によるもの 3,890点 3 経副鼻腔によるもの 6,360点 4 外切開によるもの 11,600点
鼻咽腔悪性腫瘍手術 (区分の見直し)	鼻咽腔悪性腫瘍手術 20,400点 →	上咽頭悪性腫瘍手術 21,400点
扁桃悪性腫瘍手術 (区分の見直し)	扁桃悪性腫瘍手術 →	(削除)
(区分の新設)	(新設) →	咽瘻孔閉鎖術 7,550点
(区分の新設)	(新設) →	咽頭粘膜下軟骨片挿入術 11,410点
(区分の新設)	(新設) →	喉頭又は声帯ポリープ切除 術 1 間接喉頭鏡によるもの 2,990点 2 直達喉頭鏡又はファイ バースコープによるもの 4,300点
(区分の新設)	(新設) →	喉頭嚢腫摘出術 2,450点
咽頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸 頭、胸部、腹部等の操作によ る再建を含む)	60,300点 →	63,300点

項 目	現 行	改 正
(点数の見直し) (区分の新設)	(新設)	気管縫合術 1,040点
第6款 顔面・口腔・頸部		
口蓋腫瘍摘出術 (項目の見直し)	6,720点	1 口蓋粘膜に局限するもの 400点 2 口蓋骨に及ぶもの 6,720点
(区分の新設)	(新設)	軟口蓋形成手術 7,800点
舌悪性腫瘍手術 1 切除 2 亜全摘 (点数の見直し)	11,000点 31,300点	11,700点 32,900点
口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 (点数の見直し)	37,700点	39,600点
口唇裂形成手術 (区分の見直し)	口唇裂形成手術 1 口唇のみの場合 7,800点 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 12,200点 3 鼻腔底形成を伴う場合 13,100点	口唇裂形成手術(片側) 1 口唇のみの場合 7,800点 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 12,200点 3 鼻腔底形成を伴う場合 13,100点
(注の見通し)	注 両側を同時に行った場合は、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算した点数で算定する。	(削除)
(区分の新設)	(新設)	口唇裂形成手術(両側) 1 口唇のみの場合 11,700点 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 18,300点 3 鼻腔底形成を伴う場合 19,700点
頬骨変形治療骨折矯正術 (点数の見直し)	17,100点	18,000点
顔面多発骨折観血的手術 (点数の見直し)	16,900点	17,700点

項 目	現 行	改 正
上顎骨悪性腫瘍手術 1 掻爬 2 切除 3 全摘 (点数の見直し)	4,300点 19,600点 30,900点	4,520点 20,600点 32,400点
上顎骨形成術 1 単純な場合 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 (点数の見直し)	11,900点 20,600点	12,500点 21,600点
耳下腺悪性腫瘍手術 1 切除 2 全摘 (点数の見直し)	18,100点 27,300点	19,000点 28,700点
バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉) (点数の見直し)	15,200点	16,000点
上皮小体腺腫過形成手術 1 上皮小体摘出術 2 上皮小体全摘術(一部筋肉移植) (点数の見直し)	9,280点 14,600点	9,280点 20,000点
上皮小体癌手術(広汎) (区分の見直し)	上皮小体癌手術(広汎) 20,000点	上皮小体悪性腫瘍手術(広汎) 20,000点
第7款 胸部 (区分の新設)	(新設)	乳癌冷凍凝固摘出術 6,040点
乳腺悪性腫瘍手術 (項目の変更)	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 20,000点 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点 4 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの 27,100点 5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 16,000点 3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 19,000点 4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む)) 26,600点 5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの

項 目	現 行	改 正
	胸筋切除を併施するもの 22,100点 6 拡大乳房切除術（胸骨 旁、鎖骨上、下窩など郭 清を併施するもの） 33,000点 注 止血用加熱凝固切開装 置を使用した場合は、所 定点数に700点を加算す る。	の 27,100点 6 乳房切除術（腋窩鎖骨 下部郭清を伴うもの）・ 胸筋切除を併施するもの 22,100点 7 拡大乳房切除術（胸骨 旁、鎖骨上、下窩など郭 清を併施するもの） 33,000点 （第3節へ移動）
（区分の新設）	（新設）	乳房の再建術（乳房切除後） 1 一期的に行うもの 21,900点 2 二期的に行うもの 30,000点
肋骨カリエス又は肋骨骨髓炎 手術 胸骨カリエス又は胸骨骨髓炎 手術 （区分の見直し）	肋骨カリエス又は肋骨骨髓 炎手術 5,740点 胸骨カリエス又は胸骨骨髓 炎手術 5,740点	肋骨・胸骨カリエス又は肋 骨骨髓炎手術 5,740点
（区分の新設）	（新設）	流注膿瘍切開搔爬術 6,020点
胸壁悪性腫瘍摘出術 1 胸壁形成手術を併施する もの 23,400点 2 その他のもの 18,600点 （区分の見直し）		24,600点 19,500点
（区分の新設）	（新設）	胸骨悪性腫瘍摘出術 1 胸壁形成手術を併施す るもの 24,600点 2 その他のもの 19,500点
（区分の新設）	（新設）	試験的開胸開腹術 14,600点
胸腔内血腫除去術 （区分の見直し）	胸腔内血腫除去術 14,700点	胸腔内（胸膜内）血腫除去 術 14,700点
胸腔内合成樹脂球摘出術	胸腔内合成樹脂球摘出術	（削除）

項 目	現 行	改 正
(区分の見直し)		
膿胸膜、胸膜肺切除術 1 1肺葉に相当する範囲以内のもの 2 1肺葉に相当する範囲を超えるもの (点数の見直し)	20,700点 24,300点	21,700点 25,500点
膿胸膜、胸膜肺切除術(胸腔鏡下のもの) (区分の見直し)	膿胸膜、胸膜肺切除術(胸腔鏡下のもの) 31,900点	胸腔鏡下膿胸膜又は胸膜肺切除術 40,400点
(区分の新設)	(新設)	胸膜外肺剥皮術 1 1肺葉に相当する範囲以内のもの 21,700点 2 1肺葉に相当する範囲を超えるもの 25,500点
(区分の新設)	(新設)	胸腔鏡下膿胸搔爬術 23,100点
膿胸腔有茎筋肉弁充填術 (点数の見直し)	18,900点	19,800点
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 2 胸膜肺切除を併施するもの (点数の見直し)	21,900点 30,200点	23,000点 31,700点
胸郭形成手術(肺結核手術の場合)	胸郭形成手術(肺結核手術の場合) 1 第1次 9,370点 2 その他のもの 9,370点	胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。) 9,370点
補正胸郭形成手術(肺切除後遺残腔) (区分の見直し)	補正胸郭形成手術(肺切除後遺残腔) 9,180点	
(区分の新設)	(新設)	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術 9,640点
(区分の新設)	(新設)	光線力学療法(早期肺癌(0

項 目	現 行	改 正
		期又は1期)に限る。) 6,700点
肺切除術 (項目の変更)	1 楔状部分切除17,100点 2 区域切除(1肺葉に満たないもの) 34,200点 3 肺葉切除 34,100点 4 複合切除(1肺葉を超えるもの) 31,100点 5 1側肺全摘 35,800点 注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。	1 楔状部分切除18,000点 2 区域切除(1肺葉に満たないもの) 35,900点 3 肺葉切除 35,800点 4 複合切除(1肺葉を超えるもの) 32,700点 5 1側肺全摘 37,600点 6 気管支形成を伴う肺切除 43,500点 (第3節へ移動)
気管支形成を伴う肺切除術 (区分の見直し)	48,000点	(削除)
胸腔鏡下肺切除術 (点数の見直し)	31,700点	37,500点
(区分の新設)	(新設)	胸腔鏡下良性縦郭腫瘍手術 37,500点
(区分の新設)	(新設)	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術 37,500点
(区分の新設)	(新設)	胸腔鏡下肺縫縮術37,500点
肺悪性腫瘍手術		
1 肺葉切除又はこれに満たないもの	1 肺葉切除又はこれに満たないもの 35,100点	1 肺葉切除又はこれに満たないもの 36,900点
2 1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの (項目の見直し)	2 1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの 39,000点	2 1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの 41,000点
(注の変更)	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。	3 気管支形成を伴う肺切除 43,500点 (第3節へ移動)
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (項目の見直し)	55,200点	1 リンパ節郭清を伴わないもの 41,000点 2 リンパ節郭清を伴うもの 58,000点

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	→ 移植用肺採取術 (死体) (両側) 49,800点 注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 同種死体肺移植術 91,800点 注 1 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。 2 両側肺を移植した場合には、45,000点を加算する。
肺縫縮術 (注の変更)	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。	→ (第3節へ移動)
気管支形成手術 1 楔状切除術 2 輪状切除術 3 気管分岐部切除術 4 気管分岐部切除術 (再建を伴うもの) (点数の見直し)	34,000点 36,300点 56,100点 62,300点	→ 35,700点 38,100点 58,900点 65,400点
先天性気管狭窄症手術 (点数の見直し)	62,300点	→ 65,400点
食道狭窄拡張術 (項目の見直し)	1 直達鏡によるもの 5,570点 2 食道ブジー法 2,520点	→ 1 内視鏡によるもの 5,570点 2 食道ブジー法 2,520点 注 短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず第1回目の実施日に1回に限り算定する。
(区分の新設)	(新設)	→ 食道ステント留置術 5,570点

項 目	現 行	改 正
食道異物摘出術 (項目の見直し)	1 直達鏡又は内視鏡によるもの 5,360点 2 頸部手術によるもの 15,000点 3 開胸手術によるもの 16,700点 4 開腹手術によるもの 16,400点	1 頸部手術によるもの 15,000点 2 開胸手術によるもの 16,700点 3 開腹手術によるもの 16,400点
食道切除再建術		
1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	47,600点	50,000点
2 胸部、腹部の操作によるもの	39,100点	41,100点
3 腹部の操作によるもの (点数の見直し)	26,100点	27,400点
(区分の新設)	(新設)	胸壁外皮膚管形成吻合術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの 50,000点 2 胸部、腹部の操作によるもの 41,100点 3 腹部の操作によるもの 27,400点 4 バイパスのみ作成する場合 24,100点
食道腫瘍摘出術 (項目の見直し)	1 内視鏡によるもの 6,520点 2 開胸又は開腹手術によるもの 18,200点 3 腹腔鏡・縦隔鏡下によるもの 22,800点	1 内視鏡によるもの 6,520点 2 開胸又は開腹手術によるもの 20,200点 3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの 27,500点
(区分の新設)	(新設)	表在性食道悪性腫瘍光線力学療法 6,800点
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	27,300点	28,700点

項 目	現 行	改 正
2 胸部食道の場合 (点数の見直し)	33,200点	34,900点
先天性食道閉鎖症根治手術 (点数の見直し)	43,600点	45,800点
食道悪性腫瘍手術(消化管再 建手術を併施するもの) (項目の見直し)(注の見直 し)	1 頸部、胸部、腹部の操 作によるもの(腹腔鏡下 によるものを含む。) 68,100点 2 胸部、腹部の操作によ るもの 60,100点 3 腹部の操作によるもの 42,900点 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。	1 頸部、胸部、腹部の操 作によるもの(腹腔鏡下 によるものを含む。) 73,500点 2 胸部、腹部の操作によ るもの 64,600点 3 腹部の操作によるもの 51,000点 (第3節へ移動)
食道噴門形成手術(開腹によ るもの) (区分の見直し)	食道噴門形成手術(開腹によ るもの) 18,700点	食道アカラシア形成手術 18,700点
食道噴門形成手術(腹腔鏡に よるもの) (区分の見直し)	食道噴門形成手術(腹腔鏡 によるもの) 23,800点	腹腔鏡下食道アカラシア形 成手術 26,000点
食道切除後2次的再建術 1 皮弁形成によるもの 2 消化管利用によるもの (点数の見直し)(注の見直 し)	1 皮弁形成によるもの 24,100点 2 消化管利用によるもの 26,400点 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。	25,300点 27,700点 (第3節へ移動)
食道・胃静脈瘤手術 (項目の見直し)	1 食道・胃壁静脈瘤結紮 術を主とするもの 22,300点 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。	1 血行遮断術を主とする もの 22,300点 (第3節へ移動)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	食道静脈瘤手術 (開腹) 22,300点
(区分の新設)	(新設) →	内視鏡的食道・胃静脈瘤結 紮術 8,990点
(区分の新設)	(新設) →	横隔膜レラクサチオ手術 1 経胸又は経腹16,500点 2 経胸及び経腹23,200点
胸腹裂孔ヘルニア手術 1 経胸又は経腹 2 経胸及び経腹 (点数の見直し)	15,100点 20,000点 →	15,900点 21,000点
食道裂孔ヘルニア手術 1 経胸又は経腹 2 経胸及び経腹 (点数の見直し)	15,400点 19,600点 →	16,200点 20,600点
腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手 術 (点数の見直し)	24,000点 →	25,200点
第8款 心・脈管		
試験開心術 (点数の見直し)	23,500点 →	24,700点
心腔内異物除去術 (点数の見直し)	24,000点 →	25,200点
心房内血栓除去術 (点数の見直し)	24,000点 →	25,200点
心腫瘍摘出術 (区分の見直し)	心腫瘍摘出術 38,500点 →	心腫瘍摘出術、心腔内粘液 腫摘出術 1 単独のもの 40,400点 2 冠動脈血行再建術 (1 吻合) を伴うもの 60,100点 3 冠動脈血行再建術 (2 吻合以上) を伴うもの 82,000点
冠動脈結紮術 (区分の見直し)	冠動脈結紮術 →	(削除)
経皮的冠動脈形成術 (点数の見直し)	22,800点 →	22,000点
経皮的冠動脈血栓切除術 (区分の見直し)	経皮的冠動脈血栓切除術 22,800点 →	経皮的冠動脈粥腫切除術 22,000点

項 目	現 行	改 正
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） （点数の見直し）	23,900点	23,000点
経皮的冠動脈ステント留置術 （点数の見直し）	22,800点	22,000点
（区分の新設）	（新設）	経皮的冠動脈血栓吸引術 15,000点
冠動脈形成術（血栓内膜摘除） （項目の見直し）	1 1か所のもの 47,300点 2 2か所以上のもの 51,300点	1 1箇所のもの 49,700点 2 2箇所以上のもの 53,900点
冠動脈、大動脈バイパス移植術 （項目の見直し）	1 1本のもの 48,700点 2 2本以上のもの 81,300点 注 人工心肺を使用しない場合は所定点数に所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。	1 1吻合のもの 51,100点 2 2吻合以上のもの 78,000点 注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。
（区分の新設）	（新設）	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの） 1 1吻合のもの 58,800点 2 2吻合以上のもの 89,700点 注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。
心室瘤切除術（梗塞切除を含む。） （区分の見直し）	1 単独のもの 37,800点 2 冠動脈血行再建術を伴うもの 55,600点	1 単独のもの 39,700点 2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの 58,400点 3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの 81,000点
（区分の新設）	（新設）	左室形成術、心室中隔穿孔

項 目	現 行	改 正
		閉鎖術、左室自由壁破裂修復術 1 単独のもの 50,800点 2 冠動脈血行再建術（1 吻合）を伴うもの 70,200点 3 冠動脈血行再建術（2 吻合以上）を伴うもの 87,800点
房室弁直視下切開術 （区分の見直し）	房室弁直視下切開術	→（削除）
弁形成術 1 1弁のもの 2 2弁のもの 3 3弁のもの （点数の見直し）	43,200点 56,300点 68,600点	→ 57,500点 72,500点 85,000点
房室弁輪形成術 （区分の見直し）	40,300点	→（削除）
弁置換術 1 1弁のもの 2 2弁のもの 3 3弁のもの （点数の見直し）	58,500点 73,400点 85,700点	→ 57,000点 71,500点 84,500点
（区分の新設）	（新設）	→ 経皮的動脈弁拡張術 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。
大動脈弁上狭窄手術 （点数の見直し）	46,700点	→ 49,000点
大動脈弁下狭窄切除術（線維 性、筋肥厚性を含む。） （点数の見直し）	47,900点	→ 50,300点
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置 換術 （点数の見直し）	59,000点	→ 57,500点
（区分の新設）	（新設）	→ ダムス・ケー・スタンセル （DKS）吻合を伴う大動脈

項 目	現 行	改 正
		狭窄症手術 72,800点
ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術） （点数の見直し）	98,100点	→ 103,000点
閉鎖性僧帽弁交連切開術 （区分の見直し）	閉鎖性僧帽弁交連切開術 22,900点	→ 閉鎖式僧帽弁交連切開術 22,900点
（区分の新設）	（新設）	→ 経皮的僧帽弁拡張術 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。
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （項目の見直し）（注の変更）	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点 2 上行大動脈（その他のもの） 79,200点 3 弓部大動脈 104,000点 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点 5 下行大動脈 63,100点 6 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの） 51,700点 7 腹部大動脈（その他のもの） 49,500点 8 胸腹部大動脈 88,100点 注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。	1 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの） 93,000点 2 上行大動脈（その他のもの） 75,300点 3 弓部大動脈 109,000点 4 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）及び弓部大動脈の同時手術 143,000点 5 下行大動脈 75,300点 6 胸腹部大動脈 111,000点 7 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの） 54,300点 8 腹部大動脈（その他のもの） 52,000点 （第3節へ移動）
動脈管開存症手術 （項目の見直し） （注の新設）	動脈管開存症手術 22,000点	→ 動脈管開存症手術 1 経皮的動脈管開存閉鎖術 12,700点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定

項 目	現 行	改 正
		しない。 2 動脈管開存閉鎖術（直視下） 22,000点
(区分の新設)	(新設)	→ 血管輪又は重複大動脈弓離断手術 22,600点
(区分の新設)	(新設)	→ 巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術） 31,800点
大動脈縮窄症手術 (区分の見直し)	大動脈縮窄症手術41,100点	→ 大動脈縮窄（離断）症手術 1 単独のもの 41,100点 2 心室中隔欠損症手術を伴うもの 68,300点 3 複雑心奇形手術を伴うもの 119,300点
大動脈中隔欠損閉鎖術 (項目の見直し)	46,000点	→ 大動脈肺動脈中隔欠損症手術 1 単独のもの 46,000点 2 心内奇形手術を伴うものの 59,000点
(区分の新設)	(新設)	→ 三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術） 79,000点
肺動脈弁切開術（非直視下、ブロック法） 肺動脈弁直視下切開術 右室流出路形成術 右室漏斗状部狭窄切除術 (区分の見直し)	肺動脈弁切開術（非直視下、ブロック法） 21,800点 肺動脈弁直視下切開術 29,600点 右室流出路形成術48,400点 右室漏斗状部狭窄切除術 1 単独のもの 35,200点	→ 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 1 肺動脈弁切開術（単独のもの） 25,000点 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの 45,700点
(区分の新設)	(新設)	→ 経皮的肺動脈弁拡張術 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。
肺動脈形成術（肺動脈幹、主肺動脈を含む。） (区分の見直し)	肺動脈形成術（肺動脈幹、主肺動脈を含む。）	→ (削除)
肺静脈還流異常症手術 (項目の見直し)	1 総肺静脈還流異常のもの 77,600点	→ 1 部分肺静脈還流異常 37,000点

項 目	現 行	改 正
	2 部分肺静脈還流異常のもの 35,600点	2 総肺静脈還流異常 81,000点
心房中隔欠損作成術 心房中隔欠損作成術(直視下) (区分の見直し) (注の新設)	心房中隔欠損作成術 3 経静脈手技(ラシュキン ド法) 8,250点 心房中隔欠損作成術(直視 下) 25,800点	→ 心房中隔欠損作成術 1 経皮的心房中隔欠損作 成術(ラシュキン法) 6,900点 注 手術に伴う画像診断 及び検査の費用は算定 しない。 2 心房中隔欠損作成術 25,800点
(区分の新設)	(新設)	→ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術 25,600点 注 手術に伴う画像診断 及び検査の費用は算定 しない。
(区分の新設)	(新設)	→ 三心房心手術 39,000点
心室中隔欠損閉鎖術 右室漏斗状部狭窄切除術 (区分の見直し)	心室中隔欠損閉鎖術 1 単独のもの 38,900点 2 肺動脈絞扼術後肺動脈 形成を伴うもの 49,100点 3 大動脈弁形成を伴うも の 51,600点 右室漏斗状部狭窄切除術 2 心室中隔欠損閉鎖を伴 うもの 51,000点	→ 心室中隔欠損閉鎖術 1 単独のもの 38,900点 2 肺動脈絞扼術後肺動脈 形成を伴うもの 49,100点 3 大動脈弁形成を伴うも の 56,000点 4 右室流出路形成を伴う もの 55,500点
バルサルバ洞動脈瘤破裂手術 (区分の見直し)	バルサルバ洞動脈瘤破裂手 術 47,300点	→ バルサルバ洞動脈瘤手術 1 単独のもの 52,000点 2 大動脈閉鎖不全症手術 を伴うもの 59,000点
(区分の新設)	(新設)	→ 右室二腔症手術 53,000点
心内膜床欠損症手術 (区分の見直し)	心内膜床欠損症手術 1 房室弁形成を伴うもの 53,200点 2 心室中隔欠損閉鎖を伴	→ 不完全型房室中隔欠損症手 術 1 心房中隔欠損パッチ閉 鎖術(単独のもの)

項 目	現 行	改 正
	うもの 82,500点	36,000点 2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの 53,200点
(区分の新設)	(新設)	完全型房室中隔欠損症手術 1 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの 82,500点 2 ファロー四徴症手術を伴うもの 119,000点
ファロー四徴症手術 (項目の変更)	1 右室流出路と肺動脈の形成を伴うもの78,000点 2 その他のもの56,300点	1 右室流出路形成術を伴うもの 71,000点 2 末梢肺動脈形成術を伴うもの 80,500点
(区分の新設)	(新設)	肺動脈閉鎖症手術 1 単独のもの 92,000点 2 ラステリ手術を伴うもの 90,200点 3 巨大側副血管術を伴うもの 131,000点
両大血管右室起始症手術 (項目の見直し)	1 右室流出路形成を伴うもの 83,100点 2 その他のもの58,300点	1 単独のもの 72,000点 2 右室流出路形成を伴うもの 101,000点 3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシッヒ・ビング奇形手術) 120,300点
完全大血管転換症手術 心房中隔欠損作成術 心房内血流転換手術(マスタートード手術) ジャテーン手術 (項目の見直し)	完全大血管転換症手術 83,200点 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点 心房内血流転換手術(マスタートード手術) 81,000点 ジャテーン手術 87,600点	大血管転位症手術 1 心房内血流転換手術(マスタートード・セニング手術) 82,400点 2 大血管血流転換術(ジャテーン手術) 100,900点 3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの 112,000点

項 目	現 行	改 正
		4 ラステリ手術を伴うもの 90,200点
(区分の新設)	(新設)	修正大血管転位症手術 1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術 52,000点 2 根治手術(ダブルスイッチ手術) 162,500点
総動脈幹症手術 (点数の見直し)	83,400点	119,800点
三尖弁閉鎖症根治手術 単心室症手術(心室中隔造成術) (区分の見直し)	三尖弁閉鎖症根治手術 68,500点 単心室症手術(心室中隔造成術) 104,800点	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 1 両方向性グレン手術 70,000点 2 フォンタン手術 78,000点 3 心室中隔造成術 146,000点
左心低形成症候群手術(ノルウッド手術) (点数の見直し)	95,100点	124,000点
冠動静脈瘻手術 (区分の見直し)	冠動静脈瘻手術 39,000点	冠動静脈瘻開胸的遮断術 39,000点
冠動脈起始異常症手術 (点数の見直し)	54,700点	66,700点
(区分の新設)	(新設)	心室憩室切除術 41,000点
(区分の新設)	(新設)	心臓脱手術 113,400点
不整脈手術 (名称の変更)	3 Maze手術 64,300点	3 メイズ手術 64,300点
体外ペースメーカー (点数の見直し)	6,630点	3,370点
ペースメーカー移植術 (点数の見直し)	1 心筋電極の場合 13,100点 2 経静脈電極の場合 13,100点	1 心筋電極の場合 13,800点 2 経静脈電極の場合 6,730点
ペースメーカー交換術(電池交換を含む) (区分の見直し)	ペースメーカー交換術(電池交換を含む) 6,400点	ペースメーカー交換術 2,200点

項 目	現 行	改 正
両室ペースメーカー移植術 (区分の見直し) (区分の新設)	両室ペースメーカー移植術 13,800点 (新設)	→ 両心室ペースメーカー移植術 20,500点 → 両心室ペースメーカー交換術 2,200点
埋込型除細動器移植術 (点数の見直し)	17,100点	→ 13,100点
埋込型除細動器交換術 (点数の見直し)	7,310点	→ 2,200点
人工心肺 (1日につき) 1 初日 (点数の見直し)	25,500点	→ 24,500点
植込み型補助人工心臓 (区分の見直し)	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	→ 埋込型補助人工心臓 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
(区分の新設)	(新設)	→ 移植用心採取術 49,300点 注 心提供者に係る組織適 合性試験の費用は、所定 点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 同種心移植術 104,100点 注 心移植者に係る組織適 合性試験の費用は、所定 点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 移植用心肺採取術74,200点 注 心肺提供者に係る組織 適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 同種心肺移植術 150,000点 注 心肺移植者に係る組織 適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	血管縫合術 (簡単なもの) 3,130点
(区分の新設)	(新設) →	上腕動脈表在化法 5,000点
(区分の新設)	(新設) →	外シャント血栓除去術 1,680点
(区分の新設)	(新設) →	内シャント血栓除去術 3,130点
動脈血栓内膜摘出術 (項目の見直し)	2 その他のもの15,300点 →	2 内頸動脈 17,700点 3 その他のもの15,300点
(区分の新設)	(新設) →	脳新生血管造成術36,000点
(区分の新設)	(新設) →	内シャント又は外シャント 設置術 10,700点
(区分の新設)	(新設) →	四肢の血管吻合術10,700点
(区分の新設)	(新設) →	血管吻合術及び神経再接合 術 (上腕動脈、正中神経及 び尺骨神経) 10,700点
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入 用埋込型カテーテル設置 (区分の見直し)	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点 2 四肢に設置した場合 10,500点 3 頭頸部その他に設置し た場合 10,800点	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又 は腹腔内持続注入用埋込型 カテーテル設置 1 開腹して設置した場合 11,800点 2 四肢に設置した場合 10,500点 3 頭頸部その他に設置し た場合 10,800点
腎血管性高血圧症手術 (区分の見直し)	腎血管性高血圧症手術 24,700点	腎血管性高血圧症手術 (経 皮的腎血管拡張術) 24,700点
血管塞栓術 1 頭部、胸腔、腹腔内の血 管に対するもの 12,700点 2 脊髄血管に対するもの (区分の見直し) 32,600点	→	血管塞栓術 (頭部、胸腔、 腹腔内血管) 12,700点
右肺動脈上大静脈吻合術 (グ レーン手術) (区分の見直し)	右肺動脈上大静脈吻合術 (グレーン手術)	(削除)
内胸動脈心筋内移植手術 (区分の見直し)	内胸動脈心筋内移植手術	(削除)

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設) →	頸動脈球摘出術 10,800点
(区分の新設)	(新設) →	大伏在静脈拔去術10,200点
(区分の新設)	(新設) →	静脈瘤切除術 (下肢以外) 1,680点
(区分の新設)	(新設) →	総腸骨静脈及び股静脈血栓 除去術 32,100点
(区分の新設)	(新設) →	脾腎静脈吻合術 20,800点
胸管ドレナージ法 (区分の見直し)	胸管ドレナージ法 →	(削除)
リンパ節群郭清術 (項目の見直し)	7 後腹膜 11,100点 →	7 後腹膜 24,900点 8 骨盤 14,700点
第9款 腹部		
ヘルニア手術 (点数の見直し)	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア 6,160点 →	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア 5,530点
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (区分の見直し)	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 18,100点 →	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) 20,800点
(区分の新設)	(新設) →	腹腔・静脈シャントバルブ 設置術 6,730点
(区分の新設)	(新設) →	連続携行式腹膜灌流用カ テーテル腹腔内留置術 12,000点
(区分の新設)	(新設) →	結核性腹膜炎手術 9,540点
骨盤内臓全摘術 (点数の見直し)	68,500点 →	71,900点
腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿 孔縫縮術 (区分の名称の見直し)	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍 穿孔縫縮術 →	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍 穿孔縫合術
内視鏡的胃、十二指腸ポリ プ・粘膜切除術 (項目の見直し)	2 早期悪性腫瘍粘膜下層 剝離術 4,790点 →	2 早期悪性腫瘍粘膜下層 剝離術 11,000点
(区分の新設)	(新設) →	食道・胃内異物除去摘出術 (マグネットカテーテルに

項 目	現 行	改 正
		よるもの) 3,200点
(区分の新設)	(新設)	→ 表在性早期胃癌光線力学療法 4,970点
(区分の新設)	(新設)	→ 胃局所切除術 10,400点
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下胃局所切除術 20,400点
胃切除術（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。） （区分の見直し） （注の移動）	胃切除術（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。） 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。	→ 胃切除術 → （第3節へ移動）
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下胃切除術 1 単純切除術 30,000点 2 悪性腫瘍手術51,000点 注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→ 十二指腸窓（内方）憩室摘出術 20,700点
胃全摘術（腹腔鏡（補助）下によるものも含む。） （区分の見直し）	胃全摘術（腹腔鏡（補助）下によるものも含む。） 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 2 悪性腫瘍手術 58,300点 → （第3節へ移動）
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下胃全摘術 1 単純全摘術 41,900点 2 悪性腫瘍手術 69,100点 注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。

項 目	現 行	改 正
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。） （区分の見直し）	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。）	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）
（区分の新設）	（新設）	腹腔鏡下幽門形成術 15,300点
（区分の新設）	（新設）	内視鏡下食道噴門部縫縮術 12,000点
腹腔鏡下胆管切開結石摘出術 2 胆嚢摘出を含まないもの （点数の見直し）	23,100点	22,700点
胆嚢摘除術（開腹によるもの） （区分の見直し）	胆嚢摘除術（開腹によるもの） 15,200点	胆嚢摘出術 15,200点
腹腔鏡下胆嚢摘出術 （点数の見直し）	22,400点	20,300点
胆嚢悪性腫瘍手術 （項目の見直し）	42,600点	1 胆嚢に局限するもの（リンパ節郭清を含む。） 28,500点 2 肝切除（葉以上）を伴うもの 50,500点 3 膵頭十二指腸切除を伴うもの 65,300点 4 膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの 112,000点
胆管悪性腫瘍手術 （点数の見直し）	45,000点	47,200点
体外衝撃波胆石破碎術（一連につき） （注の見直し）	注 消耗性電極を使用した場合は、3,000点を加算する。	（第3節へ移動）
胆管外瘻造設術 （項目の見直し）	1 経腹腔によるもの 12,300点 2 経皮経肝によるもの 11,200点	1 開腹によるもの 12,300点 2 経皮経肝によるもの 10,800点
（区分の新設）	（新設）	経皮的胆管ドレナージ 10,800点

項 目	現 行	改 正
先天性胆道閉鎖症手術 (点数の見直し)	36,000点	注 挿入時に行う画像診断 及び検査の費用は算定し ない。 37,800点
肝膿瘍切開術 (項目の変更)	1 経腹腔によるもの 9,960点 2 経胸腔によるもの 12,200点	1 開腹によるもの 9,960点 2 開胸によるもの 12,200点
肝切除術 1 部分切除 2 区域切除 3 葉切除 4 拡大葉切除 5 拡大葉切除に血行再建を 併せ行う場合 (点数の見直し)	19,600点 22,300点 41,200点 59,000点 65,500点	21,500点 26,300点 49,000点 64,700点 71,700点
(区分の新設)	(新設)	移植用肝採取術(死体) 56,800点 注 肝提供者に係る組織適 合性試験の費用は、所定 点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	同種死体肝移植術 108,600点 注 肝移植者に係る組織適 合性試験の費用は、所定 点数に含まれる。
腓体尾部腫瘍切除術 1 腓尾側切除術(腫瘍摘出 術を含む。)の場合 2 リンパ節・神経叢郭清等 を伴う腫瘍切除術の場合 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 4 血行再建を伴う腫瘍切除 術の場合 (点数の見直し)	19,200点 28,600点 33,300点 38,100点	21,200点 30,000点 35,000点 40,000点

項 目	現 行	改 正
膵頭部腫瘍切除術		
1 膵頭十二指腸切除術の場合	52,600点	→ 55,200点
2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	62,900点	66,000点
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	66,200点	69,500点
4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	69,400点	72,900点
(区分の新設)	(新設)	→ 膵管誘導手術 13,500点
(区分の新設)	(新設)	→ 移植用膵採取術（死体） 46,800点 注 膵提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 同種死体膵移植術 88,600点 注 膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 移植用膵腎採取術（死体） 70,000点 注 膵腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
(区分の新設)	(新設)	→ 同種死体膵腎移植術 108,600点 注 膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
腹腔鏡下脾摘出術 (点数の見直し)	23,500点	→ 28,500点
腹腔鏡下腸管癒着剝離術 (点数の見直し)	15,300点	→ 16,600点

項 目	現 行	改 正
小腸切除術 (注の変更)	注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。	→ (第3節へ移動)
虫垂切除術 (点数の見直し)	6,420点	→ 6,210点
結腸切除術 (項目の見直し) (注の変更)	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。	→ 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 → (第3節へ移動)
腹腔鏡下結腸切除術 (点数の見直し)	26,900点	→ 35,700点
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術 41,700点
(区分の新設)	(新設)	→ ピックレル氏手術13,700点
(区分の新設)	(新設)	→ 内視鏡的大腸ポリープ切除術 5,360点
(区分の新設)	(新設)	→ 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点
先天性巨大結腸症手術(内視鏡下によるものを含む) (区分の見直し) (注の変更)	先天性巨大結腸症手術(内視鏡下によるものを含む) 32,700点 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。	→ 先天性巨大結腸症手術 32,700点 → (第3節へ移動)
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術 42,300点
人工肛門修整術 (項目の名称見直し)	人工肛門修整術	→ 人工肛門形成術 1 開腹を伴うもの 8,400点
直腸切除・切断術 (項目の見直し) (注の変更)	1 切除術(腹腔鏡下によるものを含む) 27,000点 2 低位前方切除術(内視	→ 1 切除術 27,000点 2 低位前方切除術

項 目	現 行	改 正
	鏡下によるものを含む。 44,200点 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。	44,200点 (第3節へ移動)
(区分の新設)	(新設)	腹腔鏡下直腸切除術
(区分の新設)	(新設)	42,100点 腹腔鏡下直腸低位前方切除 術
直腸脱手術 (項目の見直し)	1 経肛門によるもの 7,370点	1 経会陰によるもの 7,370点
痔核手術(脱肛を含む) (項目の見直し)	1 硬化療法 1,380点	1 硬化療法 1,380点 2 硬化療法(四段階注射 法によるもの) 2,800点
(区分の新設)	(新設)	肛門括約筋切開術 1,380点
(区分の新設)	(新設)	脱肛根本手術 5,360点
(区分の新設)	(新設)	痔核手術後狭窄拡張手術 5,360点
(区分の新設)	(新設)	モルガニー氏洞及び肛門管 切開術 3,750点
(区分の新設)	(新設)	肛門部皮膚剝離切除術 3,750点
(区分の新設)	(新設)	高位直腸瘻手術 7,400点
鎖肛手術 (項目の見直し)	3 仙骨会陰式 20,800点 4 腹会陰、腹仙骨式(腹 腔鏡(補助)下によるも のを含む。) 37,900点	3 仙骨会陰式 21,800点 4 腹会陰、腹仙骨式 39,800点
仙尾部奇形腫手術 (点数の見直し)	23,500点	24,700点
(区分の新設)	(新設)	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、 腹仙骨式) 46,600点
毛巣嚢、毛巣瘻手術 (項目の見直し)	毛巣嚢、毛巣瘻手術 3,680点	毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手 術 3,680点
第10款 尿路系・副腎		
腹腔鏡下副腎摘出術 (点数の見直し)	30,600点	31,000点
副腎悪性腫瘍手術 (点数の見直し)	34,100点	35,800点

項 目	現 行	改 正
(区分の新設)	(新設)	腎破裂手術 23,800点
経皮的尿路結石除去術 (経皮的腎瘻造設術を含む。)	17,900点	→ 18,800点
(点数の見直し)		
経皮的腎盂腫瘍切除術 (経皮的腎瘻造設術を含む。)	18,200点	→ 19,100点
(点数の見直し)		
経皮的上部尿管拡張術 (経皮的腎瘻造設術を含む。)	経皮的上部尿管拡張術 (経皮的腎瘻造設術を含む。)	→ 経皮的尿管拡張術 (経皮的腎瘻造設術を含む。)
(区分の見直し)	9,760点	13,000点
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)	注 消耗性電極を使用した場合は、3,000点を加算する。	→ (第3節へ移動)
(注の見直し)		
(区分の新設)	(新設)	腹腔鏡下腎部分切除術
腎嚢胞切除縮小術 (内視鏡下によるものを含む。)	腎嚢胞切除縮小術 (内視鏡下によるものを含む。)	28,000点
(区分の見直し)	10,500点	→ 腎嚢胞切除縮小術10,500点
(区分の新設)	(新設)	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
(区分の新設)	(新設)	18,800点
腎 (尿管) 悪性腫瘍手術	31,300点	→ 腹腔鏡下腎摘出術32,100点
(点数の見直し)		→ 32,900点
(区分の新設)	(新設)	腹腔鏡下腎 (尿管) 悪性腫瘍手術
腎 (腎盂) 瘻造設術	腎 (腎盂) 瘻造設術	42,300点
(区分の新設)	(新設)	→ (削除)
移植用腎採取術 (生体)	21,700点	→ 腹腔鏡下腎盂形成手術
(点数の見直し)		29,500点
(区分の新設)	(新設)	→ 22,800点
同種腎移植術	71,200点	→ 移植用腎採取術 (死体)
(注の変更) (点数の見直し)	注2 死体腎を移植した場合は、70,000点を加算する。	30,000点
		注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
		→ 74,800点
		注2 死体腎 (臓器の移植に関する法律 (平成9年法律第104号) に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除

項 目	現 行	改 正
		く。)を移植した場合は、移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。
ピンハンマー式尿路結石破碎術 (点数の見直し)	10,400点	7,000点
(区分の新設)	(新設)	尿管剥離術 12,400点
(区分の新設)	(新設)	経尿道的尿管凝血除去術 (バスケットワイヤーカ テーテル使用) 7,990点
(区分の新設)	(新設)	経尿道的電気凝固術 9,060点
膀胱単純摘除術		
1 腸管利用の尿路変更を行 うもの	34,100点	35,800点
2 その他のもの (点数の見直し)	25,200点	26,500点
(区分の新設)	(新設)	膀胱後腫瘍摘出術 1 腸管切除を伴わないも の 11,100点 2 腸管切除を伴うもの 17,100点
膀胱悪性腫瘍手術 (項目の見直し)	1 切除 19,700点 2 全摘 (腸管等を利用し て尿路変更を行わないも の) 32,700点 3 全摘 (尿管S状結腸吻 合を利用して尿路変更を 行うもの) 51,700点 4 全摘 (回腸又は結腸導 管を利用して尿路変更を 行うもの) 62,500点 5 全摘 (代用膀胱を利用 して尿路変更を行うも の) 65,700点 6 経尿道的手術10,400点	1 切除 20,700点 2 全摘 (腸管等を利用し て尿路変更を行わないも の) 34,300点 3 全摘 (尿管S状結腸吻 合を利用して尿路変更を 行うもの) 54,300点 4 全摘 (回腸又は結腸導 管を利用して尿路変更を 行うもの) 65,600点 5 全摘 (代用膀胱を利用 して尿路変更を行うも の) 69,000点 6 経尿道的手術10,400点
(注の変更)	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。	(第3節へ移動)

項 目	現 行	改 正
尿道悪性腫瘍摘出術 (注の変更)	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。	→ (第3節へ移動)
尿道形成手術		
1 前部尿道	12,500点	→ 13,100点
2 後部尿道	20,400点	→ 21,400点
(点数の見直し)		
尿道下裂形成手術	19,000点	→ 20,000点
(点数の見直し)		
(区分の新設)	(新設)	→ 陰茎形成術 20,000点
尿道上裂形成手術	19,000点	→ 20,000点
(点数の見直し)		
(区分の新設)	(新設)	→ 尿道狭窄拡張術 (尿道バル ーンカテーテル) 14,200点
(区分の新設)	(新設)	→ 尿道ステント前立腺部尿道 拡張術 12,300点
尿失禁コラーゲン注入手術 (区分の見直し)	尿失禁コラーゲン注入手術 13,800点	→ 尿失禁又は膀胱尿管逆流現 象コラーゲン注入手術 13,800点
(注の変更)	注 尿失禁コラーゲン注入 手術に伴って使用したコ ラーゲンの費用は、所定点 数に含まれるものとする。	→ 注 コラーゲン注入手術に 伴って使用したコラーゲ ンの費用は、所定点数に含 まれるものとする。
第11款 男子性器		
(区分の新設)	(新設)	→ 陰茎様陰核形成手術 4,500点
精巣(睾丸)摘出術	精巣(睾丸)摘出術	→ 精巣摘出術 2,770点
(区分の見直し)	2,770点	
停留精巣(睾丸)摘出術	停留精巣(睾丸)摘出術	→ 停留精巣摘出術 4,830点
(区分の見直し)	4,830点	
腹腔鏡下腹腔精巣摘出術	腹腔鏡下腹腔精巣摘出術	→ 腹腔鏡下腹腔内停留精巣摘 出術 13,830点
(区分の見直し)	12,100点	
精巣上体(副睾丸)摘出術	精巣上体(副睾丸)摘出術	→ 精巣上体摘出術 4,200点
(区分の見直し)	4,200点	
精巣(睾丸)悪性腫瘍手術(両 側)	精巣(睾丸)悪性腫瘍手術 (両側)	→ 精巣悪性腫瘍手術 9,260点
(区分の見直し)	1 高位精巣摘出術 9,260点	

項 目	現 行	改 正
	2 その他 40,900点	
停留精巣（睾丸）固定術 （区分の新設）	停留精巣（睾丸）固定術 8,260点 （新設）	停留精巣固定術 8,260点 腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰 嚢内固定術 18,800点
経尿道的前立腺手術 （点数の見直し）	17,100点	18,500点
経尿道的前立腺高温度治療 （一連につき）	8,550点	5,000点
精嚢全摘術 （区分の見直し）	精嚢全摘術	（削除）
前立腺精嚢悪性腫瘍手術 （区分の見直し） （区分の新設）	前立腺精嚢悪性腫瘍手術 30,100点 （新設）	前立腺悪性腫瘍手術 31,600点 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手 術 45,300点
第12款 女子性器		
バルトリン腺嚢胞摘出術・造 袋術 （区分の見直し）	バルトリン腺嚢胞摘出術・ 造袋術 2,760点	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出 術（造袋術を含む。） 2,760点
女子外性器悪性腫瘍手術 1 切除 2 皮膚移植（筋皮弁使用） を行った場合 （点数の見直し）	17,900点 26,400点	18,800点 27,700点
（区分の新設）	（新設）	外陰・腔血腫除去術 1,600点
（区分の新設）	（新設）	癒合陰唇形成手術 1 筋層に及ばないもの 2,330点 2 筋層に及ぶもの 4,430点
腔壁裂創縫合術（分娩時を除 く。） （項目の見直し）	1 前又は後壁裂創 2,760点 2 前後壁裂創 4,160点 3 腔円蓋に及ぶ裂創 6,370点	1 前又は後壁裂創 2,760点 2 前後壁裂創 4,160点 3 腔円蓋に及ぶ裂創 6,370点 4 直腸裂創を伴うもの 18,900点
腔閉鎖術	2,580点	1 中央腔閉鎖術（子宮全

項 目	現 行	改 正
(項目の見直し)		脱) 6,370点 2 その他 2,580点
腔式旁結合組織膿瘍切開術 (区分の見直し) (区分の新設)	腔式旁結合組織膿瘍切開術 2,230点 (新設)	→ 腔式子宮旁結合組織炎(膿瘍)切開術 2,230点 → 後腔円蓋切開(子宮外妊娠) 2,230点
腔壁腫瘍摘出術 (区分の見直し) (区分の新設) (区分の新設) (区分の新設)	腔壁腫瘍摘出術 2,540点 (新設) (新設) (新設)	→ 腔壁腫瘍術 2,540点 → 腔壁囊腫切除術 2,540点 → 腔ポリープ切除術 1,040点 → 腔壁尖圭コンジローム切除術 1,040点
腔壁悪性腫瘍手術 (点数の見直し)	21,200点	→ 22,300点
造腔術 (区分の見直し)	造腔術 2 遊離植皮によるもの 10,800点 3 腔断端挙上によるもの 17,500点 4 腸管形成によるもの 23,000点 5 筋皮弁移植によるもの 30,000点	→ 造腔術、腔閉鎖症術 2 遊離植皮によるもの 11,300点 3 腔断端挙上によるもの 18,400点 4 腸管形成によるもの 24,200点 5 筋皮弁移植によるもの 31,500点
(区分の新設)	(新設)	→ 腔断端挙上術(腔式、腹式) 19,500点
腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術 (点数の見直し) (区分の新設)	17,100点 (新設)	→ 19,100点 → 子宮腔部冷凍凝固術 990点
子宮頸部切除術 (区分の見直し) (区分の新設)	子宮頸部切除術 3,330点 (新設)	→ 子宮頸部(腔部)切除術 3,330点 → 子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術 470点
(区分の新設)	(新設)	→ 子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む) 3,330点
(区分の新設)	(新設)	→ 子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療 3,330点
腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (区分の見直し)	腹腔鏡下子宮筋腫核出術 25,300点	→ 腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術 25,300点
(区分の新設)	(新設)	→ 痕跡副角子宮手術 1 腹式 14,500点

項 目	現 行	改 正
		2 腔式 8,450点
(区分の新設)	(新設)	→ 子宮頸部初期癌又は異形成 光線力学療法 8,450点
腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (点数の見直し)	29,300点	→ 38,500点
広靱帯内腫瘍摘出術 (腹腔鏡 下によるものを含む。)	広靱帯内腫瘍摘出術 (腹腔 鏡下によるものを含む。)	→ 広靱帯内腫瘍摘出術 8,450点
(区分の見直し)	8,450点	
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出 術 19,100点
骨盤リンパ節郭清術 (区分の見直し)	骨盤リンパ節郭清術	→ (削除)
(区分の新設)	(新設)	→ 子宮頸管閉鎖症手術 1 非観血的 180点 2 観血的 3,590点
子宮附属器癒着剝離術(両側) 2 腹腔鏡によるもの (点数の見直し)	18,300点	→ 17,900点
卵巣部分切除術 (腔式を含 む。)		
2 腹腔鏡によるもの (点数の見直し)	11,300点	→ 12,200点
(区分の新設)	(新設)	→ 卵管結紮術 (腔式を含む。) (両側) 1 開腹によるもの 4,350点 2 腹腔鏡によるもの 12,200点
(区分の新設)	(新設)	→ 卵管口切開術 1 開腹によるもの 4,350点 2 腹腔鏡によるもの 12,200点
(点数の見直し)	子宮附属器腫瘍摘出術 (両 側) 2 腹腔鏡によるもの	→ 子宮附属器腫瘍摘出術 (両 側) 2 腹腔鏡によるもの

項 目	現 行	改 正
	16,800点	18,600点
(区分の新設)	(新設)	→ 腹腔鏡下多嚢胞性卵巢焼灼術 12,200点
(区分の新設)	(新設)	→ 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側） 1 開腹によるもの 9,300点 2 腹腔鏡によるもの 18,600点
子宮附属器悪性腫瘍手術(両側) (点数の見直し)	31,400点	→ 33,000点
卵管鏡下卵管形成術 (点数の見直し)	22,700点	→ 23,800点
骨盤位娩出術 (点数の見直し)	3,560点	→ 3,800点
(区分の新設)	(新設)	→ 脱垂肢整復術 1,240点
子宮破裂手術		
1 子宮全摘除を行うもの	14,300点	→ 21,300点
2 子宮腔上部切断を行うもの	13,200点	15,800点
3 その他のもの (点数の見直し)	8,580点	8,580点
妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	13,200点	→ 21,300点
子宮内反症整復手術（腔式、腹式） (項目の見直し)	子宮内反症整復手術(腔式、腹式) 8,180点	→ 子宮内反症整復手術(腔式、腹式) 1 非観血的 340点 2 観血的 8,180点
(区分の新設)	(新設)	→ 子宮内容除去術(不全流産) 1,910点
(区分の新設)	(新設)	→ 脳死臓器提供管理料 14,200点 注 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。

項 目	現 行	改 正
第 2 節 輸血料 輸血 (項目の追加)	(項目の追加)	3 自己血貯血 イ 6 歳以上の患者の場合 (200mLごとに) (1) 液状保存の場合 200点 (2) 凍結保存の場合 400点 ロ 6 歳未満の患者の場合 (体重 1kgにつき 4 mLごとに) (1) 液状保存の場合 200点 (2) 凍結保存の場合 400点

項 目	現 行	改 正
	200点をそれぞれ加算する。	
	(新設) →	6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。
	(新設) →	輸血管理料 I 200点 輸血管理料 II 70点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合に、月1回を限度として、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。
術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの） （点数の見直し）	5,000点 →	4,500点

項 目	現 行	改 正
第3節 手術医療機器等加算 (節の新設)	(新設) →	第3節 手術医療機器等加算 脊髄誘発電位測定加算 3,130点 注 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合に算定する。 超音波凝固切開装置加算 2,000点 注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置を使用した場合に算定する。 創外固定器加算 10,000点 注 区分番号K 046及びK 058に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。 イオントフォレーゼ加算 45点 注 区分番号K 300及びK 309に掲げる手術に当たって、イオントフォレーゼを使用した場合に算定する。 副鼻腔手術用内視鏡加算 1,000点 注 区分番号K 349からK 365までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。 止血用加熱凝固切開装置加算 700点 注 区分番号K 476に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する。 自動縫合器加算 2,500点 注 区分番号K 511、K 513、K 514、K 514-2、K 517、K 529、K 531からK 532-2まで、K 655、K 655-2、K 657、K 657-2、K 702、K 703、K 716、K 719の3、

項	目	現	行	改	正
					K719-2、K719-3、K735、 K735-3、K739からK 740-3まで、K803及びK 817の3に掲げる手術に 当たって、自動縫合器を 使用した場合に算定す る。 自動吻合器加算 5,500点 注 区分番号K529、K531 からK532-2まで、K655、 K655-2、K657、K657-2、 K702、K703、K739から K740-3まで、K803及び K817の3に掲げる手術 に当たって、自動吻合器 を使用した場合に算定す る。 微少血管自動縫合器加算 2,500点 注 区分番号K017又はK 020に掲げる手術に当 たって、微少血管自動縫 合器を使用した場合に算 定する。 心拍動下冠動脈、大動脈バ イパス移植術用機器加算 30,000点 注 区分番号K552-2に掲 げる手術に当たって、心 拍動下冠動脈、大動脈バ イパス移植術用機器を使 用した場合に算定する。 体外衝撃波消耗性電極加算 3,000点 注 区分番号K678及びK 768に掲げる手術に当 たって、消耗性電極を使 用した場合に算定する。
					手術に関する改定内容については、別表参照

別表

第10部 手 術

区分番号	手 術 名	点 数		備考
		現行	改正	
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	
K000-2	小児創傷処理（6歳未満）			
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）	(新設) →	1,250	
	2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm以上5cm未満）	(新設) →	1,400	
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	(新設) →	1,850	
	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）	(新設) →	2,200	
	5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm未満）	(新設) →	450	
	6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm以上5cm未満）	(新設) →	500	
	7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	(新設) →	950	
	8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	(新設) →	1,450	
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			項目の見直し
	1 100cm ² 未満	1,020 →	1,020	
	2 100cm ² 以上3,000cm ² 未満	2,300 →	2,300	
	3 3,000cm ² 以上	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	
	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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 長径3cm以上6cm未満 3 長径6cm以上	3,230 → 4,160 →	3,230 4,160	
K006-2	鶏眼・胼胝切除後縫合（露出部） 1 長径2cm未満 2 長径2cm以上4cm未満 3 長径4cm以上	(新設) → (新設) → (新設) →	1,660 3,670 4,360	
K006-3	鶏眼・胼胝切除後縫合（露出部以外） 1 長径3cm未満 2 長径3cm以上6cm未満 3 長径6cm以上	(新設) → (新設) → (新設) →	1,280 3,230 4,160	
K006-4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 1 長径6cm未満の良性の皮膚腫瘍 2 長径6cm未満の悪性の皮膚腫瘍 3 長径6cm以上の良性・悪性の皮膚腫瘍	(新設) → (新設) → (新設) →	2,050 3,230 4,160	
K007	皮膚悪性腫瘍切除術 1 広汎切除 2 単純切除	16,500 → 9,400 →	16,500 9,400	
K008	腋臭症手術 1 皮弁法 2 皮膚有毛部切除術 3 その他のもの	5,730 → (新設) → 1,660 →	5,730 3,000 1,660	
(形成)				
K009	皮膚剝削術 1 25cm ² 未満 2 25cm ² 以上100cm ² 未満 3 100cm ² 以上200cm ² 未満 4 200cm ² 以上	1,490 → 3,360 → 5,360 → 8,070 →	1,490 3,360 5,360 8,070	
K010	瘢痕拘縮形成手術 1 顔面 2 その他	9,740 → 8,060 →	9,740 8,060	
K011	顔面神経麻痺形成手術 1 静的なもの 2 動的なもの	14,000 → 24,800 →	14,700 26,000	
K013	全層、分層植皮術 1 25cm ² 未満 2 25cm ² 以上100cm ² 未満 3 100cm ² 以上200cm ² 未満 4 200cm ² 以上	6,070 → 8,270 → 15,400 → 21,300 →	5,880 8,000 14,400 20,600	区分の見直し
K014	皮膚移植術	4,410 →	4,700	
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 1 25cm ² 未満 2 25cm ² 以上100cm ² 未満 3 100cm ² 以上	3,760 → 6,830 → 10,400 →	3,760 6,830 10,400	
K016	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	21,900 →	21,900	

区分番号	手 術 名	点 数		備考
		現行	改正	
K 017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	40,000	→ 40,000	
K 019	複合組織移植術	11,700	→ 11,700	
K 020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	44,000	→ 46,200	
K 021	粘膜移植術			項目の見直し
	1 4cm ² 未満	5,010	→ 5,010	
	2 4cm ² 以上	5,010	→ 5,500	
K 021-2	粘膜弁手術			
	1 4cm ² 未満	6,860	→ 6,860	
	2 4cm ² 以上	7,250	→ 7,250	
K 022	組織拡張器による再建手術（一連につき）	10,400	→ 10,400	
K 022-2	象皮病根治手術			K 046-2から変更
	1 大腿	（新設）	→ 16,200	
	2 下腿	（新設）	→ 11,300	
第 2 款 筋骨格系・四肢・体幹				
（筋膜、筋、腱、腱鞘）				
K 023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	
K 024	筋切離術	2,370	→ 2,370	
K 025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 3,390	
K 026	股関節筋群解離術	9,340	→ 9,340	
K 026-2	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	（新設）	→ 16,700	
K 027	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	
K 028	腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）	2,050	→ 2,050	
K 029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	
K 030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			区分の見直し
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	→ 6,060	
	2 手、足	3,750	→ 3,750	
K 031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍摘出術			区分の見直し
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	12,200	→ 12,200	
	2 手、足	10,200	→ 10,200	
K 033	筋膜移植術			
	1 指（手、足）	6,070	→ 6,070	
	2 その他のもの	8,180	→ 8,180	
K 034	腱切離術・腱切除術（関節鏡下によるものを含む。）	3,300	→ 3,300	
K 035	腱剝離術（関節鏡下によるものを含む。）	6,760	→ 6,760	
K 035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 6,760	
K 037	腱縫合術	6,700	→ 6,700	
K 037-2	アキレス腱断裂手術	（新設）	→ 6,700	
K 038	腱延長術	6,910	→ 6,910	
K 039	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	
K 040	腱移行術			
	1 指（手、足）	8,050	→ 8,050	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
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	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			
	1 肩甲骨、上腕、大腿	(新設)	→ 8,580	
	2 前腕、下腿	(新設)	→ 5,150	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(新設)	→ 3,590	
K043-3	骨髓炎・骨結核手術			
	1 肩甲骨、上腕、大腿	(新設)	→ 8,580	
	2 前腕、下腿	(新設)	→ 5,150	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	(新設)	→ 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			
	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	
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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	(新設) →	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	
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			
	1 肩甲骨、上腕、大腿	(新設) →	10,300	
	2 前腕、下腿	(新設) →	7,210	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	(新設) →	3,340	
K053	骨悪性腫瘍手術			
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,300 →	19,200	
	2 前腕、下腿	16,900 →	17,700	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	11,000 →	11,600	
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	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	(新設) →	30,000	
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	(新設) →	25,000	
K056	偽関節手術			項目の見直し
	1 肩甲骨、上腕、大腿	16,900 →	16,900	
	2 前腕、下腿、手舟状骨	15,400 →	15,400	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	8,580 →	8,580	
K057	変形治癒骨折矯正手術			
	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。）			項目の見直し
	1 自家骨移植	9,160 →	9,160	
	2 同種骨移植	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	
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	(新設) →	2,770	
K060-3	化膿性関節炎又は結核性関節炎清掃術			
	1 肩、股、膝	(新設) →	15,400	
	2 胸鎖、肘、手、足	(新設) →	10,100	
	3 肩鎖、指（手、足）	(新設) →	3,300	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K061	関節脱臼非観血的整復術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	1,580 1,000 600	→ 1,580 → 1,000 → 600	
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側） 1 リーメンビューゲル法 2 その他	2,270 (新設) (新設)	→ — → 1,580 → 2,270	項目の見直し
K063	関節脱臼観血的整復術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	18,500 12,800 8,920	→ 18,500 → 12,800 → 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 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	7,570 4,800 3,190	→ 7,350 → 4,600 → 2,950	区分の見直し
K065-2	関節内異物（挿入物）除去術（関節鏡下） 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	(新設) (新設) (新設)	→ 11,700 → 7,900 → 6,100	
K066	関節滑膜切除術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	10,800 10,100 6,720	→ 10,500 → 9,800 → 6,100	区分の見直し
K066-2	関節滑膜切除術（関節鏡下） 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	(新設) (新設) (新設)	→ 13,800 → 13,100 → 9,500	
K066-3	滑液膜摘出術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	(新設) (新設) (新設)	→ 10,500 → 9,800 → 6,500	
K066-4	滑液膜摘出術（関節鏡下） 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	(新設) (新設) (新設)	→ 13,800 → 13,100 → 9,500	
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除	(新設)	→ 9,800	
K066-6	膝蓋骨滑液囊切除（関節鏡下）	(新設)	→ 13,100	
K066-7	掌指関節滑膜切除術	(新設)	→ 6,500	
K066-8	掌指関節滑膜切除術（関節鏡下）	(新設)	→ 9,500	
K067	関節鼠摘出手術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	10,300 8,980 4,260	→ 10,000 → 8,680 → 3,970	区分の見直し
K067-2	関節鼠摘出手術（関節鏡下） 1 肩、股、膝	(新設)	→ 14,100	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 胸鎖、肘、手、足	(新設) →	11,300	
	3 肩鎖、指 (手、足)	(新設) →	7,100	
K068	半月板切除術	9,100 →	8,800	区分の見直し
K068-2	半月板切除術 (関節鏡下)	(新設) →	11,100	
K069	半月板縫合術	10,000 →	9,800	区分の見直し
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除術・縫合術	11,200 →	9,000	
K069-3	半月板縫合術 (関節鏡下)	(新設) →	12,700	
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	関節内骨折観血の手術			
	1 肩、股、膝	16,800 →	16,800	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,100 →	10,100	
	3 肩鎖、指 (手、足)	6,140 →	6,140	
K074	靱帯断裂縫合術			区分の見直し
	1 十字靱帯	10,500 →	10,100	
	2 膝側副靱帯	10,200 →	9,800	
	3 指 (手、足) その他の靱帯	6,750 →	6,450	
K074-2	靱帯断裂縫合術 (関節鏡下)			
	1 十字靱帯	(新設) →	13,000	
	2 膝側副靱帯	(新設) →	12,700	
	3 指 (手、足) その他の靱帯	(新設) →	9,300	
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	25,200 →	26,500	
	2 胸鎖、肘、手、足	16,100 →	16,900	
	3 肩鎖、指 (手、足)	6,200 →	6,510	
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			区分の見直し
	1 十字靱帯	18,200 →	18,700	
	2 膝側副靱帯	11,200 →	11,500	
	3 指 (手、足)、その他の靱帯	9,400 →	9,680	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K079-2	靱帯断裂形成手術（関節鏡下） 1 十字靱帯 2 膝側副靱帯 3 指（手、足）、その他の靱帯	(新設) → (新設) → (新設) →	20,800 13,500 11,900	
K080	関節形成手術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	26,500 → 17,600 → 8,130 →	26,500 17,600 8,130	
K080-2	内反足手術	16,800 →	17,600	
K081	人工骨頭挿入術 1 肩、股 2 肘、手、足 3 指（手、足）	15,600 → 11,600 → 5,370 →	15,000 11,600 5,370	項目の見直し
K082	人工関節置換術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	22,500 → 16,700 → 7,500 →	22,300 17,500 7,880	
K082-2	人工関節抜去術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	15,500 → 12,200 → 8,250 →	15,500 12,200 8,250	
K082-3	人工関節再置換術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	(新設) → (新設) → (新設) →	33,900 26,300 11,800	
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	
K083-2	内反足足板挺子固定	(新設) →	2,030	
（四肢切断、離断、再接合）				
K084	四肢切断術 1 肩甲帯 2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足 3 指（手、足）	21,600 → 14,400 → 3,330 →	21,600 14,400 3,330	
K084-2	肩甲帯離断術	(新設) →	21,600	
K085	四肢関節離断術 1 肩、股、膝 2 肘、手、足 3 指（手、足）	15,400 → 10,100 → 3,330 →	15,400 10,100 3,330	
K086	断端形成術（軟部形成のみのもの） 1 指（手、足） 2 その他	2,770 → 3,300 →	2,770 3,300	
K087	断端形成術（骨形成を要するもの） 1 指（手、足） 2 その他	6,100 → 8,760 →	6,100 8,760	
K088	切断四肢再接合術 1 四肢	64,400 →	64,400	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 指 (手、足)	36,400	→ 36,400	
	(手、足)			
K 089	爪甲除去術	640	→ 640	
K 090	ひょう疽手術			区分の見直し
	1 軟部組織	990	→ 990	
	2 骨、関節	1,280	→ 1,280	
K 090-2	風棘手術	(新設)	→ 990	
K 091	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	
K 093	手根管開放手術	4,290	→ 4,110	区分の見直し
K 093-2	手根管開放手術 (関節鏡下)	(新設)	→ 7,100	
K 094	足三関節固定 (ランブリヌディ) 手術	15,000	→ 15,000	
K 096	手掌、足底腱膜切離術・切除術	2,750	→ 2,750	
K 097	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	
K 098	手掌屈筋腱縫合術	6,560	→ 6,560	
K 099	指癰痕拘縮手術	5,290	→ 5,290	
K 099-2	デュブイトレン拘縮手術			
	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	
K 100	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	
K 101	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	
K 101-2	指癒着症手術			
	1 軟部形成のみのもの	(新設)	→ 5,630	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	(新設)	→ 8,230	
K 102	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	
K 103	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	
K 105	裂手、裂足手術	15,000	→ 15,000	
K 106	母指化手術	15,800	→ 16,600	
K 107	指移植手術	40,500	→ 42,500	
K 108	母指対立再建術	9,850	→ 9,850	
K 109	神経血管柄付植皮術 (手・足)	20,100	→ 21,100	
K 110	第四足指短縮症手術	9,060	→ 9,060	区分の見直し
K 110-2	第一足指外反症矯正手術	(新設)	→ 9,060	
	(脊柱、骨盤)			
K 112	腸骨窩膿瘍切開術	3,590	→ 3,590	
K 113	腸骨窩膿瘍搔爬術	6,860	→ 6,860	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	10,400	→ 10,400	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	1,980	→ 1,980	
K117-2	頸椎非観血的整復術	(新設)	→ 1,980	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	(新設)	→ 1,980	
K118	脊椎・骨盤脱臼観血的手術	18,900	→ 18,900	区分の見直し
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	17,400	→ 17,400	
K120	恥骨結合離開観血的手術	6,430	→ 6,430	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→ 1,580	
K121	骨盤骨折非観血的整復術	1,980	→ 1,980	
K124	腸骨翼骨折観血的手術	9,320	→ 9,320	
K125	骨盤骨折観血的手術（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 その他のもの	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	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	(新設)	→ 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	
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術			
	1 前方摘出術	(新設)	→ 33,600	
	2 後方摘出術	(新設)	→ 17,200	
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	29,600	→ 31,100	
K137	骨盤切断術	32,900	→ 32,900	区分の見直し
K138	脊椎披裂手術			
	1 神経処置を伴うもの	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	臼蓋形成手術	16,700	→ 16,700	
K141-2	寛骨臼蓋形成手術	(新設)	→ 28,000	
K142	脊椎固定術			項目の見直し
	1 前方椎体固定	(新設)	→ 34,800	
	2 後方又は後側方固定	(新設)	→ 25,100	
	3 後方椎体固定	(新設)	→ 34,800	
	4 前方後方同時固定	(新設)	→ 50,000	
K142-2	脊椎側彎症手術	(新設)	→ 34,800	
K142-3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	(新設)	→ 45,300	
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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
第3款 神経系・頭蓋				
(頭蓋、脳)				
K145	穿頭脳室ドレナージ	1,940	→ 1,940	区分の見直し
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	
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	97,100	→ 102,000	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	29,300	→ 29,300	
K152-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	(新設)	→ 29,300	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	27,200	→ 27,200	
K154	定位脳手術 1 片側の場合 2 両側の場合	25,000 (新設) (新設)	→ → 26,300 → 35,000	項目の見直し
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）	55,700	→ 58,500	
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	
K159-2	顔面神経管開放術	(新設)	→ 26,000	
K160	脳神経手術（開頭して行うもの）	21,900	→ 23,000	
K160-2	頭蓋内微小血管減圧術	(新設)	→ 23,000	
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 2 硬膜下のもの 3 脳内のもの	 24,400 24,900 33,200	 → 24,400 → 24,900 → 33,200	
K164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→ 10,900	
K164-3	脳血管塞栓（血栓）摘出術	(新設)	→ 24,400	
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	31,300	→ 32,900	
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 2 その他のもの	 81,000 79,300	 → 83,500 → 82,000	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	48,300	→ 50,700	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	45,300	→ 50,700	
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	
K174	水頭症手術			

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	1 脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	20,800	→ 21,800	
	2 シャント手術	17,800	→ 18,700	
K174-2	髄液シャント抜去術	(新設)	→ 1,680	
K175	脳動脈瘤被包術			
	1 1箇所	40,200	→ 42,200	
	2 2箇所以上	53,100	→ 55,800	
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	42,300	→ 44,400	
	2 2箇所以上	58,400	→ 61,300	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			
	1 1箇所	68,300	→ 70,500	
	2 2箇所以上	80,100	→ 84,100	
K178	脳血管内手術	32,700	→ 40,900	
K178-2	経皮的脳血管形成術	21,000	→ 22,100	
K178-3	選択的脳血栓・血栓溶解術			
	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	24,500	→ —	
	1 片側の場合	(新設)	→ 26,300	
	2 両側の場合	(新設)	→ 35,000	
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050	→ 8,050	
K181-3	頭蓋内電極抜去	(新設)	→ 9,380	
(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	
K182-2	神経交差縫合術			
	1 指（手、足）	(新設)	→ 20,600	
	2 その他のもの	(新設)	→ 25,400	
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	17,000	→ 17,900	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050	→ 8,050	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置	(新設)	→ 15,000	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術	(新設)	→ 3,000	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K190-5	重症性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填	(新設) →	320	
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			
	1 指(手、足)	5,770 →	5,770	
	2 その他のもの	9,020 →	9,020	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			
	1 長径2cm未満	(新設) →	1,660	
	2 長径2cm以上4cm未満	(新設) →	3,670	
	3 長径4cm以上	(新設) →	4,360	
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外)			
	1 長径3cm未満	(新設) →	1,280	
	2 長径3cm以上6cm未満	(新設) →	3,230	
	3 長径6cm以上	(新設) →	4,160	
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	
K194-2	横隔神経麻痺術	(新設) →	4,410	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	(新設) →	4,410	
K194-4	おとがい孔部神経切断術	(新設) →	4,410	
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	
K195-2	尾動脈腺摘出術	(新設) →	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(両側)	15,400 →	18,500	区分の見直し
K196-3	ストッフエル手術	(新設) →	9,610	
K196-4	閉鎖神経切除術	(新設) →	9,610	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	(新設) →	9,610	
K197	神経移行術	18,200 →	18,200	
K198	神経移植術	17,800 →	17,800	
第4款 眼				
(涙道)				
K199	涙点、涙小管形成術	550 →	550	区分の見直し
K200	涙嚢切開術	690 →	690	
K200-2	涙点プラグ挿入術	630 →	630	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	
K 202	涙管チューブ挿入術	1,810	→ 1,810	区分の見直し
K 203	涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	
K 204	涙嚢鼻腔吻合術	13,800	→ 14,500	
K 205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	
K 206	涙小管形成手術	8,580	→ 8,580	
(眼瞼)				
K 207	瞼縁縫合術 (瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	
K 208	麦粒腫切開術	410	→ 410	
K 209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	
K 209-2	外眥切開術	(新設)	→ 470	
K 211	睫毛電気分解術 (毛根破壊)	560	→ 560	
K 212	兔眼矯正術	5,150	→ 5,150	
K 213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	
K 214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	
K 215	瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出)	1,580	→ 1,580	区分の見直し
K 215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→ 5,140	
K 216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	→ 9,150	
K 217	眼瞼内反症手術	1,660	→ 1,660	
K 218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 2,820	
K 219	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)				
K 220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	
K 221	結膜結石除去術	260	→ -	
	1 少数のもの (1眼瞼ごと)	(新設)	→ 260	
	2 多数のもの	(新設)	→ 390	
K 222	結膜下異物除去術	390	→ 390	
K 223	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	
K 223-2	内眥形成術	(新設)	→ 8,580	
K 224	翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	-	4,130	区分の見直し
K 225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	
K 225-2	結膜腫瘍摘出術	6,890	→ 6,890	
K 225-3	結膜肉芽腫摘除術	(新設)	→ 800	
(眼窩、涙腺)				
K 226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	
K 227	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	→ 8,480	
K 228	眼窩骨折整復術	15,300	→ 13,600	区分の見直し
K 229	眼窩内異物除去術 (表在性)	5,400	→ 5,670	
K 230	眼窩内異物除去術 (深在性)			

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	1 視神経周囲、眼窩尖端	12,200	→ 12,800	
	2 その他	7,500	→ 7,880	
K 233	眼窩内容除去術	8,710	→ 8,710	
K 234	眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	4,400	→ 4,520	
K 235	眼窩内腫瘍摘出術（深在性）	—	20,100	項目の見直し
K 236	眼窩悪性腫瘍手術	23,600	→ 24,800	
K 237	眼窩縁形成手術（骨移植によるもの）	11,800	→ 11,800	
（眼球、眼筋）				
K 239	眼球内容除去術	3,020	→ 3,020	
K 241	眼球摘出術	2,820	→ 2,820	
K 242	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	
K 243	義眼台包埋術	3,950	→ 3,950	
K 244	眼筋移動術	11,800	→ 12,400	区分の見直し
K 245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	4,340	→ 4,340	
（角膜、強膜）				
K 246	角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	区分の見直し
K 248	角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980	→ 980	区分の見直し
K 248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	（新設）	→ 980	
K 249	角膜掻爬術	990	→ 990	区分の見直し
K 249-2	角膜深層異物除去術及び角膜掻爬術又は角膜薬液焼灼術の併施	（新設）	→ 990	
K 250	角膜切開術	990	→ 990	
K 252	角膜・強膜異物除去術	650	→ 650	区分の見直し
K 254	角膜切除術	2,650	→ 2,650	
K 255	強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	→ 5,920	
K 256	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	
K 257	角膜表層除去併用結膜被覆術	4,090	→ 4,090	
K 259	角膜移植術	29,100	→ 30,600	
K 260	強膜移植術	12,700	→ 12,700	
K 261	角膜形成手術	2,350	→ 2,350	
（ぶどう膜）				
K 263-2	虹彩切除後角膜上有茎結膜弁移植術	（新設）	→ 4,540	
K 265	虹彩腫瘍切除術	7,490	→ 7,490	
K 266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	11,300	→ 11,900	
K 268	緑内障手術			項目の見直し
	1 虹彩切除術	4,740	→ 4,740	
	2 流出路再建術、濾過手術	（新設）	→ 14,200	
K 269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,910	→ 4,700	区分の見直し
K 270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	
K 271	毛様体光凝固術	2,760	→ 2,760	
K 272	毛様体冷凍凝固術	1,660	→ 1,660	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	
(眼房、網膜)				
K 274	前房、虹彩内異物除去術	5,200	→ 6,050	区分の見直し
K 275	網膜復位術	21,400	→ 21,400	
K 276	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	
K 277	網膜冷凍凝固術	10,500	→ 10,500	
K 277-2	黄斑下手術	37,700	→ 39,600	
(水晶体)				
K 278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	区分の見直し
K 279	硝子体切除術	—	11,000	項目の見直し
K 280	硝子体茎顕微鏡下離断術			
	1 網膜付着組織を含むもの	23,300	→ 24,500	
	2 その他のもの	19,500	→ 20,500	
K 281	増殖性硝子体網膜症手術	36,800	→ 38,600	
K 282	水晶体再建術			区分の見直し
	1 眼内レンズを挿入する場合	(新設)	→ 12,100	
	2 眼内レンズを挿入しない場合	(新設)	→ 7,430	
K 282-2	後発白内障手術	1,880	→ 1,520	区分の見直し
K 284	硝子体置換術	4,080	→ 4,080	
第5款 耳鼻咽喉				
(外耳)				
K 285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	
K 286	外耳道異物除去術			
	1 複雑なもの	220	→ 220	
	2 極めて複雑なもの	790	→ 790	
K 287	先天性耳瘻管摘出術	2,550	→ 2,550	
K 288	副耳（介）切除術	2,240	→ 2,240	
K 289	耳茸摘出術	830	→ 830	
K 290	外耳道骨増生（外骨腫）切除術	5,900	→ 5,900	
K 290-2	外耳道骨腫切除術	(新設)	→ 5,900	
K 291	耳介腫瘍摘出術	4,090	→ 4,090	
K 292	外耳道腫瘍摘出術（外耳道真珠腫手術を含む。）	5,020	→ 5,020	
K 293	耳介悪性腫瘍手術	12,000	→ 12,000	
K 294	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）	23,400	→ 23,400	
K 295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 2,570	
K 296	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	
K 297	外耳道形成手術	9,200	→ 9,200	
K 298	外耳道造設術（外耳道閉鎖症手術）	17,400	→ 17,400	
K 299	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)				

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 300	鼓膜切開術	690	→ 690	
K 301	鼓室開放術	3,590	→ 3,590	
K 302	上鼓室開放術	5,100	→ 5,100	
K 303	上鼓室乳突洞開放術	10,600	→ 10,600	
K 304	乳突洞開放術（アントロトミー）	5,240	→ 5,240	
K 305	乳突削開術	10,500	→ 10,500	
K 306	錐体部手術	19,600	→ 19,600	区分の見直し
K 308	耳管内チューブ挿入術	1,090	→ 1,090	
K 308-2	耳管狭窄ビニール管挿入	（新設）	→ 1,090	
K 309	鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	
K 310	乳突充填術	4,790	→ 4,790	
K 311	鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）	1,580	→ 1,580	
K 312	鼓膜鼓室肉芽切除術	2,320	→ 2,320	区分の見直し
K 313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	20,100	→ 20,100	
K 314	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	
K 315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→ 8,490	
K 316	S状洞血栓（静脈炎）手術	13,300	→ 13,300	
K 317	中耳根本手術	18,200	→ 18,200	
K 318	鼓膜形成手術	17,200	→ 17,200	
K 319	鼓室形成手術	31,300	→ 32,900	
K 320	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）				
K 321	内耳開窓術	17,800	→ 17,800	
K 322	経迷路の内耳道開放術	35,000	→ 36,800	
K 323	内リンパ嚢開放術	21,500	→ 21,500	
K 325	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	
K 327	内耳窓閉鎖術	16,500	→ 17,300	
K 328	人工内耳埋込術	30,400	→ 30,400	
（鼻）				
K 329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	
K 330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	
K 331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	
K 331-2	下甲介粘膜焼灼術	（新設）	→ 900	
K 333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	→ 1,640	
K 333-2	鼻骨脱臼整復術	（新設）	→ 1,640	
K 333-3	鼻骨骨折徒手整復術	（新設）	→ 1,640	
K 334	鼻骨骨折観血の手術	5,380	→ 5,380	
K 334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	11,300	→ 11,300	
K 335	鼻中隔骨折観血の手術	2,110	→ 2,110	
K 335-2	上顎洞鼻内手術（スツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	（新設）	→ 2,110	
K 335-3	上顎洞鼻外手術	（新設）	→ 2,110	
K 336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→ 3,190	
K 338	鼻甲介切除術	1,520	→ 1,520	
K 338-2	鼻甲介切除術（高周波電気凝固法によるもの）	（新設）	→ 900	
K 339	粘膜下鼻甲介切除術	2,590	→ 2,590	
K 340	鼻茸摘出術	1,680	→ 1,680	
K 340-2	出血性鼻茸摘出術	（新設）	→ 5,280	
K 341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→ 3,020	
K 342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	→ 8,740	
K 343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			
	1 切除	16,200	→ 17,000	
	2 全摘	33,000	→ 34,700	
K 344	翼突管神経切除術（経鼻腔）	15,700	→ 15,700	
K 345	萎縮性鼻炎手術（両側）	10,800	→ 10,800	
K 346	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	
K 347	鼻中隔矯正術	5,280	→ 5,280	
K 347-2	変形外鼻手術	10,200	→ 10,200	
（副鼻腔）				
K 349	上顎洞開窓術	2,090	→ 2,000	区分の見直し
K 350	前頭洞充填術	6,510	→ 6,510	
K 351	上顎洞血腫腫手術	7,520	→ 7,520	
K 352	上顎洞根本手術	5,120	→ 5,120	
K 352-2	鼻内上顎洞根本手術	（新設）	→ 5,120	
K 352-3	副鼻腔炎術後後出血止血法	（新設）	→ 5,120	
K 353	鼻内篩骨洞手術	7,230	→ 7,230	
K 354	篩骨洞鼻外手術	9,210	→ 9,210	
K 355	鼻内前頭洞手術	7,430	→ 7,430	
K 356	前頭洞根本手術	9,640	→ 9,640	
K 357	鼻内蝶形洞手術	4,910	→ 4,910	
K 358	上顎洞篩骨洞根本手術	14,500	→ 14,500	
K 359	前頭洞篩骨洞根本手術	13,800	→ 13,800	
K 360	篩骨洞蝶形洞手術	13,900	→ 13,900	
K 361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術	16,200	→ 16,200	
K 362	上顎洞篩骨洞前頭洞根本手術	16,200	→ 16,200	
K 362-2	経上顎洞顎動脈結紮術	15,400	→ 15,400	
K 363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根本手術	15,900	→ 15,900	
K 364	汎副鼻腔根本手術	22,300	→ 22,300	
K 365	翼突管神経切除術（経上顎洞）	17,100	→ 17,100	
（咽頭、扁桃）				
K 367	咽後膿瘍切開術	1,460	→ 1,460	
K 368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,410	
K 369	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	
K 370	アデノイド切除術	1,430	→ 1,430	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 371	上咽頭腫瘍摘出術 1 経口腔によるもの 2 経鼻腔によるもの 3 経副鼻腔によるもの 4 外切開によるもの	3,430 3,890 6,360 11,600	→ 3,430 → 3,890 → 6,360 → 11,600	
K 371-2	上咽頭ポリープ摘出術 1 経口腔によるもの 2 経鼻腔によるもの 3 経副鼻腔によるもの 4 外切開によるもの	(新設) (新設) (新設) (新設)	→ 3,430 → 3,890 → 6,360 → 11,600	
K 372	中咽頭腫瘍摘出術 1 経口腔によるもの 2 外切開によるもの	2,710 11,100	→ 2,710 → 11,100	
K 373	下咽頭腫瘍摘出術 1 経口腔によるもの 2 外切開によるもの	5,610 11,400	→ 5,610 → 11,400	
K 374	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	23,800	→ 23,800	
K 375	鼻咽腔線維腫手術 1 切除 2 摘出	4,750 18,600	→ 4,750 → 18,600	
K 375-2	鼻咽腔閉鎖術	12,800	→ 12,800	
K 376	上咽頭悪性腫瘍手術	20,400	→ 21,400	区分の見直し
K 377	口蓋扁桃手術 1 切除 2 摘出	1,430 3,300	→ 1,430 → 3,300	
K 378	舌扁桃切除術	1,230	→ 1,230	
K 380	過長茎状突起切除術	4,520	→ 4,520	
K 381	上咽頭形成手術	7,810	→ 7,810	
K 382	咽頭瘻閉鎖術	7,550	→ 7,550	
K 382-2	咽瘻孔閉鎖術	(新設)	→ 7,550	
(喉頭、気管)				
K 383	喉頭切開術（喉頭截開術）	7,940	→ 7,940	
K 384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	
K 385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	
K 386	気管切開術	2,570	→ 2,570	
K 387	喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860	→ 2,860	
K 388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	→ 2,900	
K 388-2	咽頭粘膜下軟骨片挿入術	(新設)	→ 11,410	
K 389	喉頭又は声帯ポリープ切除術 1 間接喉頭鏡によるもの 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	2,990 4,300	→ 2,990 → 4,300	
K 390	喉頭異物摘出術 1 直達鏡によらないもの 2 直達鏡によるもの	2,920 4,040	→ 2,920 → 4,040	
K 391	気管異物除去術 1 直達鏡によるもの	4,090	→ 4,090	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 開胸手術によるもの	22,300	→ 22,300	
K 392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 2,450	
K 392-2	咽頭嚢腫摘出術	(新設)	→ 2,450	
K 393	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	
K 394	喉頭悪性腫瘍手術			
	1 切除	33,100	→ 33,100	
	2 全摘	30,900	→ 30,900	
K 395	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。）	60,300	→ 63,300	
K 396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	
K 396-2	気管縫合術	(新設)	→ 1,040	
K 397	喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	7,920	→ 7,920	
K 398	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	
K 399	気管狭窄症手術	19,300	→ 19,300	
K 400	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	
K 401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	
K 402	縦隔気管口形成手術	48,100	→ 48,100	
K 403	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)				
K 404	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	
K 406	口蓋腫瘍摘出術	6,720	→ —	区分の見直し
	1 口蓋粘膜に局限するもの	(新設)	→ 400	
	2 口蓋骨に及ぶもの	(新設)	→ 6,720	
K 407	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	
K 407-2	軟口蓋形成手術	(新設)	→ 7,800	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)				
K 408	口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	
K 409	口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 5,230	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	
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	舌根甲状腺腫瘍摘出術	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	11,100	→ 11,700	
	2 亜全摘	31,300	→ 32,900	
K418	舌形成手術（巨舌症手術）	4,490	→ 4,490	
K418-2	舌繫帯痕性短縮矯正術	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	37,700	→ 39,600	
K426	口唇裂形成手術（片側）			区分の見直し
	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	
K426-2	口唇裂形成手術（両側）			
	1 口唇のみの場合	（新設）	→ 11,700	
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	（新設）	→ 18,300	
	3 鼻腔底形成を伴う場合	（新設）	→ 19,700	
（顔面骨、顎関節）				
K427	頬骨骨折靦血の整復術	8,930	→ 8,930	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	17,100	→ 18,000	
K428	下顎骨折非靦血の整復術	1,240	→ 1,240	
K429	下顎骨折靦血の手術			
	1 片側	10,000	→ 10,000	
	2 両側	14,700	→ 14,700	
K430	顎関節脱臼非靦血の整復術	410	→ 410	
K431	顎関節脱臼靦血の手術	14,100	→ 14,100	
K432	上顎骨折非靦血の整復術	1,570	→ 1,570	
K433	上顎骨折靦血の手術	9,010	→ 9,010	
K434	顔面多発骨折靦血の手術	16,900	→ 17,700	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 5,120	
K436	顎骨腫瘍摘出術			

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	1 長径3cm未満	2,820	→ 2,820	
	2 長径3cm以上	8,210	→ 8,210	
K 437	下顎骨部分切除術	7,660	→ 7,660	
K 438	下顎骨離断術	12,100	→ 12,100	
K 439	下顎骨悪性腫瘍手術			
	1 切除	18,000	→ 18,000	
	2 切断	24,800	→ 24,800	
K 440	上顎骨切除術	12,000	→ 12,000	
K 441	上顎骨全摘術	19,600	→ 19,600	
K 442	上顎骨悪性腫瘍手術			
	1 搔爬	4,300	→ 4,520	
	2 切除	19,600	→ 20,600	
	3 全摘	30,900	→ 32,400	
K 443	上顎骨形成術			
	1 単純な場合	11,900	→ 12,500	
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	20,600	→ 21,600	
K 444	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	
K 445	顎関節形成術	21,600	→ 21,600	
K 446	顎関節授動術			
	1 徒手の授動術（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	
K 447	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)				
K 448	がま腫切開術	820	→ 820	
K 449	唾液腺膿瘍切開術	900	→ 900	
K 450	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	
K 451	がま腫摘出術	4,580	→ 4,580	
K 452	舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→ 4,610	
K 453	顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→ 7,410	
K 454	顎下腺摘出術	7,440	→ 7,440	
K 455	顎下腺悪性腫瘍手術	17,600	→ 17,600	
K 457	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	
K 458	耳下腺悪性腫瘍手術			
	1 切除	18,100	→ 19,000	
	2 全摘	27,300	→ 28,700	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
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			
	1 片葉のみの場合	6,320	→ 6,320	
	2 両葉の場合	7,710	→ 7,710	
K462	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	15,200	→ 16,000	
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	→ 20,000	
K465	上皮小体悪性腫瘍手術（広汎）	20,000	→ 20,000	区分の見直し
(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）	3,400	→ 3,400	
K475	乳房切除術	6,040	→ 6,040	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	(新設)	→ 6,040	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			項目の見直し
	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）	20,000	→ 16,000	
	3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	(新設)	→ 19,000	
	4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	26,600	→ 26,600	
	5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの	27,100	→ 27,100	
	6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの	22,100	→ 22,100	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	33,000	→ 33,000	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→ 7,350	
K476-3	乳房再建術（乳房切除後）			
	1 一期的に行うもの	(新設)	→ 21,900	
	2 二期的に行うもの	(新設)	→ 30,000	
(胸壁)				
K477	胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740	→ 5,740	区分の見直し
K480	胸壁冷膿瘍手術	6,020	→ 6,020	
K480-2	流注膿瘍の切開搔爬術	(新設)	→ 6,020	
K481	肋骨骨折観血の手術	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	23,400	→ 24,600	
	2 その他のもの	18,600	→ 19,500	
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			
	1 胸壁形成手術を併施するもの	(新設)	→ 24,600	
	2 その他のもの	(新設)	→ 19,500	
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	
K488-2	試験的開胸開腹術	(新設)	→ 14,600	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	14,000	→ 14,000	
K494	胸腔内（胸膜内）血腫除去術	14,700	→ 14,700	区分の見直し
K496	膿胸胸膜、胸膜肺切除術			
	1 1肺葉に相当する範囲以内のもの	20,700	→ 21,700	
	2 1肺葉に相当する範囲を超えるもの	24,300	→ 25,500	
K496-2	胸腔鏡下膿胸胸膜又は胸膜肺切除術	31,900	→ 40,400	区分の見直し
K496-3	胸膜外肺剥皮術			
	1 1肺葉に相当する範囲以内のもの	(新設)	→ 21,700	
	2 1肺葉に相当する範囲を超えるもの	(新設)	→ 25,500	
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	(新設)	→ 23,100	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	18,900	→ 19,800	
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	21,900	→ 23,000	
	2 胸膜肺切除を併施するもの	30,200	→ 31,700	
K499	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	—	→ 9,370	項目の見直し
K501	乳糜胸手術	9,640	→ 9,640	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	(新設)	→ 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	
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	
K510-2	光線力学療法（早期肺癌（0期又は1期）に限る。）	(新設)	→ 6,700	
K511	肺切除術			項目の見直し
	1 楔状部分切除	17,100	→ 18,000	
	2 区域切除（1肺葉に満たないもの）	34,200	→ 35,900	
	3 肺葉切除	34,100	→ 35,800	
	4 複合切除（1肺葉を超えるもの）	31,100	→ 32,700	
	5 1側肺全摘	35,800	→ 37,600	
	6 気管支成形を伴う肺切除術	(新設)	→ 43,500	
K513	胸腔鏡下肺切除術	31,700	→ 37,500	
K513-2	胸腔鏡下良性縦郭腫瘍手術	(新設)	→ 37,500	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	(新設)	→ 37,500	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	(新設)	→ 37,500	
K514	肺悪性腫瘍手術			項目の見直し
	1 肺葉切除又はこれに満たないもの	35,100	→ 36,900	
	2 1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	39,000	→ 41,000	
	3 気管支形成を伴う肺切除術	(新設)	→ 43,500	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	55,200	→ —	項目の見直し
	1 リンパ部郭清を伴わないもの	(新設)	→ 41,000	
	2 リンパ部郭清を伴うもの	(新設)	→ 58,000	
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	(新設)	→ 49,800	
K514-4	同種死体肺移植術	(新設)	→ 91,800	
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	
K518	気管支形成手術			
	1 楔状切除術	34,000	→ 35,700	
	2 輪状切除術	36,300	→ 38,100	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	3 気管分岐部切除術	56,100	→ 58,900	
	4 気管分岐部切除術（再建を伴うもの）	62,300	→ 65,400	
K519	先天性気管狭窄症手術	62,300	→ 65,400	
	(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（一連につき）			項目の見直し
	1 内視鏡によるもの	5,570	→ 5,570	
	2 食道ブジー法	2,520	→ 2,520	
K522-2	食道ステント留置術	(新設)	→ 5,570	
K523	食道異物摘出術			項目の見直し
	1 頸部手術によるもの	15,000	→ 15,000	
	2 開胸手術によるもの	16,700	→ 16,700	
	3 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	47,600	→ 50,000	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	39,100	→ 41,100	
	3 腹部の操作によるもの	26,100	→ 27,400	
K525-2	胸壁外皮膚管形成吻合術			
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	(新設)	→ 50,000	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	(新設)	→ 41,100	
	3 腹部の操作によるもの	(新設)	→ 27,400	
	4 バイパスのみ作成する場合	(新設)	→ 24,100	
K526	食道腫瘍摘出術			項目の見直し
	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	18,200	→ 20,200	
	3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	22,800	→ 27,500	
K526-2	早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	6,800	→ 6,800	
K526-3	表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	(新設)	→ 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	27,300	→ 28,700	
	2 胸部食道の場合	33,200	→ 34,900	
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	43,600	→ 45,800	
K529	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を合施するもの）			項目の見直し
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの（胸腔鏡下によるものを含む。）	68,100	→ 73,500	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	60,100	→ 64,600	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	3 腹部の操作によるもの	42,900	→ 51,000	
K 530	食道アカラシア形成手術	18,700	→ 18,700	区分の見直し
K 530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	23,800	→ 26,000	区分の見直し
K 531	食道切除後2次的再建術			
	1 皮弁形成によるもの	24,100	→ 25,300	
	2 消化管利用によるもの	26,400	→ 27,700	
K 532	食道・胃静脈瘤手術			項目の見直し
	1 血行遮断術を主とするもの	22,300	→ 22,300	
	2 食道離断術を主とするもの	24,900	→ 24,900	
K 532-2	食道静脈瘤手術（開腹）	(新設)	→ 22,300	
K 533	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	
K 533-2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	(新設)	→ 8,990	
(横隔膜)				
K 534	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	
K 534-2	横隔膜レラクサチオ手術			
	1 経胸又は経腹	(新設)	→ 16,500	
	2 経胸及び経腹	(新設)	→ 23,200	
K 535	胸腹裂孔ヘルニア手術			
	1 経胸又は経腹	15,100	→ 15,900	
	2 経胸及び経腹	20,000	→ 21,000	
K 536	後胸骨ヘルニア手術	16,200	→ 16,200	
K 537	食道裂孔ヘルニア手術			
	1 経胸又は経腹	15,400	→ 16,200	
	2 経胸及び経腹	19,600	→ 20,600	
K 537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	24,000	→ 25,200	
第8款 心・脈管				
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)				
K 538	心膜縫合術	8,760	→ 8,760	
K 538-2	心筋縫合止血術（外傷性）	10,900	→ 10,900	
K 539	心膜切開術	9,200	→ 9,200	
K 539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 14,500	
K 540	収縮性心膜炎手術	33,300	→ 33,300	
K 541	試験開心術	23,500	→ 24,700	
K 542	心腔内異物除去術	24,000	→ 25,200	
K 543	心房内血栓除去術	24,000	→ 25,200	
K 544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			
	1 単独のもの	(新設)	→ 40,400	
	2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	(新設)	→ 60,100	
	3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	(新設)	→ 82,000	
K 545	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 8,950	
K 546	経皮的冠動脈形成術	22,800	→ 22,000	
K 547	経皮的冠動脈粥腫切除術	22,800	→ 22,000	区分の見直し

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 548	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	→ 23,000	
K 549	経皮的冠動脈ステント留置術	22,800	→ 22,000	
K 550	冠動脈内血栓溶解療法	10,300	→ 10,300	
K 550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	(新設)	→ 15,000	
K 551	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）			項目の見直し
	1 1箇所のもの	47,300	→ 49,700	
	2 2箇所以上のもの	51,300	→ 53,900	
K 552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			
	1 1吻合のもの	48,700	→ 51,100	
	2 2吻合以上のもの	81,300	→ 78,000	
K 552-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）			
	1 1吻合のもの	(新設)	→ 58,800	
	2 2吻合以上のもの	(新設)	→ 89,700	
K 553	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）			
	1 単独のもの	37,800	→ 39,700	
	2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	55,600	→ 58,400	
	3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	(新設)	→ 81,000	
K 553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			
	1 単独のもの	(新設)	→ 50,800	
	2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	(新設)	→ 70,200	
	3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	(新設)	→ 87,800	
K 554	弁形成術			
	1 1弁のもの	43,200	→ 57,500	
	2 2弁のもの	56,300	→ 72,500	
	3 3弁のもの	68,600	→ 85,000	
K 555	弁置換術			
	1 1弁のもの	58,500	→ 57,000	
	2 2弁のもの	73,400	→ 71,500	
	3 3弁のもの	85,700	→ 84,500	
K 556	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,600	→ 42,600	
K 556-2	経皮的動脈弁拡張術	(新設)	→ 22,800	
K 557	大動脈弁上狭窄手術	46,700	→ 49,000	
K 557-2	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	47,900	→ 50,300	
K 557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	59,000	→ 57,500	
K 557-4	ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	(新設)	→ 72,800	
K 558	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	98,100	→ 103,000	
K 559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	22,900	→ 22,900	
K 559-2	経皮的僧帽弁拡張術	(新設)	→ 22,800	
K 560	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）			区分の見直し
	1 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）	88,800	→ 93,000	
	2 上行大動脈（その他のもの）	79,200	→ 75,300	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	3 弓部大動脈	104,000	→109,000	
	4 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）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	→143,000	
	5 下行大動脈	63,100	→ 75,300	
	6 胸腹部大動脈	51,700	→ 111,000	
	7 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	49,500	→ 54,300	
	8 腹部大動脈（その他のもの）	88,100	→ 52,000	
K 561	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	
K 562	動脈管開存症手術	22,000	—	項目の見直し
	1 経皮的動脈管開存閉鎖術	(新設)	→ 12,700	
	2 動脈管開存閉鎖術（直視下）	(新設)	→ 22,000	
K 563	肺動脈絞扼術	27,700	→ 27,700	
K 564	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	(新設)	→ 22,600	
K 565	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	(新設)	→ 31,800	
K 566	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストーン手術）	28,500	→ 28,500	
K 567	大動脈縮窄（離断）症手術			
	1 単独のもの	(新設)	→ 41,100	
	2 心室中隔欠損症手術を伴うもの	(新設)	→ 68,300	
	3 複雑心奇形手術を伴うもの	(新設)	→ 119,300	
K 568	大動脈肺動脈中隔欠損症手術	46,000	—	項目の見直し
	1 単独のもの	(新設)	→ 46,000	
	2 心内奇形手術を伴うもの	(新設)	→ 59,000	
K 569	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	(新設)	→ 79,000	
K 570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			区分の見直し
	1 肺動脈弁切開術（単独のもの）	(新設)	→ 25,000	
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	(新設)	→ 45,700	
K 570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	(新設)	→ 22,800	
K 571	肺静脈還流異常症手術			
	1 部分肺静脈還流異常	35,600	→ 37,000	
	2 総肺静脈還流異常	77,600	→ 81,000	
K 572	肺静脈形成術	34,300	→ 34,300	
K 573	心房中隔欠損作成術			区分の見直し
	1 経皮的心房中隔欠損作成術（ラッシュキンド法）	(新設)	→ 6,900	
	2 心房中隔欠損作成術	(新設)	→ 25,800	
K 574	心房中隔欠損閉鎖術			
	1 単独のもの	30,100	→ 30,100	
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→ 37,500	
K 574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	(新設)	→ 25,600	
K 575	三心房手術	(新設)	→ 39,000	
K 576	心室中隔欠損閉鎖術			区分の見直し
	1 単独のもの	(新設)	→ 38,900	
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	(新設)	→ 49,100	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	3 大動脈弁形成を伴うもの	(新設) →	56,000	
	4 右室流出路形成を伴うもの	(新設) →	55,500	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術	47,300 →	—	項目の見直し
	1 単独のもの	(新設) →	52,000	
	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	(新設) →	59,000	
K578	右室二腔症手術	(新設) →	53,000	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			区分の見直し
	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術 (単独のもの)	53,200 →	36,000	
	2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	82,500 →	53,200	
K579-2	完全型房室中隔欠損症手術			
	1 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	(新設) →	82,500	
	2 ファロー四徴症手術を伴うもの	(新設) →	119,000	
K580	ファロー四徴症手術			項目の見直し
	1 右室流出路形成術を伴うもの	78,000 →	71,000	
	2 末梢肺動脈形成術を伴うもの	56,300 →	80,500	
K581	肺動脈閉鎖症手術			
	1 単独のもの	(新設) →	92,000	
	2 ラステリ手術を伴うもの	(新設) →	90,200	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	(新設) →	131,000	
K582	両大血管右室起始症手術			項目の見直し
	1 単独のもの	(新設) →	72,000	
	2 右室流出路形成を伴うもの	83,100 →	101,000	
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換術を伴うもの (タウシヒ・ビング奇形手術)	(新設) →	120,300	
K583	大血管転位症手術			区分の見直し
	1 心房内血流転換手術 (マスタート・セニング手術)	(新設) →	82,400	
	2 大血管血流転換術 (ジャテーン手術)	(新設) →	100,900	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	(新設) →	112,000	
	4 ラステリ手術を伴うもの	(新設) →	90,200	
K584	修正大血管転位症手術			
	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	(新設) →	52,000	
	2 根治手術 (ダブルスイッチ手術)	(新設) →	162,500	
K585	総動脈幹症手術	83,400 →	119,800	
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			区分の見直し
	1 両方向性グレン手術	(新設) →	70,000	
	2 フォンタン手術	(新設) →	78,000	
	3 心室中隔造成術	(新設) →	146,000	
K587	左心低形成症候群手術 (ノルウッド手術)	95,100 →	124,000	
K588	冠動静脈瘻開胸的遮断術	39,000 →	39,000	区分の見直し
K589	冠動脈起始異常症手術	54,700 →	66,700	
K590	心室憩室切除術	(新設) →	41,000	
K591	心臓脱手術	(新設) →	113,400	
K592	肺動脈塞栓除去術	37,600 →	37,600	
K593	肺動脈血栓除去術	24,700 →	24,700	
K594	不整脈手術			項目の見直し
	1 副伝導路切断術	71,000 →	71,000	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 心室頻拍症手術	88,500	→ 88,500	
	3 メイズ手術	64,300	→ 64,300	
K 595	経皮的カテーテル心筋焼灼術	19,900	→ 19,900	
K 595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→ 22,800	
K 596	体外ペースメーカー	6,630	→ 3,370	
K 597	ペースメーカー移植術			
	1 心筋電極の場合	13,100	→ 13,800	
	2 経静脈電極の場合	13,100	→ 6,730	
K 597-2	ペースメーカー交換術	6,400	→ 2,200	
K 598	両心室ペースメーカー移植術	13,800	→ 20,500	
K 598-2	両心室ペースメーカー交換術	6,400	→ 2,200	
K 599	埋込型除細動器移植術	17,100	→ 13,100	
K 599-2	埋込型除細動器交換術	7,310	→ 2,200	
K 600	大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）			
	1 初日	8,780	→ 8,780	
	2 2日目を以降	3,680	→ 3,680	
K 601	人工心肺（1日につき）			
	1 初日	25,500	→ 24,500	
	2 2日目を以降	3,000	→ 3,000	
K 602	経皮的心肺補助法（1日につき）			
	1 初日	11,100	→ 11,100	
	2 2日目を以降	3,120	→ 3,120	
K 603	補助人工心臓（1日につき）			
	1 初日	30,000	→ 30,000	
	2 2日目を以降30日まで	5,000	→ 5,000	
	3 31日目を以降	4,000	→ 4,000	
K 604	埋込型補助人工心臓			区分の見直し
	1 初日（1日につき）	30,000	→ 30,000	
	2 2日目を以降30日まで（1日につき）	5,000	→ 5,000	
	3 31日目を以降90日まで（1日につき）	4,000	→ 4,000	
	4 91日目を以降（1月につき）	6,000	→ 6,000	
K 605	移植用心臓採取術	(新設)	→ 49,300	
K 605-2	同種心臓移植術	(新設)	→ 104,100	
K 605-3	移植用心臓採取術	(新設)	→ 74,200	
K 605-4	同種心臓移植術	(新設)	→ 150,000	
(動脈)				
K 606	血管露出術	530	→ 530	
K 607	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	
K 607-2	血管縫合術（簡単なもの）	(新設)	→ 3,130	
K 607-3	上腕動脈表在化法	(新設)	→ 5,000	
K 608	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	
K 608-3	外シャント血栓除去術	(新設)	→ 1,680	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 608-4	内シャント血栓除去術	(新設) →	3,130	
K 609	動脈血栓内膜摘出術			項目の見直し
	1 大動脈に及ぶもの	21,000 →	21,000	
	2 内頸動脈	(新設) →	17,700	
	3 その他のもの	15,300 →	15,300	
K 610	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	
K 610-2	脳新生血管造成術	(新設) →	36,000	
K 610-3	内シャント又は外シャント設置術	(新設) →	10,700	
K 610-4	四肢の血管吻合術	(新設) →	10,700	
K 610-5	血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）	(新設) →	10,700	
K 611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置			区分の見直し
	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	
K 612	末梢動静脈瘻造設術	7,760 →	7,760	
K 613	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	24,700 →	24,700	
K 614	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	
K 615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）	(新設) →	12,700	
K 616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800 →	15,800	
K 616-2	頸動脈球摘出術	(新設) →	10,800	
(静脈)				
K 617	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	
K 617-2	大伏在静脈抜去術	(新設) →	10,200	
K 617-3	静脈瘤切除術（下肢静脈瘤以外）	(新設) →	1,680	
K 618	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	
K 619	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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	(新設) →	32,100	
K 620	下大静脈フィルター留置	8,000 →	8,000	
K 621	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	32,000 →	32,000	
K 622	胸管内頸静脈吻合術	23,400 →	23,400	
K 623	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	
K 623-2	脾腎静脈吻合術	(新設) →	20,800	
(リンパ管、リンパ節)				
K 625	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	
K 626	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	
K 626-2	リンパ節膿瘍切開術	910 →	910	
K 627	リンパ節群郭清術			項目の見直し
	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 →	24,900	
	8 骨盤	(新設) →	14,700	
K 628	リンパ管吻合術	20,800 →	20,800	
第9款 腹部				
(腹壁、ヘルニア)				
K 630	腹壁膿瘍切開術	1,270 →	1,270	
K 631	腹壁瘻手術			
	1 腹壁に限局するもの	1,820 →	1,820	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450 →	6,450	
K 632	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	
K 633	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 →	5,530	
	6 大腿ヘルニア	8,740 →	8,740	
	7 腰ヘルニア	8,240 →	8,240	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	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	
	9 内ヘルニア	12,600	→ 12,600	
K 634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	18,100	→ 20,800	区分の見直し
（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）				
K 635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	→ 2,810	
K 635-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	(新設)	→ 6,730	
K 635-3	連続携帯式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	(新設)	→ 12,000	
K 636	試験開腹術	5,550	→ 5,550	
K 637	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	
K 638	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→ 3,290	
K 639	急性汎発性腹膜炎手術	9,540	→ 9,540	
K 639-2	結核性腹膜炎手術	(新設)	→ 9,540	
K 640	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	
K 641	大網切除術	8,490	→ 8,490	
K 642	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	
K 643	後腹膜悪性腫瘍手術	32,000	→ 32,000	
K 644	臍腸管瘻手術			
	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	
K 645	骨盤内臓全摘術	68,500	→ 71,900	
（胃、十二指腸）				
K 646	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	10,100	→ 10,100	
K 647	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	11,300	→ 11,300	
K 647-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	→ 18,600	区分の見直し
K 648	胃切開術	7,670	→ 7,670	
K 649	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	10,900	→ 10,900	
K 652	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	
K 653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			項目の見直し
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	→ 4,970	
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剝離術	(新設)	→ 11,000	
	3 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 4,790	
	4 その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 4,000	
K 653-2	食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）	(新設)	→ 3,200	
K 653-3	内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	
K 653-4	表在性早期胃癌光線力学療法	(新設)	→ 4,970	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 654	内視鏡的消化管止血術	4,310	→ 4,310	
K 654-2	胃局所切除術	(新設)	→ 10,400	
K 654-3	腹腔鏡下胃局所切除術	(新設)	→ 20,400	
K 655	胃切除術			
	1 単純切除術	20,700	→ 20,700	
	2 悪性腫瘍手術	42,600	→ 42,600	
K 655-2	腹腔鏡下胃切除術			
	1 単純切除術	(新設)	→ 30,000	
	2 悪性腫瘍手術	(新設)	→ 51,000	
K 655-3	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	(新設)	→ 20,700	
K 656	胃縮小術	18,300	→ 18,300	
K 657	胃全摘術			区分の見直し
	1 単純全摘術	32,800	→ 32,800	
	2 悪性腫瘍手術	59,100	→ 58,300	
K 657-2	腹腔鏡下胃全摘術			
	1 単純全摘術	(新設)	→ 41,900	
	2 悪性腫瘍手術	(新設)	→ 69,100	
K 659	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	
K 660	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	
K 660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 25,500	
K 661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 15,800	
K 662	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	13,600	→ 13,600	
K 663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	
K 664	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。）	9,460	→ 9,460	
K 665	胃瘻閉鎖術	9,050	→ 9,050	
K 666	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）	10,500	→ 10,500	区分の見直し
K 666-2	腹腔鏡下幽門形成術	(新設)	→ 15,300	
K 667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	
K 667-2	腹腔鏡下噴門形成術	25,100	→ 25,100	
K 667-3	内視鏡下食道噴門部縫縮術	(新設)	→ 12,000	
K 668	胃横断術（静脈瘤手術）	17,600	→ 17,600	
（胆嚢、胆道）				
K 669	胆管切開術	12,100	→ 12,100	
K 670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 10,900	
K 671	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	
K 671-2	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	→ 22,700	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 672	胆嚢摘出術	15,200	→ 15,200	区分の見直し
K 672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	22,400	→ 20,300	
K 673	胆管形成手術（胆管切除術を含む。）	27,600	→ 27,600	
K 674	総胆管拡張症手術	28,000	→ 28,000	
K 675	胆嚢悪性腫瘍手術	42,600	→ —	項目の見直し
	1 胆嚢に局限するもの（リンパ節郭清を含む。）	（新設）	→ 28,500	
	2 肝切除（葉以上）を伴うもの	（新設）	→ 50,500	
	3 臍頭十二指腸切除を伴うもの	（新設）	→ 65,300	
	4 臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	（新設）	→ 112,000	
K 677	胆管悪性腫瘍手術	45,000	→ 47,200	
K 678	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）	16,300	→ 16,300	
K 679	胆嚢胃（腸）吻合術	10,500	→ 10,500	
K 680	総胆管胃（腸）吻合術	17,300	→ 17,300	
K 681	胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,200	
K 682	胆管外瘻造設術			項目の見直し
	1 開腹によるもの	12,300	→ 12,300	
	2 経皮経肝によるもの	11,200	→ 10,800	
K 682-2	経皮的胆管ドレナージ	（新設）	→ 10,800	
K 684	先天性胆道閉鎖症手術	36,000	→ 37,800	
K 685	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	
K 686	内視鏡的胆道拡張術	9,180	→ 9,180	
K 687	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	
K 688	内視鏡的胆道ステント留置術	6,830	→ 6,830	
K 689	経皮経肝胆管ステント挿入術	8,110	→ 8,110	
(肝)				
K 690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	
K 691	肝膿瘍切開術			項目の見直し
	1 開腹によるもの	9,960	→ 9,960	
	2 開胸によるもの	12,200	→ 12,200	
K 692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,200	
K 692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,300	→ 21,300	
K 693	肝内結石摘出術（開腹）	20,100	→ 20,100	
K 694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	18,800	→ 18,800	
K 695	肝切除術			
	1 部分切除	19,600	→ 21,500	
	2 区域切除	22,300	→ 26,300	
	3 葉切除	41,200	→ 49,000	
	4 拡大葉切除	59,000	→ 64,700	
	5 拡大葉切除に血行再建を併せ行う場合	65,500	→ 71,700	
K 696	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術	19,600	→ 19,600	
K 697	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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）	13,600	→ 13,600	
K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	13,600	→ 13,600	
K 697-4	移植用部分肝採取術（生体）	48,000	→ 48,000	
K 697-5	生体部分肝移植	63,700	→ 63,700	
K 697-6	移植用肝採取術（死体）	(新設)	→ 56,800	
K 697-7	同種死体肝移植術	(新設)	→ 108,600	
(脾)				
K 698	急性脾炎手術	21,600	→ 21,600	
K 699	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	
K 701	脾破裂縫合術	19,200	→ 19,200	
K 702	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	19,200	→ 21,200	
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	28,600	→ 30,000	
	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	33,300	→ 35,000	
	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	38,100	→ 40,000	
K 703	脾頭部腫瘍切除術			
	1 脾頭十二指腸切除術の場合	52,600	→ 55,200	
	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	62,900	→ 66,000	
	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	66,200	→ 69,500	
	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	69,400	→ 72,900	
K 704	脾全摘術	60,900	→ 60,900	
K 705	脾嚢胞胃（腸）吻合術	18,800	→ 18,800	
K 706	脾管空腸吻合術	28,000	→ 28,000	
K 707	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	
K 708	脾管外瘻造設術	13,500	→ 13,500	
K 708-2	脾管誘導手術	(新設)	→ 13,500	
K 709	脾瘻閉鎖術	21,000	→ 21,000	
K 709-2	移植用脾採取術（死体）	(新設)	→ 46,800	
K 709-3	同種死体脾移植術	(新設)	→ 88,600	
K 709-4	移植用脾腎採取術（死体）	(新設)	→ 70,000	
K 709-5	同種死体脾腎移植術	(新設)	→ 108,600	
(脾)				
K 710	脾縫合術（部分切除を含む。）	11,400	→ 11,400	
K 711	脾摘出術	18,500	→ 18,500	
K 711-2	腹腔鏡下脾摘出術	23,500	→ 28,500	
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)				
K 712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 8,350	
K 713	腸切開術	7,420	→ 7,420	
K 714	腸管癒着症手術	10,900	→ 10,900	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剝離術	15,300	→ 16,600	
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 悪性腫瘍手術	28,000	→ 28,000	
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	→ 6,210	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術	18,000	→ 18,000	
K719	結腸切除術			項目の見直し
	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	32,700	→ 32,700	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術	26,900	→ 35,700	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	(新設)	→ 41,700	
K719-4	ピックレル氏手術	(新設)	→ 13,700	
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	
K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	(新設)	→ 5,360	
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	(新設)	→ 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	
	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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K735	先天性巨大結腸症手術	32,700	→ 32,700	区分の見直し
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	6,560	→ 6,560	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	(新設)	→ 42,300	
K736	人工肛門形成術			区分の見直し
	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			項目の見直し
	1 切除術	3,960	→ 3,960	
	2 低位前方切除術	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			項目の見直し
	1 切除術	27,000	→ 27,000	
	2 低位前方切除術	44,200	→ 44,200	
	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	
	4 切断術	50,100	→ 50,100	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除術	(新設)	→ 42,100	
K740-3	腹腔鏡下直腸低位前方切除術	(新設)	→ 53,400	
K741	直腸狭窄形成手術	18,900	→ 18,900	
K742	直腸脱手術			項目の見直し
	1 経会陰によるもの	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。）			項目の見直し
	1 硬化療法	1,380	→ 1,380	
	2 硬化療法（四段階注射法によるもの）	(新設)	→ 2,800	
	3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	
	4 根治手術	5,360	→ 5,360	
K743-2	肛門括約筋切開術	(新設)	→ 1,380	
K743-3	脱肛根本手術	(新設)	→ 5,360	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	(新設)	→ 5,360	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	(新設)	→ 3,750	
K743-6	肛門部皮膚剝離切除術	(新設)	→ 3,750	
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	
K746-2	高位直腸瘻手術	(新設)	→ 7,400	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
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 瘻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			項目の見直し
	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	20,800	→ 21,800	
	4 腹会陰、腹仙骨式	37,900	→ 39,800	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	23,500	→ 24,700	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	（新設）	→ 46,600	
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	毛嚢嚢、毛嚢瘻、毛嚢洞手術	3,680	→ 3,680	区分の見直し
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	→ 31,000	
K755	副腎腫瘍摘出術			
	1 皮質腫瘍	21,200	→ 21,200	
	2 髄質腫瘍（褐色細胞腫）	25,400	→ 25,400	
K756	副腎悪性腫瘍手術	34,100	→ 35,800	
（腎、腎盂）				
K757	腎破裂縫合術	23,300	→ 23,300	
K757-2	腎破裂手術	（新設）	→ 23,800	
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	腎被膜剝離術（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。）	17,900	→ 18,800	
K765	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	18,200	→ 19,100	
K766	経皮的尿管拡張術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	9,760	→ 13,000	区分の見直し
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	
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	（新設）	→ 28,000	
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	→ 10,500	区分の見直し
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	（新設）	→ 18,800	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	
K 772	腎摘出術	16,300	→ 16,300	
K 772-2	腹腔鏡下腎摘出術	(新設)	→ 32,100	
K 773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	31,300	→ 32,900	
K 773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	(新設)	→ 42,300	
K 775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→ 12,600	
K 776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	15,000	→ 15,000	
K 777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	16,900	→ 16,900	
K 778	腎盂形成手術	19,600	→ 19,600	
K 778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	(新設)	→ 29,500	
K 779	移植用腎採取術(生体)	21,700	→ 22,800	
K 779-2	移植用腎採取術(死体)	(新設)	→ 30,000	
K 780	同種腎移植術	71,200	→ 74,800	
(尿管)				
K 781	経尿道の尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	14,800	→ 14,800	
K 781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	10,400	→ 7,000	
K 782	尿管切石術			
	1 上部及び中部	8,180	→ 8,180	
	2 膀胱近接部	12,000	→ 12,000	
K 783	経尿道の尿管狭窄拡張術	16,100	→ 16,100	
K 783-2	経尿道の尿管ステント留置術	2,270	→ 2,270	
K 783-3	経尿道の尿管ステント抜去術	1,000	→ 1,000	
K 784	残存尿管摘出術	12,400	→ 12,400	
K 784-2	尿管剝離術	(新設)	→ 12,400	
K 785	経尿道の腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 18,000	
K 786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 14,900	
K 787	尿管尿管吻合術	16,100	→ 16,100	
K 788	尿管腸吻合術	10,100	→ 10,100	
K 789	尿管腸膀胱吻合術	23,900	→ 23,900	
K 790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 9,930	
K 791	尿管皮膚瘻閉鎖術	15,300	→ 15,300	
K 792	尿管腸瘻閉鎖術	21,800	→ 21,800	
K 793	尿管腔瘻閉鎖術	16,700	→ 16,700	
K 794	尿管口形成手術	14,300	→ 14,300	
(膀胱)				
K 795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 9,750	
K 796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	
K 797	膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	
K 798	膀胱結石、異物摘出術			
	1 経尿道の手術	7,990	→ 7,990	
	2 膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	
K 798-2	経尿道の尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	(新設)	→ 7,990	
K 799	膀胱壁切除術	7,120	→ 7,120	
K 800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K800-2	経尿道的電気凝固術	(新設) →	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	34,100 →	35,800	
	2 その他のもの	25,200 →	26,500	
K802	膀胱腫瘍摘出術	9,460 →	9,460	
K802-2	膀胱脱手術	9,980 →	9,980	
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術			
	1 腸管切除を伴わないもの	(新設) →	11,100	
	2 腸管切除を伴うもの	(新設) →	17,100	
K803	膀胱悪性腫瘍手術			項目の見直し
	1 切除	19,700 →	20,700	
	2 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	32,700 →	34,300	
	3 全摘（尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの）	51,700 →	54,300	
	4 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	62,500 →	65,600	
	5 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	65,700 →	69,000	
	6 経尿道的手術	10,400 →	10,600	
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	ポアリー氏手術	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			
	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	12,500 →	13,100	
	2 後部尿道	20,400 →	21,400	
K819	尿道下裂形成手術	19,000 →	20,000	
K819-2	陰茎形成術	(新設) →	20,000	
K820	尿道上裂形成手術	19,000 →	20,000	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	13,300 →	13,300	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 821-2	尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	(新設) →	14,200	
K 821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	(新設) →	12,300	
K 822	女子尿道脱手術	6,370 →	6,370	
K 823	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	
K 823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	13,800 →	13,800	区分の見直し
第11款 男子性器				
(陰茎)				
K 824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130 →	1,130	
K 825	陰茎全摘術	9,840 →	9,840	
K 826	陰茎切断術	4,500 →	4,500	
K 826-2	陰茎折症手術	6,580 →	6,580	
K 826-3	陰茎様陰核形成手術	(新設) →	4,500	
K 827	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	
K 828	包茎手術			
	1 背面切開術	740 →	740	
	2 環状切除術	2,040 →	2,040	
K 828-2	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)				
K 829	精管切断、切除術（両側）	2,550 →	2,550	
K 830	精巣摘出術	2,770 →	2,770	区分の見直し
K 830-2	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	
K 831	停留精巣摘出術	4,830 →	4,830	区分の見直し
K 831-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣摘出術	12,100 →	13,830	区分の見直し
K 832	精巣上体摘出術	4,200 →	4,200	区分の見直し
K 833	精巣悪性腫瘍手術	—	9,260	区分の見直し
	1 高位精巣摘出術	9,260 →	(削除)	
	2 その他	40,900 →	(削除)	
K 834	精索静脈瘤手術	2,480 →	2,480	
K 834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	11,000 →	11,000	
K 835	陰囊水腫手術			
	1 交通性陰囊水腫手術	3,620 →	3,620	
	2 その他	2,290 →	2,290	
K 836	停留精巣固定術	8,260 →	8,260	区分の見直し
K 836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	(新設) →	18,800	
K 837	精管形成手術	6,690 →	6,690	
K 838	精索捻転手術			
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,650 →	7,650	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
2	その他のもの	6,330	→ 6,330	
	(精囊、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	→ 18,500	
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）	8,550	→ 5,000	
K842	精囊全摘術	15,100	→ 15,100	
K843	前立腺悪性腫瘍手術	30,100	→ 31,600	区分の見直し
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(新設)	→ 45,300	
	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	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	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	17,900	→ 18,800	
	2 皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	26,400	→ 27,700	
K850-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	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	
K851-2	外陰・腔血腫除去術	(新設)	→ 1,600	
K851-3	癒合陰唇形成手術			
	1 筋層に及ばないもの	(新設)	→ 2,330	
	2 筋層に及ぶもの	(新設)	→ 4,430	
	(腔)			
K852	腔壁裂創縫合術（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 腔円蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 6,370	
	4 直腸裂傷を伴うもの	(新設)	→ 18,900	
K853	腔閉鎖術	2,580	→ —	項目の見直し
	1 中央腔閉鎖術（子宮全脱）	(新設)	→ 6,370	
	2 その他	(新設)	→ 2,580	
K854	腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2,230	→ 2,230	区分の見直し
K854-2	後腔円蓋切開（子宮外妊娠）	(新設)	→ 2,230	
K855	腔中隔切除術			
	1 不全隔のもの	1,260	→ 1,260	
	2 全中隔のもの	2,540	→ 2,540	
K856	腔壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	
K856-2	腔壁嚢腫切除術	(新設)	→ 2,540	
K856-3	腔ポリープ切除術	(新設)	→ 1,040	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 856-4	腔壁尖圭コンジローム切除術	(新設) →	1,040	
K 857	腔壁悪性腫瘍手術	21,200 →	22,300	
K 858	腔腸瘻閉鎖術	18,900 →	18,900	
K 859	造腔術、腔閉鎖症術			区分の見直し
	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	10,800 →	11,300	
	3 腔断端挙上によるもの	17,500 →	18,400	
	4 腸管形成によるもの	23,000 →	24,200	
	5 筋皮弁移植によるもの	30,000 →	31,500	
K 860	腔壁形成手術	5,650 →	5,650	
K 860-2	腔断端挙上術（腔式、腹式）	(新設) →	19,500	
(子宮)				
K 861	子宮内膜掻爬術	1,180 →	1,180	
K 862	クレニッヒ手術	7,710 →	7,710	
K 863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	17,100 →	19,100	
K 863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剝離術を含む。）	11,000 →	11,000	
K 864	子宮位置矯正術			項目の見直し
	1 アレキサnder手術	4,040 →	4,040	
	2 開腹による位置矯正術	5,800 →	5,800	
	3 癒着剝離矯正術	8,320 →	8,320	
K 865	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	
K 866	子宮頸管ポリープ切除術	990 →	990	
K 866-2	子宮腔部冷凍凝固術	(新設) →	990	
K 867	子宮頸部（腔部）切除術	3,330 →	3,330	区分の見直し
K 867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	(新設) →	470	
K 867-3	子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	(新設) →	3,330	
K 867-4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	(新設) →	3,330	
K 871	子宮息肉様筋腫摘出術（腔式）	3,980 →	3,980	
K 872	子宮筋腫摘出（核出）術			
	1 腹式	14,500 →	14,500	
	2 腔式	8,450 →	8,450	
K 872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	25,300 →	25,300	項目の見直し
K 872-3	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	
K 872-4	痕跡副角子宮手術			
	1 腹式	(新設) →	14,500	
	2 腔式	(新設) →	8,450	
K 872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	(新設) →	8,450	
K 873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500 →	12,500	
K 876	子宮腔上部切断術	7,310 →	7,310	
K 877	子宮全摘術	17,600 →	17,600	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
K 877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	29,300	→ 38,500	
K 878	広靱帯内腫瘍摘出術	8,450	→ 8,450	区分の見直し
K 878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	(新設)	→ 19,100	区分の見直し
K 879	子宮悪性腫瘍手術	39,000	→ 39,000	
K 881	腹壁子宮瘻手術	12,500	→ 12,500	
K 882	重複子宮、双角子宮手術	13,600	→ 13,600	
K 883	子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	
K 883-2	子宮頸管閉鎖症手術			
	1 非観血的	(新設)	→ 180	
	2 観血的	(新設)	→ 3,590	
K 884	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)				
K 885	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	
K 886	子宮附属器癒着剝離術（両側）			
	1 開腹によるもの	8,910	→ 8,910	
	2 腹腔鏡によるもの	18,300	→ 17,900	
K 887	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	→ 12,200	
K 887-2	卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）			
	1 開腹によるもの	(新設)	→ 4,350	
	2 腹腔鏡によるもの	(新設)	→ 12,200	
K 887-3	卵管口切開術			
	1 開腹によるもの	(新設)	→ 4,350	
	2 腹腔鏡によるもの	(新設)	→ 12,200	
K 887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	(新設)	→ 12,200	
K 888	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	→ 18,600	
K 888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）			
	1 開腹によるもの	(新設)	→ 9,300	
	2 腹腔鏡によるもの	(新設)	→ 18,600	
K 889	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	31,400	→ 33,000	
K 890	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	16,200	→ 16,200	
K 890-2	卵管鏡下卵管形成術	22,700	→ 23,800	
(産科手術)				
K 891	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	2,440	→ 2,440	
K 892	骨盤位娩出術	3,560	→ 3,800	
K 893	吸引娩出術	2,080	→ 2,080	
K 894	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	
K 895	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530	→ 1,530	
K 896	会陰（陰壁）裂創縫合術（分娩時）			
	1 筋層に及ぶもの	1,650	→ 1,650	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	2 肛門に及ぶもの	2,970	→ 2,970	
	3 膣円蓋に及ぶもの	3,320	→ 3,320	
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 6,310	
K 897	頸管裂創縫合術（分娩時）	3,770	→ 3,770	
K 898	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	
K 899	胎児縮小術（娩出術を含む）	3,220	→ 3,220	
K 900	臍帯還納術	1,240	→ 1,240	
K 900-2	脱垂肢整復術	(新設)	→ 1,240	
K 901	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	1,890	→ 1,890	
K 902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	
K 903	子宮破裂手術			
	1 子宮全摘除を行うもの	14,300	→ 21,300	
	2 子宮腔上部切断を行うもの	13,200	→ 15,800	
	3 その他のもの	8,580	→ 8,580	
K 904	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	13,200	→ 21,300	
K 905	子宮内反症整復手術（腔式、腹式）	8,180	→ —	項目の見直し
	1 非観血的	(新設)	→ 340	
	2 観血的	(新設)	→ 8,180	
K 906	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	
K 907	胎児外回転術	670	→ 670	
K 908	胎児内（双合）回転術	1,190	→ 1,190	
K 909	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	
K 909-2	子宮内容除去術（不全流産）	(新設)	→ 1,910	
K 911	胞状奇胎除去術	4,280	→ 4,280	
K 912	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	
K 913	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13款 脳死臓器提供管理料				
K 914	脳死臓器提供管理料	(新設)	→ 14,200	
第2節 輸血料				
K 920	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	

区分番号	手術名	点数		備考
		現行	改正	
	ロ 2回目以降	350	→ 350	
	3 自己血貯血			
	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）			
	(1) 液状保存の場合	(新設)	→ 200	
	(2) 凍結保存の場合	(新設)	→ 400	
	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	(新設)	→ 200	
	(2) 凍結保存の場合	(新設)	→ 400	
	4 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	→ 750	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,500	
	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	→ 750	
	(2) 凍結保存の場合	1,900	→ 1,500	
	5 交換輸血（1回につき）	5,250	→ 5,250	
K 920-2	輸血管管理料			
	1 輸血管管理料Ⅰ	(新設)	→ 200	
	2 輸血管管理料Ⅱ	(新設)	→ 70	
K 921	移植骨髄穿刺（一連につき）	16,600	→ 16,600	
K 922	骨髄移植			
	1 同種移植	47,600	→ 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	
K 922-2	臍帯血移植	36,900	→ 36,900	
K 923	術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）	5,000	→ 4,500	
第3節 手術医療機器等加算				
K 930	脊髄誘発電位測定加算	(新設)	→ 3,130	
K 931	超音波凝固切開装置加算	(新設)	→ 2,000	
K 932	創外固定器加算	(新設)	→ 10,000	
K 933	イオントフォーゼ加算	(新設)	→ 45	
K 934	副鼻腔手術用内視鏡加算	(新設)	→ 1,000	
K 935	止血用加熱凝固切開装置加算	(新設)	→ 700	
K 936	自動縫合器加算	(新設)	→ 2,500	
K 936-2	自動吻合器加算	(新設)	→ 5,500	
K 936-3	微少血管自動縫合器置加算	(新設)	→ 2,500	
K 937	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植用機器加算	(新設)	→ 30,000	
K 938	体外衝撃波消耗性電極加算	(新設)	→ 3,000	

項 目	現 行	改 正
第11部 麻 酔 通 則 (通則の変更)	3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A 000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同ただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。	3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A 000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注4のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。
第1節 麻酔料 静脈麻酔 (区分の追加)	静脈麻酔	静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔

項 目	現 行	改 正
脊椎麻酔 (加算の見直し)	注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。	注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に128点を加算する。
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (2時間まで) (項目の追加)	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (2時間まで) 6,100点	1 別に厚生労働大臣が定める重症の患者に対して行った場合 8,300点 2 1以外の場合 6,100点
(加算の見直し)	注2 腹腔鏡下手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術 (人工心肺を用いる場合を除く。)又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術 (低体温で行う場合を除く。)の場合は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。	注2 腹腔鏡下手術又は側臥位における手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術 (人工心肺を用いる場合及び区分番号K 552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しないもの)を除く。)又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術 (低体温で行う場合を除く。)の場合又は区分番号K 552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しないもの)の場合 (低体温で行う場合を除く。)は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で

項 目	現 行	改 正
		行う心臓手術、区分番号 K 552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行う場合又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。
(加算の削除)	注 5 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合は、50 点を加算する。	(削除)
(区分の新設)	(新設)	低体温療法（1 日につき） 12,200 点
麻酔管理料 (点数の見直し)	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100 点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 580 点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 130 点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 750 点
第 2 節 神経ブロック料		
神経ブロック（局所麻酔剤使用） (名称の変更)	神経ブロック（局所麻酔剤使用）	神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）
(項目の変更)	5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブ	5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経

項 目	現 行	改 正
	ロック 170点	ブロック、閉鎖神経ブロック 170点
(項目の変更)	6 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、正中神経ブロック 90点	6 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック 90点
(注の変更)	注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤使用）は、区分番号 L 102 に掲げる神経幹内注射で算定する。	注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号 L 102 に掲げる神経幹内注射で算定する。
神経ブロック（神経破壊剤使用） (名称の変更)	神経ブロック（神経破壊剤使用）	神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）
(注の変更)	注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤使用）は、区分番号 L 102 に掲げる神経幹内注射で算定する。	注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号 L 102 に掲げる神経幹内注射で算定する。

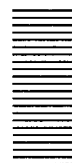
項 目	現 行	改 正
第12部 放射線治療		
放射線治療料		
放射線治療管理料 (項目の変更)	1 1門照射又は対向2門照射を行った場合 2 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 3 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合	1 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合
ガンマナイフによる定位放射線治療 (点数の見直し)	63,000点	50,000点
密封小線源治療 (区分の見直し)	密封小線源治療	密封小線源治療(1連につき)
(項目の変更)	3 組織内照射 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7,500点 ロ その他の場合 6,000点	3 組織内照射 イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点 ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7,500点 ハ その他の場合 6,000点
(注の追加)	(新設)	注4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。

項 目	現 行	改 正
第3章 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療費 前2章の規定にかかわらず、介護老人保健施設の入所者である患者に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、老人医科点数表第3章の例による。	(老人点数表の規定) 介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った医療に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。	介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養又は医療の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。
第1部 併設保険医療機関の医療に関する事項 (項目・注の変更)	1 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、健康保険の算定方法に基づき別に厚生労働大臣が定めるところによる。 2 施設入所者材料料 イ 医科点数表第2章第2部第4節区分番号C300特定保険医療材料 ロ 医科点数表第2章第2部第2節の各区分の注中に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については医科点数表の例による。 3 その他の診療料 併設保険医療機関に係る施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定せず、別に厚生労働大臣が定めるところによる。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部指導管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料	1 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。 2 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節区分番号C300特定保険医療材料 ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。 3 その他の診療料 併設保険医療機関に係る施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料

項 目	現 行	改 正
第 2 部 併設保険医療機関以外の 保険医療機関 の医者に関する事項 (注の変更)	2 施設入所者自己腹膜灌 流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹 膜灌流に用いる薬剤 1 調剤につき、薬価から 15円を控除した額を10 円で除して得た点数に つき1点未満の端数を 切り上げて得た点数に 1点を加算して得た点 数 注 使用薬剤の薬価は、健 康保険の算定方法に基 づき別に厚生労働大臣 が定めるところによる。	2 施設入所者自己腹膜灌 流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹 膜灌流に用いる薬剤 1 調剤につき、薬価から 15円を控除した額を10 円で除して得た点数に つき1点未満の端数を 切り上げて得た点数に 1点を加算して得た点 数 注 使用薬剤の薬価は、 第1章及び第2章の例 による。
(項目・注の変更)	3 施設入所者材料料 イ 医科点数表第2章第 2部第4節区分番号C 300特定保険医療材料 ロ 医科点数表第2章第 2部第2節の各区分の 注中に掲げる加算とし て算定できる材料 注 イ及びロの算定方法 については医科点数表 の例による。	3 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節 区分番号C 300特定保 険医療材料 ロ 第2章第2部第2節 第2款に掲げる加算と して算定できる材料 注 イ及びロの算定方法 については第2章の例 による。
(項目の変更)	4 その他の診療料 併設保険医療機関以外 の保険医療機関に係る施 設入所者共同指導料、施 設入所者自己腹膜灌流薬 剤料及び施設入所者材料 料以外の診療料の算定 は、第1章及び第2章の 例による。ただし、第1 章及び第2章に掲げる診 療料のうち次に掲げるも のについては算定せず、 別に厚生労働大臣が定め る検査及び画像診断に係 る診療料の算定について は別に厚生労働大臣が定 めるところによる。 ロ 第2章特掲診療料第 1部指導管理等に掲げ る診療料(寝たきり老 人退院時共同指導料及 び診療情報提供料(B) を除く。)	4 その他の診療料 併設保険医療機関以外 の保険医療機関に係る施 設入所者共同指導料、施 設入所者自己腹膜灌流薬 剤料及び施設入所者材料 料以外の診療料の算定 は、第1章及び第2章の 例による。ただし、第1 章及び第2章に掲げる診 療料のうち次に掲げるも のについては算定しな い。 ロ 第2章特掲診療料第 1部医学管理等に掲げ る診療料(地域連携退 院時共同指導料、診療 情報提供料(I)(注4 に掲げる場合に限る。) 及び診療情報提供料 (II)を除く。)

項 目	改 正			
第4章 経過措置	第1部 算定制限 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
	第1章第2部通則6に規定する複合病棟に係る入院基本料	複合病棟に関する基準に適合するものとして地方社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出た保険医療機関のうち、平成14年3月31日において複合病棟を有する保険医療機関	複合病棟（平成14年3月31日において複合病棟の入院基本料又は老人入院基本料を算定するものに限る。）に入院している患者	平成18年9月30日までの間
	区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1	区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1を算定する病棟を有する保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成18年6月30日までの間
	区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料	医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関	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
	区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料1	区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料1を算定する病室を有する保険医療機関	第2欄に掲げる病室に入院している患者	平成18年6月30日までの間
	区分番号A215に掲げる夜間勤務等看護加算	区分番号A215に掲げる夜間勤務等看護加算を算定する病棟を有する保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成18年6月30日までの間

項	目	改	正	
	区分番号 A 306 に掲げる特殊疾患入院医療管理料	平成18年 3 月 31 日において、平成 年厚生労働省告示第 号（診療報酬の算定方法を定める件）による改正前の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別表第一区分番号 A 306 に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定基準別表第一第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特殊疾患入院医療管理料を算定する病室を有する病院である保険医療機関	第 2 欄に掲げる病室に入院している患者	平成20年 3 月 31 日までの間
	区分番号 A 309 に掲げる特殊疾患療養病棟入院料	平成18年 6 月 30 日において、区分番号 A 309 に掲げる特殊疾患療養病棟入院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20年 3 月 31 日までの間。ただし、当該病棟が療養病棟である場合は、平成18年 6 月30 日までの間
	区分番号 A 313 に掲げる老人一般病棟入院医療管理料	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包括病床群を有する病院である保険医療機関	第 2 欄に掲げる包括病床群に入院している患者	平成20年 3 月 31 日までの間



項	目	改	正								
		第 2 部 読替規定 次の表の第 1 欄に掲げる期間は、同表の第 2 欄に掲げる規定中同表の第 3 欄に掲げる字句を同表の第 4 欄に掲げる字句と読み替えて適用するものとする。 <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>平成 18 年 6 月 30 日までの間</td><td>第 2 章第 5 部第 3 節の区分番号 F 200 に掲げる薬剤及び同章第 6 部第 2 節の区分番号 G 100 に掲げる薬剤の注 1</td><td>特別入院基本料</td><td>特別入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する病棟においては、特別入院基本料 2）</td></tr></table>		第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	平成 18 年 6 月 30 日までの間	第 2 章第 5 部第 3 節の区分番号 F 200 に掲げる薬剤及び同章第 6 部第 2 節の区分番号 G 100 に掲げる薬剤の注 1	特別入院基本料	特別入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する病棟においては、特別入院基本料 2）
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄								
平成 18 年 6 月 30 日までの間	第 2 章第 5 部第 3 節の区分番号 F 200 に掲げる薬剤及び同章第 6 部第 2 節の区分番号 G 100 に掲げる薬剤の注 1	特別入院基本料	特別入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する病棟においては、特別入院基本料 2）								