

福岡県医発第2065号(地)
平成20年 2月14日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

中医協答申書の送付について

平成20年2月13日に開催されました中医協総会におきまして、平成20年度診療報酬改定に関する「答申書」が中医協土田会長より舩添厚生労働大臣に手交されましたので、関係書類を送付いたします。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明
次期担当理事 毛利康茂



日医発第1010号（保195）
平成20年2月13日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
唐 澤 祥 人

中医協答申書の送付について

平成20年度の診療報酬改定に関しましては、昨年10月より中医協診療報酬基本問題小委員会で議論を開始し、同月に社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会が公表した「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」、同年12月に社会保障審議会医療保険部会・医療部会が公表した「平成20年度診療報酬改定の基本方針」および平成20年度予算編成における「診療報酬改定率」の決定を受け、改めて中医協において具体的な議論を重ねてきたところであります。

その結果、平成20年1月18日の中医協総会において厚生労働大臣から諮問が行われるとともに、診療報酬改定内容の骨子となる「平成20年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」に関して、パブリックコメントの募集や地方公聴会を開催したことは、1月18日付け（保181）にて、社会保険担当理事あてにご連絡申し上げたとおりであります。

これまでの中医協等の議論を踏まえ、本日開催された中医協総会におきまして、平成20年度診療報酬改定に関する「答申書」が中医協土田会長より舩添厚生労働大臣に手交されましたのでご報告申し上げますとともに、取り急ぎ関係書類を送付させていただきます。

<添付資料>

- ・ 答申書（平成20年2月13日 中央社会保険医療協議会）
- ・ 別紙1 診療報酬の算定方法
 [1 医科診療報酬点数表 2 歯科診療報酬点数表 3 調剤報酬点数表]
- ・ 別紙2 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法
- ・ 別紙3 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養
- ・ 別紙4 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法
 診断群分類点数表
- ・ 平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について（案）
 （平成20年2月13日 中医協総会資料）

平成 2 0 年度診療報酬改定における 主要改定項目について（案）

【 目 次 】

緊急課題 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

緊急課題－１	産科・小児科への重点評価について……………	３
緊急課題－２	診療所・病院の役割分担等について……………	１３
緊急課題－３	病院勤務医の事務負担の軽減について……………	１８
緊急課題－４	救急医療対策について……………	２０

I 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（ＱＯＬ）を高める医療を実現する視点

I－１	医療費の内容の情報提供について……………	２１
I－２	分かりやすい診療報酬体系等について……………	２２
I－３	生活を重視した医療について……………	３０
I－４	保険薬局の機能強化について……………	３８

II 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

II－１	質の高い効率的な入院医療の推進について……………	３９
II－２	質の評価手法の検討について……………	５０
II－３	医療ニーズに着目した評価について……………	５５
II－４	在宅医療の推進について……………	５７
II－５	精神障害者の療養生活支援について……………	６１
II－６	歯科医療の充実について……………	７３
II－７	調剤報酬の見直しについて……………	１１０

Ⅲ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅲ－１	がん医療の推進について……………	１１４
Ⅲ－２	脳卒中对策について……………	１２４
Ⅲ－３	自殺対策・子どもの心の対策について……………	１２７
Ⅲ－４	医療安全の推進と新しい技術等の評価について……………	１３０
Ⅲ－５	オンライン化・ＩＴ化の促進について……………	１４０

Ⅳ 医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

Ⅳ－１	新しい技術への置換えについて……………	１４１
Ⅳ－２	後発医薬品の使用促進等について……………	１４５
Ⅳ－３	その他の効率化や適正化すべき項目等について……………	１５０

Ⅴ 後期高齢者の診療報酬について

Ⅴ－１	入院医療について……………	１５２
Ⅴ－２	在宅医療について……………	１６０
Ⅴ－３	外来医療について……………	１６９
Ⅴ－４	終末期医療について……………	１７５

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成１８年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

第２ 具体的な内容

１ ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引き上げ

現 行	改正案
【ハイリスク分娩管理加算】（１日につき） １，０００点 [対象者] 妊娠２２週から２７週の早産、４０歳以上の初産婦、分娩前のBMIが３５以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離	【ハイリスク分娩管理加算】（１日につき） <u>２，０００点</u> [対象者] 妊娠２２週から<u>３２週未満</u>の早産、４０歳以上の初産婦、分娩前のBMIが３５以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、<u>常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u> [施設基準等] <u>病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること</u>

改

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 1, 000点（1日につき）

[対象者]

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現 行	改正案
【ノンストレステスト】 [対象者] 妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合 [算定回数] 入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定	【ノンストレステスト】 [対象者] <u>40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦</u> [算定回数] 入院中では1週間につき<u>3回</u>に限り、入院中以外では<u>1週間</u>につき1回に限り算定

改

産科医療に係る地域ネットワークの機能に関する評価

骨子【緊急課題－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、各都道府県において、総合周産期母子医療センターを中核とする周産期医療ネットワークの整備が進められており、こうした取組をさらに進めるため、医療機関間の連携体制や妊婦の救急受入れについての評価を行う。

第２ 具体的な内容

１ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の対象拡大

現 行	改正案
【ハイリスク妊産婦共同管理料】 [対象者] 妊娠２２週から２７週の早産、４０歳以上の初産婦、分娩前のBMIが３５以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離	【ハイリスク妊産婦共同管理料】 [対象者] 妊娠２２週から <u>３２週未満</u> の早産、４０歳以上の初産婦、分娩前のBMIが３５以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、 <u>常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u> <u>妊娠３０週未満の切迫早産、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病及びRh不適合等の妊婦</u>

改

新 ２ 診療情報提供料（Ⅰ）の加算の創設 ２００点

[算定要件]

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準の届出を行っている保険医療機関からハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の基準を満たす病院に対する紹介に限る

[対象者]

ハイリスク妊産婦共同管理料の対象者

新 3 妊産婦緊急搬送入院加算の創設 5, 000点（入院初日）

[算定要件]

妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に算定する

[施設基準]

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること

[対象患者]

- 1 妊娠状態の異常が疑われ、救急車等により当該医療機関に搬送された妊産婦
- 2 他の医療機関において、妊娠状態の異常が認められ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦
- 3 助産所において、妊娠状態の異常が疑われ、当該医療機関に緊急搬送された妊産婦のいずれかであって、医療保険の対象となる入院診療が行われた者（ただし、直近3ヶ月以内に当該医療機関の受診歴のある患者は除く。）

周産期医療における新生児に対する医療 及び救急搬送に係る評価について

第１ 基本的な考え方

リスクの高い新生児に高度の医療が適切に提供されるよう救急医療機関等での病態の安定化後に産科や小児科などの専門的な医療機関で治療を行う必要がある場合に、病態の急激な変化に対応できるよう、医師が同乗し、必要な医療機器等を備えて、救急用の自動車等で当該患者を搬送する必要性が生じている。

第２ 具体的な内容

- １ リスクの高い新生児に対して高度の医療を提供した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【新生児入院医療管理加算】（１日につき） 750点	【新生児入院医療管理加算】（１日につき） <u>800点</u>

改

- ２ 小児患者等を含めて病態が不安定な患者を、医師が同乗し救急用の自動車等で搬送した場合の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【救急搬送診療料】 650点	【救急搬送診療料】 <u>1,300点</u>

改

小児の手厚い入院医療の評価

骨子【緊急課題－１－(2)】

第１ 基本的な考え方

子ども病院を始めとする地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関においては、現行の小児入院医療管理料１で求めている要件以上の手厚い人員配置により、高い水準の医療が提供されている。こうした医療機関について、新たな区分を設け、診療報酬上さらに高い評価を行う。

第２ 具体的な内容

小児入院医療管理料の再編成

現 行		改正案	
【小児入院医療管理料】（１日につき）		【小児入院医療管理料】（１日につき）	
		1	4, 500点
1	3, 600点	→ 2	3, 600点
2	3, 000点	→ 3	3, 000点
3	2, 100点	→ 4	2, 100点
		[施設基準等] 小児入院医療管理料 1 1 常勤の小児科又は小児外科の医師 20 人以上（複数の医師が協同して常勤の場合と同等の時間の勤務が行われている場合には、10 名までは常勤として取り扱う。） 2 新生児及び乳幼児の入院での手術が年間 200 例以上 3 7 : 1 以上の看護配置で、夜間も 9 : 1 以上を確保 4 平均在院日数 21 日以内 等	

新

障害を持つ小児への手厚い医療の評価

骨子【緊急課題－１－(3)】

第１ 基本的な考え方

超重症児や人工呼吸器を装着した患者が多い施設において、より手厚い看護配置を行うものを適切に評価する観点から、以下の措置を講ずる。

- １ 超重症児・準超重症児の中でも、状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、重点的に評価を行う。
- ２ 肢体不自由児（者）等を対象とする施設において、一定以上の割合で超重症児等が入院していることを条件として、障害者等入院基本料に７対１入院基本料を創設する。

第２ 具体的な内容

１ 超重症児等について

状態が特に安定しない乳幼児期の患者について、特に加算を引き上げる。

現 行	改正案
【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（１日につき）	【超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算】（１日につき）
１ 超重症児（者）入院診療加算 300点	１ 超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 600点 6歳以上 300点
２ 準超重症児（者）入院診療加算 100点	２ 準超重症児（者）入院診療加算 6歳未満 200点 6歳以上 100点

改

2 肢体不自由児施設等に限る、障害者施設等入院基本料に、超重症児等の入院比率を条件とする7対1入院基本料を新設する。

現 行		改正案	
【障害者施設等入院基本料】（1日につき）		【障害者施設等入院基本料】（1日につき）	
		1 7対1入院基本料	1, 555点
1	10対1入院基本料 1, 269点	→ 2 10対1入院基本料	1, 300点
2	13対1入院基本料 1, 092点	→ 3 13対1入院基本料	1, 092点
3	15対1入院基本料 954点	→ 4 15対1入院基本料	954点
		〔施設基準等〕 7対1入院基本料 1 当該病棟において、入院患者7に対し看護職員1以上を配置すること。ただし、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること 2 当該病棟に入院する患者のうち、3割以上が超重症児（者）又は準超重症児（者）であること 3 肢体不自由児施設、重度心身障害児施設又は国立高度専門医療センター並びに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	

新

障害児等のリハビリテーションの充実・拡大

骨子【緊急課題－１－（４）（５）】

第１ 基本的な考え方

- 1 障害児（者）リハビリテーション料について、特殊性や専門性を考慮し診療報酬上の評価を引き上げる。また、実際に一定の割合以上障害児（者）を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設を対象施設に追加する。
- 2 失語症などの言語障害に対する治療については、個別療法を実施した場合に脳血管疾患等リハビリテーション料を算定することとしているが、集団で実施するコミュニケーション療法にも一定の効果が期待できることから、診療報酬上の評価を行う。

第２ 具体的な内容

- 1 現行の障害児（者）リハビリテーションの評価について見直し、さらに、一定以上の割合で障害児（者）を受け入れ、専門的な障害児（者）に対するリハビリテーションを行っている施設を評価の対象に追加する。

現 行	改正案												
【障害児（者）リハビリテーション料】 （１単位） <table> <tr> <td>６歳未満</td><td>１９０点</td></tr> <tr> <td>６歳～１８歳</td><td>１４０点</td></tr> <tr> <td>１８歳以上</td><td>１００点</td></tr> </table> ・患者１人につき１日６単位まで算定する [算定要件] 児童福祉法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	６歳未満	１９０点	６歳～１８歳	１４０点	１８歳以上	１００点	【障害児（者）リハビリテーション料】 （１単位） <table> <tr> <td>６歳未満</td><td><u>２２０点</u></td></tr> <tr> <td>６歳～１８歳</td><td><u>１９０点</u></td></tr> <tr> <td>１８歳以上</td><td><u>１５０点</u></td></tr> </table> ・患者１人につき１日６単位まで算定する [算定要件] 以下の各号のいずれかに該当すること 1 児童福祉法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 2 当該施設でリハビリテーションを実施される患者が、主として脳性麻痺等の患者（た	６歳未満	<u>２２０点</u>	６歳～１８歳	<u>１９０点</u>	１８歳以上	<u>１５０点</u>
６歳未満	１９０点												
６歳～１８歳	１４０点												
１８歳以上	１００点												
６歳未満	<u>２２０点</u>												
６歳～１８歳	<u>１９０点</u>												
１８歳以上	<u>１５０点</u>												

改

[施設基準] ・ 60㎡以上 (言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)	だし、加齢に伴う心身の変化に起因する疾病のものを除く。) であること [施設基準] ・ <u>病院60㎡以上、診療所45㎡以上</u> (言語聴覚療法を行う場合は、専用の個別療法室8㎡以上を別に有していること)
--	--

2 言語障害のある患者（脳血管障害等による失語、構音障害や小児の発達障害によるもの等）を対象に、集団でコミュニケーション療法を実施した場合についての評価を新設する。

新 集団コミュニケーション療法 1単位につき 50点

(1人につき1日3単位まで算定可)

[算定要件]

- 1 専用の集団療法室等において、医師の指示のもと言語聴覚士（又は医師）と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する
- 2 実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とし、訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする
- 3 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

[施設基準]

- 1 現に脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料を算定する施設で、専用の集団療法室を備えていること
- 2 専任の常勤医師が1名以上いること
- 3 言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が1名以上いること

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料の算定対象患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

勤務医の負担軽減に資する地域での機能分担の 促進に係る評価

骨子【緊急課題－２－(2)】

第１ 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減に資するため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止める観点から、診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設する。

第２ 具体的な内容

夜間や休日における診療は、診療応需の体制を解いた診療所が急病等やむを得ない理由により診療を行った場合に、時間外加算等として評価されているが、開業時間内に行う夜間、早朝等における診療について初・再診料に係る加算を創設する。

新 (1) 初診料 夜間・早朝等加算 50点

新 (2) 再診料 夜間・早朝等加算 50点

[算定要件]

開業時間であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診料に対して加算する

- 1 平日においては夜間（１８～２２時）、早朝（６～８時）の診療
- 2 土曜においては夜間等（１２～２２時）、早朝（６～８時）の診療
- 3 日曜、祝日においては深夜以外（６～２２時）の診療

[施設基準]

- 1 週３０時間以上開業している診療所であること
- 2 開業時間を分かりやすい場所に掲示していること

[補足事項]

保険医療機関が診療応需の体制を解いた後において、診療を再開することを評価した初・再診料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱いについては、現行のとおり

小児の時間外等の外来医療の評価

骨子【緊急課題－２－(3)】

第１ 基本的な考え方

小児科における病院勤務医の負担軽減を図るため、診療所が時間外を含めた小児科の外来医療を担うことを更に推進するため、小児科の外来に係る診療報酬上の評価を引き上げる。

第２ 具体的な内容

１ 地域連携小児夜間・休日診療料の評価の引上げ

地域連携小児夜間・休日診療料 1	300点	→	<u>350点</u>
地域連携小児夜間・休日診療料 2	450点	→	<u>500点</u>

２ 小児科外来診療料の引上げ

小児科外来診療料

１ 処方せんを交付する場合

イ 初診時	550点	→	<u>560点</u>
ロ 再診時	370点	→	<u>380点</u>

２ １以外の場合

イ 初診時	660点	→	<u>670点</u>
ロ 再診時	480点	→	<u>490点</u>

地域で中核となる病院に勤務する医師の 負担軽減の評価

骨子【緊急課題－２－(4)】

第１ 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

第２ 具体的な内容

新 入院時医学管理加算 １２０点（１日につき、１４日を限度）

〔算定要件〕

- １ 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- ２ 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (１) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (２) 精神科による２４時間対応が可能な体制が取られていること
- ３ 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (１) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (２) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
 - (３) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- ４ 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
入院患者のうち、全身麻酔件数が年８００件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

１０対１入院基本料の見直し

第１ 基本的な考え方

地域医療を担う多くの医療機関は、在院日数の減少により、短期間でより多くの患者に対して入院医療を提供することから、勤務医負担も大きい。このような地域の急性期医療を担う医療機関に対する評価として、１０対１入院基本料の評価を引き上げる。

第２ 具体的な内容

現 行	改 正 案
A100 一般病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 １，２６９点	A100 一般病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 <u>１，３００点</u>
A102 結核病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 １，１６１点	A102 結核病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 <u>１，１９２点</u>
A103 精神病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 １，２０９点	A103 精神病棟入院基本料 2 １０対１入院基本料 <u>１，２４０点</u>
A104 特定機能病院入院基本料 1 一般病棟の場合 □ １０対１入院基本料 １，２６９点 2 結核病棟の場合 □ １０対１入院基本料 １，１６１点 3 精神病棟の場合 □ １０対１入院基本料 １，２０９点	A104 特定機能病院入院基本料 1 一般病棟の場合 □ １０対１入院基本料 <u>１，３００点</u> 2 結核病棟の場合 □ １０対１入院基本料 <u>１，１９２点</u> 3 精神病棟の場合 □ １０対１入院基本料 <u>１，２４０点</u>
A105 専門病院入院基本料 2 １０対１入院基本料 １，２６９点	A105 専門病院入院基本料 2 １０対１入院基本料 <u>１，３００点</u>
A106 障害者施設等入院基本料 2 １０対１入院基本料 １，２６９点	A106 障害者施設等入院基本料 2 １０対１入院基本料 <u>１，３００点</u>

特定機能病院等の評価

第１ 基本的な考え方

特定機能病院・専門病院に対しては、高度な医療を提供していること等を考慮し、一般病棟に係る入院基本料の１４日以内の期間に係る加算を更に評価する。

ただし、特定機能病院・専門病院の役割にかんがみ、入院時医学管理加算等の評価を行わない。

第２ 具体的な内容

１ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）

現 行	改正案	改
イ 一般病棟の場合 (1) １４日以内の期間の加算 ６５２点	イ 一般病棟の場合 (1) １４日以内の期間の加算 <u>７１２点</u>	

２ 専門病院入院基本料

現 行	改正案	改
イ １４日以内の期間の加算 ４５２点	イ １４日以内の期間の加算 <u>５１２点</u>	

勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題－３】

第１ 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

第２ 具体的な内容

入院基本料等加算の新設

新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

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

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

〔算定要件〕

- １ 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- ２ 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する

〔施設基準〕

- １ 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低６ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- ２ 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成１９年１２月２８日医政発第１２２８００１号）にある、「２ 役割分担の具体例（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 １）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
- ３ 加えて、「診療録等の記載について」（昭和６３年５月６日総第１７号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

１８年４月２１日医政発第０４２１００５号等）、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成１９年３月３０日医政発第０３３００３３号）等に準拠した体制が整備されていること

４ 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

[病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係]

病院機能	２５対１	５０対１	７５対１	１００対１
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関※	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が２００名以上の実績を有する病院（２００名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。）

[医師事務作業補助者の業務範囲]

- １ 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）への対応を医師の指示の下に行う
- ２ 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

救急医療の充実に係る評価

骨子【緊急課題－４】

第１ 基本的な考え方

救命救急センターでは、効率的な急性期医療の提供を目的として、入院初期より濃厚な医療を実施し、できるだけ早期に患者が一般病棟へ移行できるよう取組を行っている。そのため、極早期における手厚い医療が提供できるよう評価の仕組みを変更し、評価を引き上げる。

第２ 具体的な内容

現行の救命救急入院料では、７日以内の期間について一律に評価しているが、３日以内と４～７日以内に分けて、極早期の入院医療の評価を引き上げる。

現 行	改正案
１ ７日以内の期間 イ 救命救急入院料１ ９, ０００点 ロ 救命救急入院料２ １０, ４００点	１ ３日以内の期間 イ 救命救急入院料１ ９, ７００点 ロ 救命救急入院料２ １１, ２００点 ２ ４日以上７日以内の期間 イ 救命救急入院料１ ８, ７７５点 ロ 救命救急入院料２ １０, １４０点

改

明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【Ⅰ－１】

第１ 基本的な考え方

１ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関※^１については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける※^２。その際、ＤＰＣ対象病院においては、レセプト提出時に包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報が添付されることと合わせ、入院中に使用された医薬品及び行われた検査について、その名称を付記することが望ましい。明細書の発行の際、費用徴収を行う場合にあっては、実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。

※１ 具体的な医療機関の範囲（平成２０年度よりレセプトオンライン化が義務付けられる医療機関と同様）

- ① 医療法上の許可病床数が４００床以上の医療機関であること
- ② レセプト電算システムが導入されていること

※２ レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う（別に明細書を発行する必要はない。）。

２ 電子化加算（初診料への加算）

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が４００床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

第２ 具体的な内容

１ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

第１の１※１に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

２ 電子化加算

[算定要件]

４００床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

[施設基準]

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

病院における再診料の評価の見直し

骨子【緊急課題－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

病院と診療所との再診料の点数格差については、患者の視点に立てば、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないかと指摘があることや、病院と診療所の格差是正を進めるべきとの指摘を踏まえ、再診料の病診格差の是正を行う。

第２ 具体的な内容

再診料（病院の場合）の評価の見直し

現行 ５７点 → 改定案 ６０点

（診療所の場合については、引き続き７１点）

外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【Ⅰ－２－(4)】

第１ 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。

これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

第２ 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

[提供される診療内容]

１ 問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話しでは、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

２ 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

３ これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。」

「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いですよ。」

４ 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

５ １～４については、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。また、これらの診察には最低でも５分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。

疾患別リハビリテーション料の逓減制の廃止等

骨子【Ⅰ－２－(5)】

第１ 基本的な考え方

平成１９年４月の疾患別リハビリテーション料の一部見直しにより導入された逓減制や医学管理料について、患者一部負担がリハビリテーションを受ける時期により異なってくるなど患者にとって分かりにくいとの指摘があることから見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１ 逓減制と医学管理料の廃止と脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）の新設

(1) 逓減制については、診療報酬点数表の簡素化を図るため、今回の見直しにより廃止する。また、適正な評価の観点から、脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）を新設する。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	２５０点	２５０点	１８０点	１８０点
上段：逓減前				
下段：逓減後	２１０点	２１０点	１５０点	１５０点
リハビリテーション料（Ⅱ）	１００点	１００点	８０点	８０点
上段：逓減前				
下段：逓減後	８５点	８５点	６５点	６５点
逓減までの日数	１２０日	１４０日	１２０日	８０日
算定日数上限	１５０日	１８０日	１５０日	９０日

(改正案)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>200点</u>	<u>235点</u>	<u>170点</u>	<u>170点</u>
リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>100点</u>	<u>190点</u>	<u>80点</u>	<u>80点</u>
リハビリテーション料(Ⅲ)		<u>100点</u>		
標準的リハビリテーション実施日数	150日	180日	150日	90日

(2) 疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止し、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする（算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能。）。

(現行)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料(Ⅰ)の医学管理料	440点	440点	340点	340点
リハビリテーション料(Ⅱ)の医学管理料	260点	260点	220点	220点

(改正案)

廃止

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて診療報酬上評価することとする。

新 (1) 早期リハビリテーション加算 30点（1単位につき）

[算定要件]

- 1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- 2 入院中の患者についてのみ算定できることとする

3 入院中の患者に対し、訓練室以外の病棟等において行われたものについてのみ算定できるADL加算については、簡素化の観点より廃止とする。

(現行) ADL加算 1単位につき 30点
(改正案) 廃止

4 リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする。

現 行	改正案
【リハビリテーション総合計画評価料】 480点 [算定要件] 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総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、入院初月又はリハビリテーションを最初に実施した月並びに、その月から2月、3月及び6月の各月に限り、それぞれ1月に1回を限度として算定する	【リハビリテーション総合計画評価料】 <u>300点</u> [算定要件] 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総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、<u>1月に1回を限度として算定できる</u>

改

１ 手術当たりの支払方式の試行的導入

骨子【Ⅰ－２－(6)】

第１ 基本的な考え方

標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものについて、１手術当たりの支払い方式とする。

第２ 具体的な内容

新 短期滞在手術基本料 3 １手術当たり 5, 670 点
(4泊5日までの場合)

[算定要件]

- 1 15歳未満の鼠径ヘルニア手術（ただし、小児入院医療管理料を算定する患者、特別入院基本料を算定する患者は除く。）に係る5日以内の入院を対象とする
- 2 包括対象
 - ・入院基本料及び入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、栄養管理実施加算は除く。）
 - ・検査 ・画像診断 ・投薬 ・注射 ・1,000点未満の処置 等

病理学診断の重要性に着目した評価

骨子【Ⅰ－２－(7)】

第１ 基本的な考え方

病理学的検査の重要性に鑑み、現在は「第３部 検査」として評価されている病理学的検査を、「第１３部 病理診断」として評価するとともに、既存の項目について、病理診断の進歩を踏まえて、実際の診療に即したものに再編成する。

加えて、検査として特定入院料に包括評価されている病理学的検査診断・判断料を、病理医の技術料として包括外として評価する。

第２ 具体的な内容

１ 「第１３部 病理診断」の新設と算定項目の再編成

現 行	改正案
第３部 検査 第２節 病理学的検査料	第１３部 病理診断
第１款 病理学的検査実施料	第１節 病理標本作製料
【病理組織顕微鏡検査】	【病理組織標本作製】
電子顕微鏡加算	【電子顕微鏡病理組織標本作製】
免疫抗体法加算	【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】
【その他の病理組織検査】	
１ エストロゲンレセプター検査	１ エストロゲンレセプター
２ プロジェステロンレセプター(PgR)検査	２ プロジェステロンレセプター
３ H E R ２タンパク	３ H E R ２タンパク
	４ その他
【病理組織迅速顕微鏡検査】	【術中迅速病理組織標本作製】
【細胞診検査】	【細胞診】
１ 婦人科材料	１ 婦人科材料
２ その他	２ その他
【H E R ２遺伝子】	【H E R ２遺伝子標本作製】
第２款 病理学的検査診断・判断料	第２節 病理診断・判断料
【病理診断料】	【病理診断料】
【病理学的検査判断料】	【病理判断料】

新

2 特定入院料に包括されている病理学的検査診断・判断料の見直し

特定入院料において包括して評価されている病理学的検査のうち、特に急性期病床である A300～A305、A307 に限り、病理診断による治療方針の決定の重要性に鑑み、第 2 款 病理学的検査診断・判断料（改定後は第 2 節 病理診断・判断料）を別途算定できるようにする。

A300	救命救急入院料
A301	特定集中治療室管理料
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料
A303	総合周産期特定集中治療室管理料
A304	広範囲熱傷特定集中治療室管理料
A305	一類感染症患者入院医療管理料
A307	小児入院医療管理料

生活習慣病管理料の普及に向けた取組等

骨子【Ⅰ－３－(1)】

第１ 基本的な考え方

- 生活習慣病を有する患者に対し、治療計画に基づいた治療管理が円滑に実施されることが重要であるが、患者の自己負担が高く、普及が進まない生活習慣病管理料について、点数を引き下げて普及・拡大を目指すとともに、一層の内容の充実を行う。
- 糖尿病患者の中で血糖値が安定しており、インスリン製剤の長期投与が可能な患者について、患者の利便性を考慮し血糖自己測定器の加算を複数月分算定できるよう見直しを行う。
- １型糖尿病患者については、頻回の血糖の自己測定が求められる患者が多いことから、血糖自己測定器加算について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 療養計画書の作成にかかる負担を軽減するため、署名欄等の簡素化及び内容に変更のない場合の交付の頻度を３月に１回から４月に１回へ変更する。
- また、糖尿病患者のうち、非インスリン患者に対するキットを用いた血糖自己測定に基づき指導を行った場合の加算を新設する。

現 行	改正案
【生活習慣病管理料】（１月につき）	【生活習慣病管理料】（１月につき）
１ 処方せんを交付する場合	１ 処方せんを交付する場合
イ 高脂血症の場合 ９００点	イ 脂質異常症の場合 ６５０点
ロ 高血圧症の場合 ９５０点	ロ 高血圧症の場合 ７００点
ハ 糖尿病の場合 １，０５０点	ハ 糖尿病の場合 ８００点
２ １以外の場合	２ １以外の場合
イ 高脂血症の場合 １，４６０点	イ 脂質異常症の場合 １，１７５点
ロ 高血圧症の場合 １，３１０点	ロ 高血圧症の場合 １，０３５点
ハ 糖尿病の場合 １，５６０点	ハ 糖尿病の場合 １，２８０点
	注 中等度以上の糖尿病（２型糖尿病に限る。）の患者に対し血糖自己測定値に基づく指導を行った場合に、年１回に限り５００点を加算する。

改

新

- 3 血糖自己測定器の加算について月100回、120回の加算を創設するとともに、インスリン製剤を長期投与されている患者については、3ヶ月分をまとめて算定できることとする。

現 行	改正案
【血糖自己測定器加算】（月1回に限る。）	【血糖自己測定器加算】（3月3回に限る。）
1 月20回以上測定する場合 400点	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	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	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	4 月80回以上測定する場合 1, 140点
	<u>5 月100回以上測定する場合</u> 1, 320点
	<u>6 月120回以上測定する場合</u> 1, 500点

改

糖尿病の重症化予防に係る評価

骨子【Ⅰ－３－(2)】

第１ 基本的な考え方

糖尿病患者の増加に伴い、糖尿病網膜症、糖尿病腎障害、糖尿病神経障害、糖尿病足病変、糖尿病大血管症等の重症な合併症の発症を防止することは重要な課題となっている。

これらの合併症のうち、「糖尿病足病変」については、重点的な指導による発症防止効果があるため、評価を行う。

第２ 具体的な内容

糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対し、専任の医師又は医師の指示に基づき専任の看護師が、重点的な指導・管理を実施した場合の評価を新設する。

新 糖尿病合併症管理料 １７０点（月１回）（外来の評価）

〔算定要件〕

足潰瘍、足趾・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害等の糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた者に対し、専任の常勤医師又は専任の常勤看護師が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を３０分以上行った場合に算定できることとする

- ・ 専任の常勤医師：糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する者
- ・ 専任の常勤看護師：糖尿病足病変の看護に従事した経験を５年以上有し、かつ、糖尿病足病変に係る適切な研修を修了した者

人工腎臓に係る時間評価の導入

骨子【Ⅰ－３－(3)】

第１ 基本的な考え方

副作用等により、透析時間を長くせざる得ない患者がいることや、透析時間が生命予後に影響を与える可能性があること等を考慮し、透析時間に応じた、診療報酬上の評価を行う。

第２ 具体的な内容

時間に応じた評価の導入

人工腎臓 １ 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（血液透析濾過を行った場合や生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症を有する患者に対して血液透析を行った場合等を除く。）

現 行	改正案
【人工腎臓】（１日につき）	【人工腎臓】（１日につき）
１ 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	１ 入院中の患者以外の患者に対して行った場合
2, 250点	イ 4時間未満 2, 117点
	ロ 4時間以上5時間未満 2, 267点
	ハ 5時間以上 2, 397点

改

検査の評価体系の見直し

骨子【Ⅰ－３－(4)】

第１ 基本的な考え方

医療の根幹をなす各種検査は診断や治療に必須のものであり、その質の確保は重要な課題となっている。しかしながら、必要な検査が必要な時に速やかに実施できない状況は、診療の障害であるとともに、患者の不利益につながる事となるため、検査の迅速性や２４時間対応等について重点的な評価をする一方、判断料を見直すなど、検査の評価体系の一部を見直す。

第２ 具体的な内容

外来において実施する迅速な検査や２４時間対応が可能な体制についての評価を引き上げる一方、判断料の評価を引き下げる。

現 行	改正案
【外来迅速検体検査加算】 １点 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た場合に算定する。（５項目まで）	【外来迅速検体検査加算】 ５点 入院中の患者以外の患者に対して実施した以下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た場合に算定する。（５項目まで） 便潜血反応検査、末梢血液一般検査、HbA1c、プロトロンビン時間測定、繊維素分解産物（FDP）測定 等

改

現 行	改正案
【検体検査判断料】 １ 尿・糞便等検査判断料 ３４点 ２ 血液学的検査判断料 １３５点 ３ 生化学的検査（Ⅰ）判断料 １５５点 ４ 生化学的検査（Ⅱ）判断料 １３５点 ５ 免疫学的検査判断料 １４４点 ６ 微生物学的検査判断料 １５０点	【検体検査判断料】 １ 尿・糞便等検査判断料 ３４点 ２ 血液学的検査判断料 <u>１２５点</u> ３ 生化学的検査（Ⅰ）判断料 <u>１４４点</u> ４ 生化学的検査（Ⅱ）判断料 <u>１４４点</u> ５ 免疫学的検査判断料 １４４点 ６ 微生物学的検査判断料 １５０点

改

現 行	改正案
【検体検査管理加算】 イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点 ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 300点 検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準 検体検査管理加算（Ⅱ）の②～⑥まで満たすこと。 検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準 ① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。 ② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。 ③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査 （イ）生化学的検査 （ウ）免疫学的検査 ④ 定期的に臨床検査の精度管理を行って	【検体検査管理加算】 イ 検体検査管理加算（Ⅰ） 40点 ロ 検体検査管理加算（Ⅱ） 100点 ハ 検体検査管理加算（Ⅲ） 300点 検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準 検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。 検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準 <u>臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上いること。なお、臨床検査を担当する医師は検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わるものであること。</u> <u>検体検査管理加算（Ⅲ）の③～⑥まで満たすこと。</u> 検体検査管理加算（Ⅲ）の施設基準 ① 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上いること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営に携わるものをいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。 ② 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。 ③ 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 （ア）血液学的検査のうち末梢血液一般検査 （イ）生化学的検査 （ウ）免疫学的検査 <u>（エ）微生物学的検査</u> ④ 定期的に臨床検査の精度管理を行って

ること。 ⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。 ⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。	ること。 ⑤ 外部の精度管理事業に参加していること。 ⑥ 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。
--	--

遺伝カウンセリングの評価

骨子【Ⅰ－３－(5)】

第1 基本的な考え方

医療機関が、遺伝病的検査を行う場合には、臨床遺伝学の専門的知識を持ち、本人及び家族等の心理社会的支援を行うことができる者が、遺伝カウンセリングを実施する必要があることから、遺伝カウンセリング実施について評価を行う。

第2 具体的な内容

検体検査判断料へ遺伝カウンセリングに係る加算を新たに創設

○ 新 遺伝カウンセリング加算 500点（月1回）

[算定要件]

- 1 遺伝カウンセリング加算は、遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が、遺伝病的検査を実施し、その結果について患者やその家族に対し情報提供を行う際に遺伝カウンセリングを実施した場合に算定できる
- 2 遺伝カウンセリングの実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」を遵守する

保険薬局の機能強化

骨子【Ⅰ－４】

第１ 基本的な考え方

地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、常態として夜間、休日等に開局し、調剤を行っている薬局において、夜間・休日等加算を算定できることとする。

第２ 具体的な内容

平日及び土曜日の以下の時間帯並びに休日であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算を算定できることとする。

平日 午前０時～午前８時、午後７時～午前０時

土曜日 午前０時～午前８時、午後１時～午前０時

新 夜間・休日等加算 ４０点（処方せんの受付１回につき）

〔算定要件〕

開局時間を分かりやすい場所に掲示していること

ＤＰＣに係る制度運用の改善

骨子【Ⅱ－１－(1)(2)】

第１ 基本的な考え方

ＤＰＣに関しては、現在３６０病院が対象となっているが、平成１８年度ＤＰＣ準備病院のうち、平成１８年度基準及び新たな基準を満たした病院についてＤＰＣの対象とする。

また、ＤＰＣの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

第２ 具体的な内容

１ ＤＰＣ対象病院の拡大について

- (1) 平成１９年度ＤＰＣ対象病院の基準として、平成１８年度基準のほかに、２年間の適切なデータの提出及び（データ／病床）比が１０ヶ月で８．７５以上という要件を加える。
- (2) 平成２０年度に新たにＤＰＣの対象となる医療機関は平成１８年度ＤＰＣ準備病院（３７１病院）のうち、基準を満たしたものとする。
- (3) 平成１９年度ＤＰＣ準備病院については、平成２１年度にＤＰＣの対象とすべきか検討することとするが、その基準は、その時点におけるＤＰＣ対象病院に適用される基準と同じものとする。

２ 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

- (1) 算定ルールの見直しについて
 - ア ３日以内の再入院については、１入院として取り扱う等の算定ルールの見直しを行う。
 - イ ＤＰＣにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。
- (2) 診断群分類の見直し等について
 - ア ＭＤＣ１６（外傷・熱傷・中毒、精神、その他）をＭＤＣ１６（外傷・熱傷・中毒）、ＭＤＣ１７（精神疾患）及びＭＤＣ１８（その他）に分割する。
 - イ 診断群分類の分岐については、がん化学療法の主要な標準レジメンで分岐を行うことなどの精緻化を行う一方、類似疾病の発症部位等による分岐を整理するなど簡素化を行う。
 - ウ 診断群分類で分岐が設定されている高額薬剤について、学会等で入院医療での標準的な投与日数が定められている場合には、その投与日数を

参考にして、診断群分類の分岐を試行的に導入する。

- エ 短期入院が相当程度存在する診断群分類（悪性腫瘍に対する化学療法など）については、前回改定と同様に、より短期の入院を高く評価する仕組み（入院日数の25パーセンタイル値（1日）までの点数の15%加算を、5パーセンタイル値までに繰り上げて設定する見直し）を適用する。

3 調整係数について

- (1) 調整係数の算出については、2年間（10か月分）のデータを用いることとする。
- (2) 平成20年度診療報酬改定率をDPCの包括部分についても適切に反映するため、DPCの包括部分に係る収入が全体改定率の▲0.82%となるよう、調整係数を設定する。ただし、10：1入院基本料及び特定機能病院・専門病院における14日以内の加算の見直しに伴う係数については、適切に反映されるよう図ることとする。

4 平成20年度以降のDPC制度運用の留意事項について

- (1) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成18年度から導入された基準（望ましい基準を除く。）を満たせない場合については、DPC対象病院としない。
- (2) 平成19年度末時点で、既にDPCの対象となっている病院について、平成20年度から新たに設けられた基準を満たすことができない場合については、平成20年度は、1(1)の基準は適用しない。
- (3) 平成20年度以降に看護配置基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。
- (4) DPC対象病院から除外された場合は、医療機関の希望に応じて、引き続きDPC準備病院として調査に参加し、次回のDPC対象病院拡大の際に、基準を満たした場合には再度DPC対象病院とすることができる。
- (5) DPC制度の在り方や調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等について速やかに検討する。

急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ－１－(3)】

第１ 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

第２ 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

新 亜急性期入院医療管理料 2 2, 050点

（60日を限度。200床未満の病院に限る。）

[算定要件]

- 1 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2／3以上であること。
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床（転院）してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 2 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

特殊疾患療養病棟等の役割に着目した見直し

骨子【Ⅱ－１－(6)(7)】

第１ 基本的な考え方

- 平成２０年３月３１日に廃止予定であった特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料については、期待される役割があることから存続させるとともに、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直すこととする。
 - 疾患の見直しの具体的内容：入院患者の概ね８割以上を占めることが要件とされている「重度の肢体不自由児（者）又は脊髄損傷等の重度の障害者」から、脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除外する。
 - 特殊疾患療養病棟から療養病床に転換した場合等について、一定の経過措置を設ける。
 - 「特殊疾患療養病棟入院料」の名称を「特殊疾患病棟入院料」とする。
- 障害者施設等入院基本料についても、本来設けられた趣旨・目的に照らして１(1)及び(2)と同様の措置を講ずる。
- 後期高齢者特定入院基本料においては、算定対象から除かれる疾患や状態が別に定められているが、特殊疾患療養病棟入院料及び障害者施設等入院基本料の対象の見直しにあわせて、同様に対象の整理を行う。
- 対象となる疾患疾患の見直しについては平成２０年１０月１日施行とする。

第２ 具体的な内容

１ 特殊疾患療養病棟入院料等

現 行	改正案
【特殊疾患療養病棟入院料１】 １，９４３点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を	【特殊疾患病棟入院料１】 １，９４３点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。） <u>、</u> 重度の意

改

【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室	養病棟入院料2を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児（者）等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者を除いて、医療区分2の患者とみなす 【特殊疾患入院医療管理料】 1, 943点 [算定要件] 脊髄損傷等の重度の障害者（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者を概ね8割以上入院させる病室 〔経過措置〕（療養病床に移行する場合） 平成20年3月31日の時点で特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院する重度の障害者等の患者については、平成22年3月31日までに限り医療区分3の患者とみなす
--	--

改

2 障害者施設等入院基本料

現 行	改正案
【障害者施設等入院基本料】 10対1入院基本料 1, 269点 13対1入院基本料 1, 092点 15対1入院基本料 954点 [算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児（者）、脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋	【障害者施設等入院基本料】 <u>7対1入院基本料 1, 555点</u> 10対1入院基本料 <u>1, 300点</u> 13対1入院基本料 1, 092点 15対1入院基本料 954点 [算定要件] 以下の各号のいずれかに該当するもの イ 児童福祉法に規定される以下の施設 ・ 肢体不自由児施設 ・ 重症心身障害児施設 ・ 国立高度専門医療センターのうち、厚生労働大臣が指定するもの ・ 国立病院機構の設置する医療機関 ロ 重度の肢体不自由児（者）（<u>脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。</u>）、

改

3 後期高齢者特定入院基本料

現 行	改正案
[老人特定入院基本料の対象外となる状態] 3 重度の肢体不自由児者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等	[後期高齢者特定入院基本料の対象外となる状態] 3 重度の肢体不自由児（者）<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、脊髄損傷等の重度障害者<u>（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）</u>、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者等

改

感染症対策の拡充

骨子【Ⅱ－１－(8)(9)】

第１ 基本的な考え方

HIV や肝炎対策の推進のため、血友病を伴う HIV 患者に対する入院中の血液製剤・HIV 治療薬、及び B・C 型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とする。また、二類感染症及び HIV 感染症に係る個室での療養環境について評価する。

第２ 具体的な内容

１ 包括外で算定可能とする薬剤・注射剤

新 (1) 血友病を伴う HIV 患者

- ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ・ 抗ウイルス剤（後天性免疫不全症候群（エイズ）又は HIV 感染症の効能又は効果を有するもの）

新 (2) B・C 型肝炎患者

- ・ インターフェロン製剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）
- ・ 抗ウイルス剤（B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの）

[算定要件：包括外で算定できる入院料等]

後期高齢者特定入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A109 有床診療所療養病床入院基本料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

A309 特殊疾患療養病棟入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症疾患治療病棟入院料

A316 診療所老人医療管理料

介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。）

新 2 二類感染症患者療養環境特別加算 300点（1日につき）

[算定要件]

二類感染症患者のうち、医師が他者へ感染させる恐れがあると認めた者

3 HIV 感染者療養環境特別加算の評価を引き上げる

HIV 感染者療養環境特別加算

1 個室の場合

現行 300点 → 改正案 350点

有床診療所の評価

骨子【Ⅱ－１－(10)】

第１ 基本的な考え方

医療法改正に伴い、入院患者の病状の急変に備えて診療所の医師が速やかに診療を行う体制や４８時間を超えた入院医療を行う際の手厚い夜間の看護体制等を評価する。

第２ 具体的な内容

新 ① 夜間緊急体制確保加算 １５点（１日につき）

〔算定要件〕

入院患者の病状急変に備えて医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していること

新 ② 夜間看護配置加算２（２名以上） ５０点（１日につき）

〔算定要件〕

夜間看護配置について看護要員の数が、看護職員１名を含む２名以上である場合（うち１名は当直者でもよい（看護職員が１名である場合は、当該看護職員についてはこの限りではない。））

改 ③ 新設する加算と既存の加算との整合性を図るために、既存の注２及び注３の加算要件について整理する。

- ・ 医師配置加算（２名以上） ６０点（１日につき）
- ・ 看護配置加算１（１０名以上） １０点（１日につき）
- ・ 看護配置加算２（看護師３名以上を含む１０名以上）
１５点（１日につき）
- ・ 夜間看護配置加算１（１名以上） ３０点（１日につき）

回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第２ 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点 [算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること [施設基準] 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）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること	【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 1, 690点 [算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること [施設基準] 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）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、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）の届出を行っていること

改

新

【重症患者回復病棟加算】

50点（1日につき）

〔算定要件〕

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

〔施設基準〕

回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

【回復期リハビリテーション病棟入院料2】

1,595点

〔算定要件〕

当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

〔施設基準〕

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）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、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）の届出を行っていること

改

2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

〔施設基準〕

（現行）

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

改

（改正案）

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定することができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設については、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。

医療療養病棟等の評価に係る見直し

骨子【Ⅱ－１－(4)】

【Ⅱ－２－(2)】

第１ 基本的な考え方

- 1 平成１８年度慢性期入院医療の包括評価分科会における医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割に係る検討結果を踏まえて、療養病棟入院基本料等の見直しを行う。
- 2 長期入院患者等が、居宅等での療養を希望する場合には、医療機関による円滑な退院を支援するための取組が重要であるため、退院調整のための体制整備の評価を新設する。

第２ 具体的な内容

- 1 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の基準及び加算の見直し

改 (1) 医療区分・ＡＤＬ区分の評価方法の簡素化

原則として、患者病態の変化時に、医療区分及びＡＤＬ区分の評価・記録を行う。

改 (2) 医療区分の評価項目の見直し

ア 「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。

イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。

ウ 「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

改 (3) 認知機能障害加算の廃止

医療区分２、ＡＤＬ区分１の患者で、認知機能障害のある場合の加算（１日につき５点）を廃止する。

新 (4) 褥瘡評価実施加算 １５点（１日につき）

ＡＤＬの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ＡＤＬ得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行

っていることを評価し、加算を創設する。これにより、各病棟における褥瘡の発症予防等の取組が促進され、医療の質の向上が期待される。

[算定基準]

A D L 区分 3 に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 (5) 医療の質の評価へ向けた取組の促進

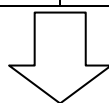
将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付ける。

2 療養病棟入院基本料の見直し

医療経済実態調査結果等を踏まえて、療養病棟入院基本料の評価を引き下げる。なお、医療区分 1・A D L 区分 3 については、中医協の議論を踏まえて配慮する。

(現行) 医療区分、A D L 区分における入院基本料
療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	8 8 5 点	1, 3 4 4 点	1, 7 4 0 点
A D L 区分 2	7 6 4 点	1, 3 4 4 点	1, 7 4 0 点
A D L 区分 1	7 6 4 点	1, 2 2 0 点	1, 7 4 0 点



(改正案) 医療区分、A D L 区分における入院基本料
療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	8 8 5 点	<u>1, 3 2 0 点</u>	<u>1, 7 0 9 点</u>
A D L 区分 2	<u>7 5 0 点</u>	<u>1, 3 2 0 点</u>	<u>1, 7 0 9 点</u>
A D L 区分 1	<u>7 5 0 点</u>	<u>1, 1 9 8 点</u>	<u>1, 7 0 9 点</u>

(※医療区分 1・A D L 区分 3 については、中医協の議論を踏まえて配慮する。)

3 退院調整加算の新設

患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価を新設する。

新 (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 100点

新 (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院している患者

ア 退院支援計画作成加算 100点（ただし、入院中1回に限る。）

イ 退院加算 300点

新 (3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料を算定する病床に入院していた脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者

退院時に(2)のイに加えて、500点加算（平成22年3月31日まで）

〔施設基準〕

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
 - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

7 対 1 入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ－３】

第 1 基本的な考え方

7 対 1 入院基本料については、平成 19 年 1 月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

第 2 具体的な内容

- 1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
 - (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）が 2 点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B 得点）が 3 点以上の基準を満たす患者を 1 割以上入院させている場合に算定できる。
 - (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
 - (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
 - (4) 特定機能病院には適用しない（ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。）。
- 2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
 - (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して 10 分の 1 以上を満たせない病院については、7 対 1 入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
 - (2) 特定機能病院には適用しない。

新 準 7 対 1 入院基本料 1, 495 点（7 対 1 入院基本料から 60 点減じた点数）
※へき地等の場合は、1, 525 点（7 対 1 入院基本料から 30 点減じた点数）

[経過措置]

- 1 準備期間を設け、平成 20 年 7 月 1 日実施とする。
- 2 平成 20 年 3 月 31 日時点で 7 対 1 入院基本料を算定する病棟であって、平成 20 年 4 月 1 日以降において 10 対 1 入院基本料を算定する病棟に限り、平成 22 年 3 月 31 日までの間看護補助加算 2（84 点）又は看護補助加算 3（56 点）を算定できる

[7 対 1 入院基本料改正基準の導入と経過措置について]

	4 月 1 日	7 月 1 日
7 対 1 入院基本料算定		◇「看護必要度」「医師配置」のいずれの基準も満たす場合 <u>7 対 1 入院基本料を算定</u> ◇「医師配置」基準を満たさない場合 <u>準 7 対 1 入院基本料を算定</u>
10 対 1 入院基本料算定		◇「看護必要度」基準を満たさない場合 <u>10 対 1 入院基本料を算定</u> ◇看護補助加算を算定

(経過措置期間：平成 20 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日まで)

< 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A モニタリング及び処置等	0 点	1 点	2 点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0 から 4 回	5 回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時 3 本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A 得点

B 患者の状況等	0 点	1 点	2 点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
4 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B 得点

在宅療養支援病院の新設

骨子【Ⅱ－４－(1)】

第１ 基本的考え方

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

第２ 具体的な内容

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料１及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

新 在宅療養支援病院の創設

[在宅療養支援病院の要件]

- １ 当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないこと
- ２ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- ３ ２４時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること

以下、在宅療養支援診療所と同様の要件

- ４ 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、２４時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- ５ 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- ６ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- ７ 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること 等

円滑に地域移行を進めるための退院時の 情報提供の在り方の見直し

骨子【Ⅱ－１－(5)】

第１ 基本的な考え方

地域連携の観点から、急性期医療を担う病院から地域の医療機関への転院や外来への引き継ぎを円滑に進めることが重要であることから、退院時に算定される画像等の診療情報の加算の要件を拡大することとする。

第２ 具体的な内容

退院時に検査結果等を添付して患者の紹介を行った場合の加算について、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合についても算定できるようにする。

現 行	改正案
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ２５０点 注７ 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に２００点を加算する	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ２５０点 注７ 保険医療機関が、患者の<u>退院日の属する月又はその翌月に</u>、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に２００点を加算する

改

療養病床から転換した介護老人保健施設における 医療の充実

骨子【Ⅱ－４－(2)(3)】

第１ 基本的な考え方

- 1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、医療ニーズの高い入所者も多いため、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価する。
- 2 また、夜間又は休日に施設の医師が対応できず、併設医療機関の医師が往診した場合に、診療報酬上評価する。

第２ 具体的な内容

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する。

[拡大する項目]

創傷処理
咽頭異物摘出術（複雑なもの）
胸腔穿刺
腹腔穿刺
顎関節脱臼非観血的整復術
心電図検査（判断料）
点滴・注射（手技料） 等

- 2 夜間又は休日に療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、その求めにより併設保険医療機関の医師が往診した場合に評価する。

新 緊急時施設治療管理料 500点

[算定要件]

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者が急性増悪し、療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる

- 2 患者1人につき1日1回、月4回まで算定できることとする
- 3 患者の病態については、介護保険における緊急時治療管理と同等とする
緊急時施設治療管理料の対象となる入所者
 - (1) 意識障害又は昏睡
 - (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - (3) 急性心不全（心筋梗塞を含む）
 - (4) ショック
 - (5) 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病）
 - (6) その他薬物中毒等で重篤なもの

地域移行を支援する取組に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(1)(2)(3)】

第１ 基本的な考え方

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成１６年９月精神保健福祉対策本部）においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を今後１０年で進めることとしており、患者の状態に応じた地域生活への支援策が求められていることから、この方針に従って、必要な評価を行う。

第２ 具体的な内容

１ 長期入院患者への地域移行支援

- (1) 入院期間が１年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。

新 精神科地域移行支援加算 ２００点（退院時１回）

- (2) 当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が５年を超える患者の数を直近の１年間５％以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より１年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。

新 精神科地域移行実施加算 ５点（１日につき）

[算定要件]

- １ 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- ２ 目標値を達成した場合に、１年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は１年間で終了とする

- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

2 入院早期からの退院支援

精神科退院前訪問指導料について、入院直後から退院支援が行えるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
【精神科退院前訪問指導料】 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	【精神科退院前訪問指導料】 <u>入院中の患者</u> 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

改

また、精神病棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる。

現 行	改正案
【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） 10点（特別入院基本料は5点） 【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） 25点	【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） <u>5点</u> 【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） <u>20点</u>

改

3 退院後の支援

地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする。

現 行	改正案
【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 550点 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	【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 575点 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。） <u>ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定。ただし書きの患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した7日間については、1日につき1回に限り算定</u>

改

認知症に係る医療の評価

骨子【Ⅱ－５－(8)(10)(11)】

第１ 基本的な考え方

平成１９年４月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症のステージに合わせた対策が必要とされており、これに沿った高齢者支援体制整備が急務となっている。この中で、医療体制の役割としては、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。

１ 鑑別診断につなげるための評価

今後、後期高齢者が増加することに伴い、認知症の早期発見が重要な課題となっていることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価する。

２ 周辺症状に対する手厚い医療への評価

認知症患者の入院医療については、特に入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対して、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実し、一方、入院期間が長期に渡る場合には、評価を見直す。

３ 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。

第２ 具体的な内容

１ 鑑別診断につなげるための評価

認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（Ⅰ）に対する加算を創設する。

新 認知症患者紹介加算 １００点（１回につき）

2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 及び 2 において、周辺症状に対してより手厚い医療が必要な 90 日以内の入院期間について評価を引き上げ、91 日以上入院期間についての評価を引き下げる。また、当該病棟の入院対象となる患者は老人に限られないことから、名称を認知症病棟入院料に改める。

現行	改正案
【老人性認知症疾患治療病棟入院料 1】 (1 日につき) イ 90 日以内の期間 1, 300 点 ロ 91 日以上期間 1, 190 点	【認知症病棟入院料 1】 (1 日につき) イ 90 日以内の期間 <u>1, 330 点</u> ロ 91 日以上期間 <u>1, 180 点</u>
【老人性認知症疾患治療病棟入院料 2】 (1 日につき) イ 90 日以内の期間 1, 060 点 ロ 91 日以上期間 1, 030 点	【認知症病棟入院料 2】 (1 日につき) イ 90 日以内の期間 <u>1, 070 点</u> ロ 91 日以上期間 <u>1, 020 点</u>

改

3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

「Ⅱ－5－③ 身体合併症に対応した取組に係る評価について」を参照。

身体合併症に対応した取組に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(6)(8)(9)】

第１ 基本的な考え方

- 1 精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。
- 2 結核病棟及び精神病棟において、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合に評価を行う。

第２ 具体的な内容

- 1 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の７日間における加算を創設する。

新 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点（１日につき）
- (2) 精神病棟入院基本料（１０対１、１５対１）、特定機能病院入院基本料（７対１、１０対１、１５対１（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合 200点（１日につき）

[算定要件]

- 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（１０対１、１５対１）又は特定機能病院入院基本料（７対１、１０対１、１５対１（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること
- 2 当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が１名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること
- 3 対象疾患
 - (1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）
 - (2) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
 - (3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 等

- 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として、結核病棟及び精神病棟においても、必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定が可能となるよう対象を拡大する。

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

改

外来等における精神療法の適正化と評価の充実

骨子【Ⅱ－５－(12) (13) (14)】

第１ 基本的な考え方

１ 通院精神療法の適正化と評価の充実

精神科外来における精神療法については、患者の状態に応じて診療が長時間となる場合もあることから、一律の評価を見直して、診療時間に応じた評価を行う。また、合わせて地域で生活する精神障害者に対する継続的な地域医療を適切に提供するという観点から、精神科医の訪問及び往診診療時における精神療法について評価するとともに、外来における精神障害者の病状の安定化に資するため、頻回の精神医学的援助を評価する。

このほか、２０歳未満の場合について、その重要性にかんがみ、加算の算定期間を延長する。

２ 精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す。

第２ 具体的な内容

１ 通院精神療法の適正化と評価の充実

(1) 通院精神療法は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定することとし、３０分を超えた場合については評価を引き上げる。なお、前回改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げる。

現 行	改正案
１ 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 ５００点	１ 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 ５００点
２ １以外の場合 イ 病院の場合 ３３０点	２ １以外の場合 イ 病院の場合 (1) ３０分以上 ３６０点 (2) ３０分未満 ３３０点
ロ 診療所の場合 ３６０点	ロ 診療所の場合 (1) ３０分以上 ３６０点 (2) ３０分未満 ３５０点

改

(2) 20歳未満の患者については、子どもの心の診療の充実という観点から、加算の算定が可能な期間を6ヶ月間から1年間に延長する。

(3) 医師の訪問及び往診診療時も、通院精神療法を算定できるものとし、これに伴い、名称を「通院・在宅精神療法」に改める。

2 精神科を担当する医師が、患者又は家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合の評価を創設する。

また、医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又は家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合の加算を創設する。

新 精神科継続外来支援・指導料 55点（1日につき）

新 保健師等による支援加算 40点（1日につき）

3 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方をする。なお、処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の残薬と、重複処方の有無について、患者に確認し、カルテに記載することとする。

	現 行	改正案
14日	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く (2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く (2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く
30日	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する

改

	内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤	内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤、<u>トリア ゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼ パム、ブロチゾラム、フルニトラゼパム、 エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパ ム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、 塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキ シコドン、塩酸オキシコドン水和物</u> 【外用薬】 <u>塩酸モルヒネ、フェンタニル</u>
--	---	---

精神科救急医療に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(7)】

第１ 基本的な考え方

- 1 精神科救急医療体制の整備の普及を図るため、地域の実情をよりきめ細かく反映できる基準とするとともに、精神科救急入院料に係る算定要件を見直し、在宅へ移行した実績に応じた評価を行う。
- 2 精神科救急医療において身体疾患を併せ持つ患者については、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療の提供体制が重要であることから、いわゆる総合病院等において実施される身体合併症治療を含めた精神科救急医療を評価し、精神科救急・合併症入院料を創設する。

第２ 具体的な内容

- 1 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行う。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げる。

現 行	改正案	
【精神科救急入院料】（１日につき）	【精神科救急入院料 １】（１日につき）	改
1 ３０日以内の期間 ３，２００点	1 ３０日以内の期間 <u>３，４３１点</u>	
2 ３１日以上期間 ２，８００点	2 ３１日以上期間 <u>３，０３１点</u>	
	【精神科救急入院料 ２】（１日につき）	
	1 ３０日以内の期間 <u>３，２３１点</u>	
	2 ３１日以上期間 <u>２，８３１点</u>	

[算定要件]

	現 行	改正案	
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること	【精神科救急入院料 １】 新規患者のうち <u>６割以上</u> が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること 【精神科救急入院料 ２】 新規患者のうち４割以上が入院日か	改

		ら起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上、又は<u>指定された地域における人口万対2.5件以上</u>であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

等

- 2 いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設する。

新 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	3, 431点
2	31日以上期間	3, 031点

[算定要件]

- 1 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であり、身体合併症に対応できる施設であること
- 2 精神病棟を単位として、当該病棟に合併症ユニットを有している
- 3 その他、在宅へ移行する患者の割合、時間外等の救急受診件数等の要件については、精神科救急入院料に準じたものとする 等

歯科疾患の指導管理体系の見直し

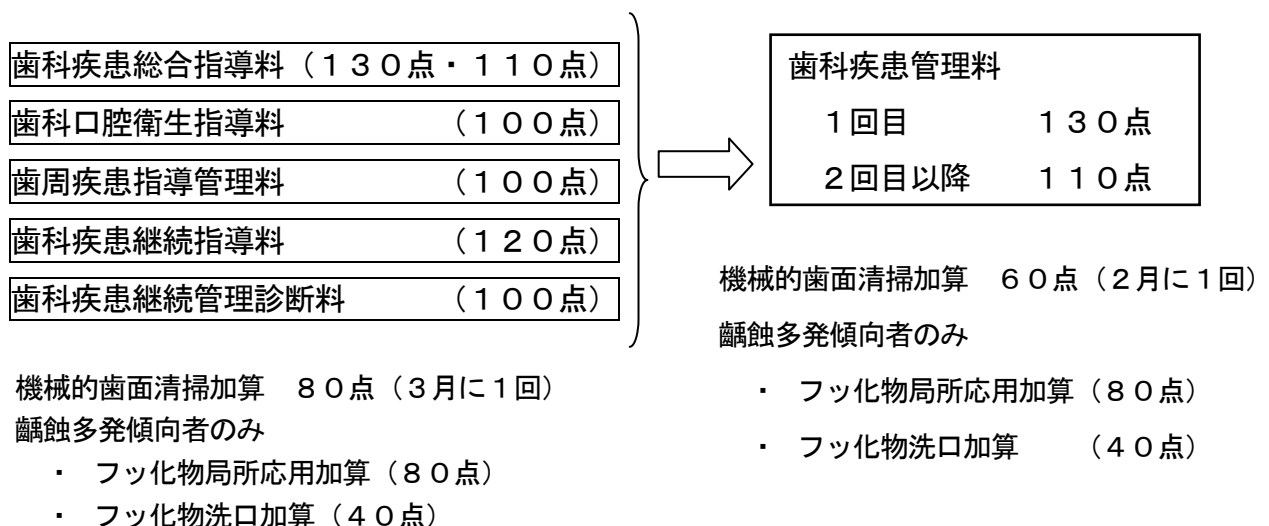
骨子【Ⅱ－６－(1)】

第１ 基本的な考え方

- 1 現行の歯科診療における指導管理については、初診時における総合的な治療計画の立案と一連の治療終了後の継続的管理を除き、疾患別の指導管理体系となっている。しかしながら、実際の歯科治療においては、口腔を一単位として考え、口腔全体の治療計画の立案や指導管理が実践されている。
- 2 このような歯科医療の特性を踏まえて、口腔全体や歯科疾患の継続管理を含めた歯科診療に係る指導管理体系や患者から見て分かりやすい指導管理体系を構築するため、現行の指導管理体系の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 1 現行の歯科疾患総合指導料、歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料、歯科疾患継続指導料及び歯科疾患継続管理診断料を廃止する。
- 2 口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により、^{うしよく}齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な歯科疾患の治療に加えて、再発防止・重症化予防のための継続管理を新たに評価する。



新 歯科疾患管理料（月 1 回）

1 回目 1 3 0 点

2 回目以降 1 1 0 点

[算定要件]

- 1 齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者を対象とする
- 2 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に算定する。なお、1 回目の管理計画書の提供は、初診日から起算して 1 月以内に行う
- 3 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラークや歯石の付着状況、歯や歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果の要点（エックス線検査及び歯周検査等）、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定の内容等を記載する

有床義歯の指導・調整等の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

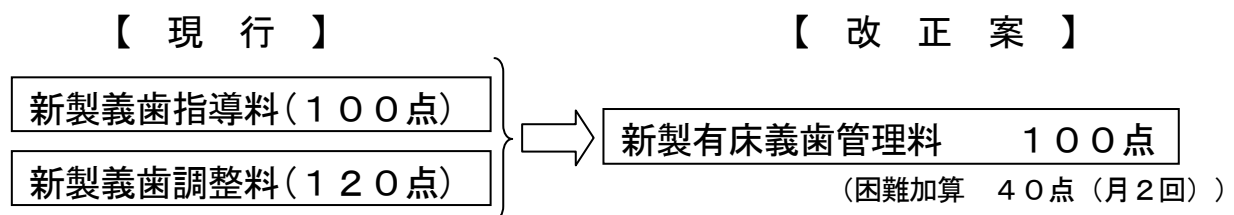
第1 基本的な考え方

- 1 新たに製作された有床義歯（入れ歯）や既に製作された有床義歯の調整・指導については、「有床義歯の調整・指導のガイドライン」を参考に、新製義歯指導料、新製義歯調整料及び有床義歯調整料を算定できることとなっている。
- 2 今般、日本歯科医学会において、口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的管理の考え方が取り入れられる等、「有床義歯の管理」に係る指針の見直しが行われたことから、有床義歯の管理体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 新たに製作された有床義歯について、現行の新製義歯指導料と新製義歯調整料を新製有床義歯管理料として一体的に評価し、口腔内への調和を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）を新たに評価する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例については、新製有床義歯管理料の加算を創設する。

新 新製有床義歯管理料 100点（1口腔につき、月2回）



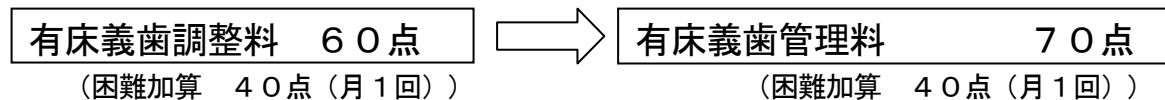
[算定要件]

- 1 新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に当該有床義歯を制作した保険医療機関において、当該有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する
- 2 有床義歯の装着後1月を超え3月以内の期間において、口腔機能の回復を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯管理料の加算として評価する。

新 有床義歯管理料 70点（1口腔につき、月1回）

【 現 行 】

【 改 正 案 】



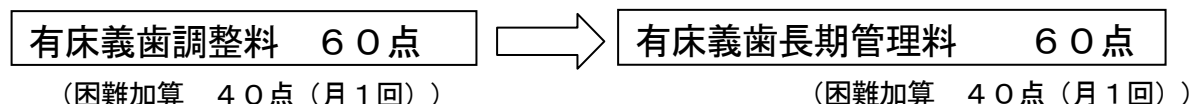
[算定要件]

- 1 有床義歯の離脱・疼痛、嘔吐感・嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明し、義歯に係る管理を行った場合に月1回算定する
- 2 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する
- 3 有床義歯の装着の日が属する月から起算して3月を超え1年以内の期間における口腔機能の維持を目的として行った義歯の管理（調整・指導）の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯長期管理料の加算を創設する。

新 有床義歯長期管理料 60点（1口腔につき、月1回）

【 現 行 】

【 改 正 案 】



[算定要件]

- 1 有床義歯の装着の日を含む月から起算して3月を超え1年以内の期間において、義歯を長期的に使用するために必要な管理を行った場合に月1回算定する。
- 2 対象となる有床義歯を製作した保険医療機関においてのみ、算定できる。

歯周疾患の治療体系の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

第1 基本的な考え方

- 1 今般の日本歯科医学会における歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、歯周病の治療体系の見直しを行う。
- 2 具体的には、現行の「歯科疾患継続管理診断料」及び「歯科疾患継続指導料」を廃止し、歯周治療における一時的な症状安定後の継続的な治療として歯周病安定期治療を新たに評価するとともに、歯周基本治療及び歯周外科治療の評価について、歯科治療の実態に応じた見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 一連の歯周基本治療等の終了後、歯周組織検査及びその他必要に応じて実施される検査により、一時的に病状が安定した状態であって、継続的な治療が必要と判断された患者に対して、病状の安定を維持し、治癒させることを目的として行う歯周病安定期治療の評価を新設する。

新 歯周病安定期治療（1口腔につき）

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合
150点
- 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を越え2年以内に行った場合
125点
- 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を越え3年以内に行った場合
100点

[算定要件]

- 1 歯科疾患管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する
- 2 歯周病安定期治療の開始に当たっては、上記検査等の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、歯科疾患管理料に係る文書を提供すること
- 3 2回目以降の歯周病安定期治療については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うことを基本とする（歯周外科手術を実施した場合等重度の歯周疾患を有する場合を除く。）

- 2 歯周基本治療において実施されるスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等については、1回目の歯周基本治療終了後においても必要に応じて適時行う必要があることから、歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、これらの処置の2回目以降の評価を新たに行うとともに、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬^{もうのう}については、評価の引き下げを行う。

現 行	改正案
【歯周基本治療】 1 スケーリング（3分の1顎につき） 64点 注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する 2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき） イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点 3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき） イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点 注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする	【歯周基本治療】 1 スケーリング（3分の1顎につき） <u>64点</u> 注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する 2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき） イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u> 3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき） イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u> 注1 <u>同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1は、注加算を含む。）の30／100に相当する点数により算定する</u>

改

- 3 歯周外科手術は、個々の歯の状況に応じて、一歯単位に評価して実施することが重要であることから、歯周治療の実態に合わせた、1歯単位の評価に改める。

現 行	改正案
【歯周外科手術】（3分の1顎につき）	【歯周外科手術】（1歯につき）
1 歯周ポケット搔爬術 200点	1 歯周ポケット搔爬術 75点
2 新付着手術 300点	2 新付着手術 150点
3 歯肉切除術 400点	3 歯肉切除術 300点
4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点	4 歯肉剥離搔爬手術 600点

改

- 4 歯周疾患による急性症状が発現した場合であって、特定薬剤を用いて症状緩解を図った場合の処置の評価を追加する。

現 行	改正案
【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点	【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点
[適応症]	[適応症]
- 歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合 - 上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合	- 歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善が見られず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合 - 上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合 <u>歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤の注入を行った場合</u>

改

病院歯科機能の評価の見直し

骨子【Ⅱ－６－(3)】

第１ 基本的な考え方

- 1 病院歯科においては、その専門的な診療機能等について評価がなされているが、現行の施設基準は、病院歯科の機能評価を行う上で、必ずしも実態に即したものとなっていないことから、現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を見直し、適切な機能評価を行う。
- 2 また、在宅療養を行っている患者に対して、地域において在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて、病院歯科等において全身管理下での処置や手術及び入院を伴う歯科診療が必要になる場合があることから、在宅歯科診療を後方支援する病院歯科機能について新たに評価を行う。

第２ 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を緩和し、適切な機能評価を行う。

(1) 地域歯科診療支援病院の施設基準の見直し

現 行	改正案
(1) 歯科医師が常勤３名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が２名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が１名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が１００分の３０以上であること ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が１００分の２０以上であって、別に掲げる手術の１年間の実施件数の総数が３０件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること	(1) 常勤の歯科医師が <u>２名以上</u> 配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が２名以上配置されていること (3) 歯科衛生士が１名以上配置されていること (4) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が１００分の３０以上であること ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が１００分の２０以上であって、別に掲げる手術の１年間の実施件数の総数が３０件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

改

- 2 在宅での歯科診療が困難であると判断され、連携している地域の病院歯科等を受診し、入院して歯科診療を行った場合に、在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の機能を評価するため、入院基本料への加算を創設する。

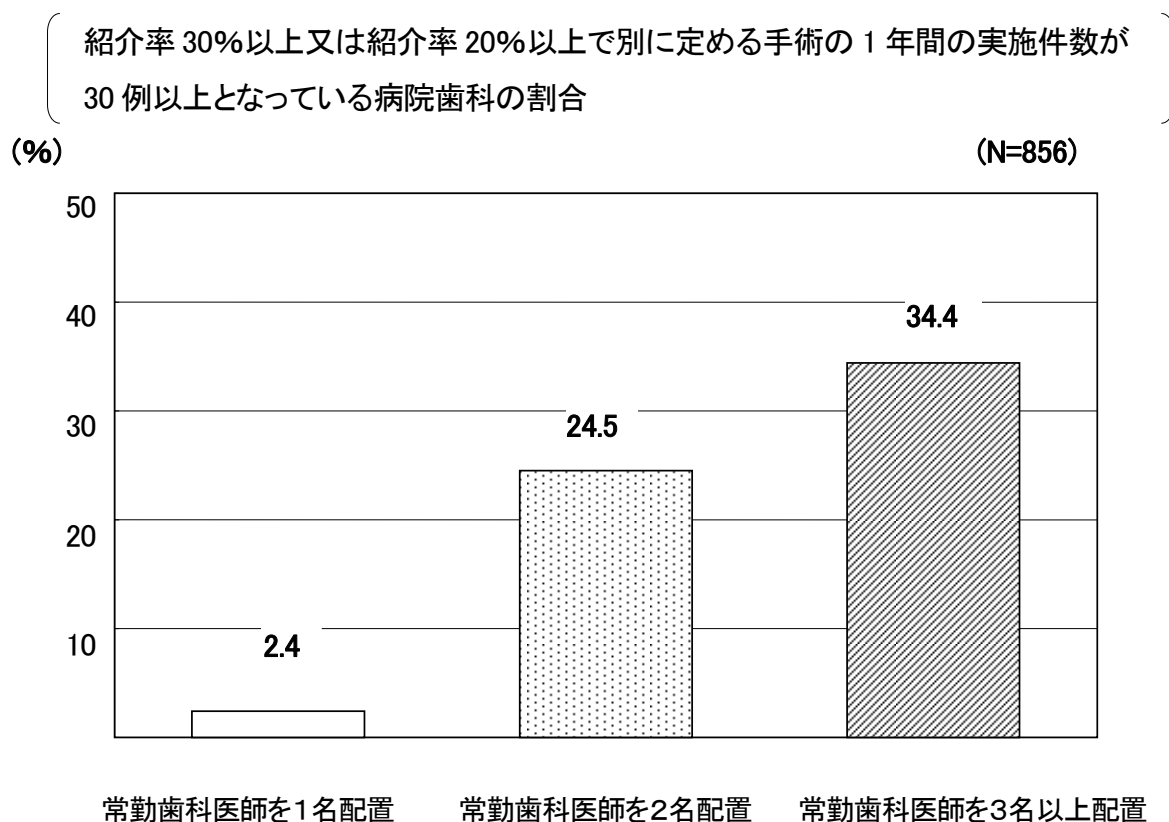
新 地域歯科診療支援病院入院加算 300点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する

(参考)

常勤歯科医師の配置数別の病院歯科機能について



(出典 日本病院歯科口腔外科協議会調べ)

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る現行の施設基準では、常勤の歯科医師が3名以上配置されていることを要件の1つとしているが、紹介率30%以上又は紹介率20%以上で別に定める手術の1年間の実施件数30例以上といった病院歯科の機能を有する医療機関数の割合をみると、常勤の歯科医師の配置数が1名の場合は2%と極端に低くなっているのに対して、2名の場合と3名以上の場合には各々25%、34%となっており、常勤の歯科医師数が2名の場合であっても、地域歯科診療を支援する機能を有する医療機関が多く存在している状況にある。

在宅歯科医療等の推進（後期高齢者医療を含む）

骨子【Ⅴ－２－（８）】

第１ 基本的な考え方

- 1 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所の整備を図る。
- 2 後期高齢者は、生活の質にも影響を及ぼす歯科疾患の重症化や摂食・嚥下障害の発現等が顕著になる時期であることから、疾患の管理に併せて、口腔機能の評価及び管理を適切に行うことが強く求められており、後期高齢者の口腔機能の評価を新設する。
- 3 入院中の患者が退院する際に、在宅療養を支える医療従事者間で情報共有が進むよう、在宅医療を担う医師、訪問看護ステーションの看護師以外の者が、入院中の医療機関との共同指導に参加した場合の評価を新設する。
- 4 在宅療養を行っている患者に対して、医師及び歯科医師等の医療従事者が相互に、在宅において療養を行っている介護サービスを利用しない患者について、利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有するとともに、それらの情報を踏まえた療養上必要な指導に対する評価を新設する。
- 5 在宅療養を支える医療従事者間での情報共有及び共同指導を促進するための評価を新設する。

第２ 具体的な内容

1 在宅療養支援歯科診療所の創設

後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能の評価を新設する。

新 在宅療養支援歯科診療所の新設

[施設基準]

- 1 所定の研修を受講した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が１名以上配置されていること
- 3 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供

できる体制を整えていること

- 4 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の新設

在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価するため、老人訪問口腔指導管理料を廃止し、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を新設する。

老人訪問口腔指導管理料 430点 ⇒ 廃止

新 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点（月1回）

[算定要件]

- 1 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する
- 2 歯科疾患管理料は別に算定できない

3 退院時共同指導料の新設

- (1) 退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が、共同指導に参加した場合の評価を新設する。

新 退院時共同指導料 1

1	在宅療養支援歯科診療所の場合	600点
2	1以外の場合	300点

- (2) 入院中の保険医療機関の保険医である歯科医師、看護師、歯科衛生士等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師等と共同して行った場合の評価を新設する。

新 退院時共同指導料 2 300点

4 在宅患者連携指導料の新設

歯科医師が、歯科訪問診療を行っている患者の利用する医療サービス及び福祉サービス等の情報について、在宅療養を担う医師、訪問看護ステーション

ンの看護師及び保険調剤薬局の薬剤師等と共有し、その情報に基づいて共同で療養上必要な指導を行うことの評価を新設する。

新 在宅患者連携指導料 900点（月1回）

5 在宅患者緊急時カンファレンス料の新設

歯科訪問診療を実施している歯科医師が患者の病状の急変に伴い、関係する医療従事者と共同で在宅等に赴いてカンファレンスを行い、療養上必要な指導を共同で行うことの評価を新設する。

新 在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

6 後期高齢者終末期相談支援料の新設

一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと医師が判断した後期高齢者に対して、患者の同意を得て、医師からの依頼を受けた歯科医師が、医師又は看護師等と共同し、相談支援を行うことの評価を新設する。

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

歯科訪問診療等の見直し

骨子【Ⅴ－２－(8)】

第１ 基本的な考え方

- 1 在宅及び社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者に対する歯科訪問診療について、平成１８年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果等も踏まえた文書による情報提供の在り方を見直す。
- 2 適切な歯科訪問診療を提供する観点から、歯科訪問診療を行う際には、慢性的な歯科疾患のみならず、歯科疾患の急性症状の発症時等にも即応できることについての評価を新設する。

第２ 具体的な内容

- 1 平成１８年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果を踏まえ、歯科訪問診療料に係る算定要件としての文書提供を廃止する。

現 行	改正案
患者又はその家族に説明した上で文書により情報提供を行った場合に算定する。	患者又はその家族に説明した内容について診療録に記載した場合に算定する。

- 2 歯科訪問診療において常時急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するため、従来処置等を行った場合のみに加算としていた周辺装置加算の評価の在り方を見直すとともに、歯科訪問診療料の加算として、在宅患者等急性疾患対応加算を創設し、併せて歯科訪問診療料に伴う初・再診料を廃止する。

新 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の創設

現 行	改正案
【周辺装置加算】 1 エアタービン及びその周辺装置 ２００点	歯科訪問診療料を算定した場合は、初・再診料は算定しない 【周辺装置加算】 1 エアタービン及びその周辺装置 ２００点

改

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点	2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点
注 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削 せつさく を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴 ほてつ （医科、この表においては「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。	注 著しく歯科診療が困難な障害者（在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。
	【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に所定点数に加算する。
	イ 1回目 232点 ロ 2回目以降 90点

新

歯科医療の特性に配慮した安全で安心できる 総合的歯科医療環境の整備

骨子【Ⅱ－6－(5)】
【Ⅴ－2－(8)】

第1 基本的な考え方

歯科の外来診療においては、

- ① 誤嚥等のおそれのある細小な根管治療器具等の歯科治療機材やインレーやクラウン等の歯冠修復物が多用されていること
 - ② 処置に伴い局所麻酔を行う事例が多いこと
 - ③ 高齢社会の進展等に伴い、全身状態の把握・管理が必要な患者に対する歯科診療の機会が増大していること
 - ④ 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会も多いこと
- などの特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備を図る。

第2 具体的な内容

歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算を創設する。

新 歯科外来診療環境体制加算 30点（初診時1回）

〔施設基準〕

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

(参考) 医療法により規定されている歯科診療に係る主な事項

- 医療安全管理者を配置していること
- 医療事故防止、院内感染防止及び歯科診療時の偶発症等緊急時の対応に係る医療安全マニュアルを作成していること
- 医療事故報告及びヒヤリ・ハット事例を収集し、保管していること
- 医療機器保守点検チェックシートを作成し、記録・保管していること
- 医薬品管理シートを作成し、記録・保管していること
- 毎年1回の医療安全に係る従事者の研修を実施し、研修会報告書を作成・保管していること

先進医療技術の保険導入（歯科）

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

歯科医療に係る先進医療13技術のうち、以下の3技術について保険導入を行う。

1 歯周組織再生誘導法に係る技術料の新設

新 歯周組織再生誘導手術（1歯につき）

(1) 1次手術（吸収性膜又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	630点
(2) 2次手術（非吸収性膜の除去）	300点

[施設基準]

歯科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有する歯科医師を1名以上配置していること

[適応症]

- 1 歯周病に罹患し、こんぶん き ぶ根分岐部病変を有する歯
- 2 歯周病に罹患し、垂直性の骨欠損を有する歯

(参考) 歯周組織再生誘導法

歯周組織再生誘導法は、歯周疾患により歯槽骨が破壊、吸収し、露出した歯根の表面と歯槽骨の欠損部を吸収性又は非吸収性の膜（メンブレン）で被覆することで、歯根と歯根膜の再結合の阻害要因となっている歯肉細胞の侵入を防ぎ、歯根膜由来の細胞を歯根膜表面に優先的に誘導、付着させる歯周外科療法である。

本法を用いることによって、従来極めて困難と考えられていた歯根と歯根膜の再結合や歯槽骨等の再生が促進され、歯周疾患の病状の改善を図ることが可能となる。

吸収性膜の場合

① 歯根面のルートプレーニングと搔爬および洗浄



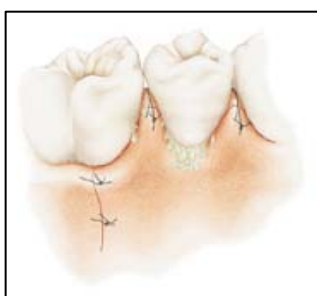
② GTR膜の準備・調整



③ GTR膜の装着・固定



④ 歯肉弁の縫合誘導



歯根膜細胞が選択的に誘導され、歯周組織が再生

2 接着ブリッジによる欠損補綴に係る技術料の新設

新 接着ブリッジ（支台歯の生活歯歯冠形成の鑄造冠に係る加算） 490点

[適応症]

- 1 前歯部の1歯欠損症例に対するブリッジであって、かつ、前歯部に支台歯を求めるものであること
- 2 ブリッジの支台となる歯が歯周疾患に罹患していない場合、若しくは、罹患している場合であって、歯周基本治療等が終了し、歯周組織検査により、動揺及び歯周組織の状態等から、支台歯としての機能を十分維持し得るとの判断がなされたものであること

(参考) 接着ブリッジ

歯が欠損した部位に対して、主に接着性レジンセメントの強固な接着力によりブリッジの維持を行う技術。この技術により、ブリッジを支える歯の歯質削除量を従来の方法に比べて大幅に減じることが可能となる。

3 レーザー応用による齲蝕除去に係る加算の新設

新 齲蝕歯無痛的窩洞形成加算 ^{かどう} 20点

[施設基準]

齲蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齲蝕歯即時充填^{じゅうてん}形成を行うにつき、必要な機器を設置していること

[算定要件]

齲蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齲蝕歯即時充填形成を行った場合に窩洞形成又は齲蝕歯即時充填形成に係る費用に加算する

(参考) レーザー応用による齲蝕除去

レーザー照射によりレーザーを応用して齲蝕の除去時の振動や音並びに痛みを少なくする技術。エアータービン等歯科用切削器具を用いることがなく、多くの場合、齲蝕除去時の疼痛の発現を抑制することが可能となる。

新規医療技術の保険導入（歯科）

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1 非侵襲性^{しずいふくとう}歯髄覆罩法

深在性の齲蝕^{うしか}歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕^{うしか}歯）に対して、感染歯質を残した水酸化カルシウム製剤等による非侵襲性の歯髄覆罩法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

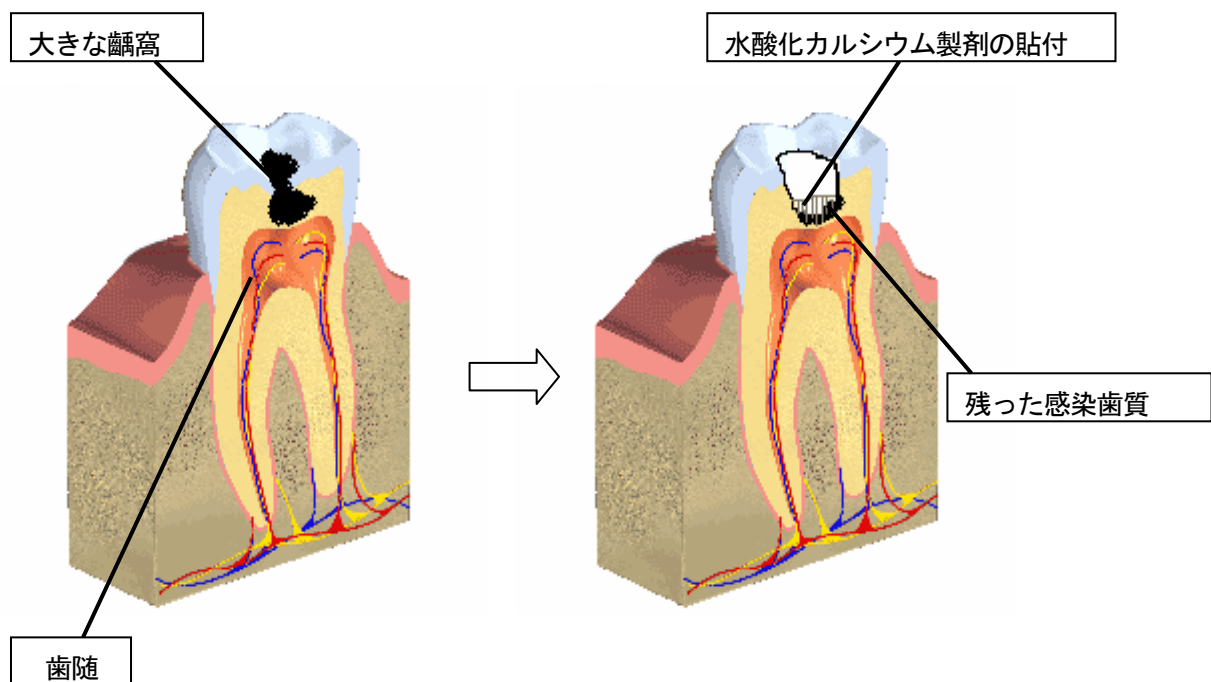
新 非侵襲性歯髄覆罩 150点（1歯につき）

〔算定要件〕

- 1 感染象牙質を部分的に除去した後、計画的に水酸化カルシウム製剤等を貼付し、歯髄の保存を図った場合に算定する
- 2 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は3か月間の経過観察を行う
- 3 非侵襲性歯髄覆罩を行った歯が^{ばっすい}抜髄となった場合は、抜髄に係る費用から低減

（参考）非侵襲性歯髄覆罩法

齲蝕^{うしか}によって発生する齲窩^{うか}が大きく、感染した軟化象牙質を全て除去すれば歯髄が露出し、歯髄の除去に至る可能性がある深在性の齲蝕^{うしか}歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕^{うしか}歯）に対して、感染歯質を一部残し、無菌化、再石灰化及び修復象牙質の形成を促すための水酸化カルシウム製剤等を貼付し、感染部の治癒を図る技術。



2 静脈内鎮静法

歯科治療に対して協力を得ることが難しい小児患者、歯科治療恐怖症の患者及び歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象とした静脈内鎮静法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

新 静脈内鎮静法 120点

[算定要件]

- 1 術前・術中・術後の管理を十分に行うこと
- 2 静脈確保の手技、薬剤の投与量と呼吸・循環系など全身状態の把握、鎮静過剰期における対応、意識消失時の気道確保など、的確な全身的管理を行うこと
- 3 吸入鎮静法と併せて算定することはできない

3 肺血栓塞栓症予防管理

肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い入院中の患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として行う計画的な医学管理について、歯科診療報酬においても評価を行う。

新 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

[算定要件]

- 1 病院等に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中 1 回に限り算定する
- 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に用いた機器、材料の費用は所定点数に含まれる

歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大

第1 基本的な考え方

- 1 歯科矯正治療は、疾患としての位置付けが明確なものについて診療報酬上評価している。
- 2 また、現行の診療報酬上においては、小児義歯は原則として認められていないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症児に対する小児義歯に限り認められている。
- 3 これらの技術について、学会からの医療技術評価希望書に基づき、医療技術評価分科会において検討した結果を踏まえ、療養の給付の対象とする歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大を行うとともに、歯科矯正治療について、診療の実態に即したものとなるよう、歯科矯正診断料及び顎口腔機能診断料の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

- 1 歯科矯正に関する療養の給付の対象とする適応症の拡大
歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改正案
[療養の給付の対象とする適応症] ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症	[療養の給付の対象とする適応症] ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、<u>ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂</u>

2 歯科矯正治療の診療実態に即した算定要件等の見直し

歯科矯正治療について、実態に即した評価を行うため、歯科矯正診断料に係る診断を行う時期として、一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するときを追加し、新規に評価する。

現 行	改正案
1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限り算定する	1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき及び<u>一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するとき</u>、各々につき1回に限り算定する
2 顎口腔機能診断料の算定要件 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する	2 顎口腔機能診断料の算定要件 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析を行い、<u>治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成した患者に対し、文書により提供した場合に算定する</u>

3 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

現 行	改正案
【小児義歯の適応症】 ・後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症	【小児義歯の適応症】 ・後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症 ・<u>脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊及び後継永久歯の先天欠損を伴う象牙質形成不全症、象牙質異形成症、エナメル質形成不全症、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝イルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児</u> ・局部義歯：１床につき算定 ・総義歯：１顎につき算定

処置等に係る技術の基本診療料における評価

骨子【Ⅱ－６－(6)】

第１ 基本的な考え方

- 平成１８年度歯科診療報酬改定においては、平成１７年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為(外来)のタイムスタディー調査」の結果に、重要度、難易度、必要時間等に応じて、歯周基本治療、根管治療及び歯冠修復について評価の見直しを行ったところであるが、他方、歯科医師が行う比較的に簡単で短時間で実施できる一部の歯科医療技術についても、適正な評価を行うことが求められている。
- 歯科医療技術の適正な評価を行うとともに、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、重要度が低い、又は、比較的に簡単で必要時間の短い、ラバーダム防湿等一部の処置等に係る既存の技術については、基本診療料において評価することとする。

第２ 具体的な内容

歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、既存の歯科医療技術の評価の見直しを行うとともに、一部の処置等に係る技術については、基本診療料において評価することとし、併せて初・再診料の評価を引き上げる。

【 現 行 】

- ラバー加算（１０点）
（廃止）
- しにくそくにく
歯肉息肉除去術（５４点）
（廃止）

【 改正案 】

初診料	１８２点
再診料	４０点

検査及び画像診断に係る技術の評価の見直し

骨子【Ⅱ－６－(6)】

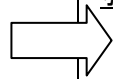
第１ 基本的な考え方

- 1 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。
- 2 歯科診療報酬においても、医科診療報酬と並行して検討すべき技術について、その評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 1 補綴関連検査のうち、実施率の低く同様の目的を有する類似の技術である下顎運動路描記法、ゴシックアーチ検査、パントグラフ検査及びチェックバイト検査を顎運動関連検査として一体的に評価する。

新 顎運動関連検査 ３８０点

現 行		改 正 案	
1	下顎運動路描記法（MMG） ３００点		顎運動関連検査 ３８０点 （一装置につき１回に限り算定）
2	チェックバイト検査 ４００点		
3	ゴシックアーチ描記法 ５００点		
4	パントグラフ描記法 ６００点		

〔算定要件〕

顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する

- 2 平成８年度から導入されているデジタル映像化処理加算の評価を引き下げるとともに、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術の評価を創設する。また、あわせて臨床診断の基礎となる画像診断報告の体制の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【デジタル映像化処理加算】 イ 歯科エックス線撮影の場合 10点 ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点 ハ その他の場合 60点	【デジタル映像化処理加算】 イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>5点</u> ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>50点</u> ハ その他の場合 <u>30点</u>
	【エックス線診断料】 電子画像管理加算 イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>10点</u> ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>95点</u> ハ その他の場合 <u>60点</u>
【画像診断管理加算】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。	【画像診断管理加算】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に<u>70点</u>を加算する。

歯科固有の技術に関する評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(6)】

第1 基本的な考え方

- 1 歯科固有の医療技術の適正評価を図る観点から、歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、歯科医療技術の評価の見直し等を行う。
- 2 併せて、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。

第2 具体的な内容

- 1 歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、以下の見直しを行う。
 - ・ 歯科医療技術の評価の見直しを行う。
 - ・ 評価の対象となっている処置の内容が必ずしも歯科診療の実態に即したのものとなっておらず、また、明確なものとなっていない技術について、内容の明確化等を行う。
 - ・ 同一手術野等において実施される複数手術において、必ずしも評価が十分でないとの指摘があった手術について、より適切な評価を行う。

(1) 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置^{しょうかれつこうてんそく}の評価の引き上げ

現 行	改正案
【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】 108点 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする	【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】 <u>120点</u> 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする

(2) 根管内異物除去の引き上げ

現 行	改正案
【根管内異物除去】（1歯につき） 140点	【根管内異物除去】（1歯につき） <u>150点</u>

(3) 加圧根管充填加算の引き上げ

現 行	改正案
【根管充填】（１歯につき）	【根管充填】（１歯につき）
１ 単根管 ６８点	１ 単根管 ６８点
２ ２根管 ９０点	２ ２根管 ９０点
３ ３根管以上 １１０点	３ ３根管以上 １１０点
加圧根管充填を行った場合は、単根管、 ２根管又は３根管以上の所定点数に、１１ ０点、１３０点又は１５０点をそれぞれ加 算する	加圧根管充填を行った場合は、 <u>単根管、 ２根管又は３根管以上の所定点数に、１１ ８点、１４０点又は１６４点をそれぞれ加 算する</u>

(4) 齲蝕処置の内容の明確化

現 行	改 正 案
【齲蝕処置】（１歯１回につき） １６点 (内容) イ 多数歯にわたる齲蝕歯に同時に齲蝕治療 を行う場合であって、齲蝕の処置を同時に 行うことによって咬合の維持ができない場 合において、やむを得ず齲蝕治療の実施の 順序が後となる齲蝕歯に対して行った軟化 象牙質の除去及び暫間充填 ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ 歯髄覆罩等を行うにあたっての軟化象牙 質等の除去及び燐酸セメント又はカルボキ シレートセメント等を用いた暫間充填	【齲蝕処置】（１歯１回につき） １６点 (内容) イ <u>齲蝕歯の歯冠部に行った軟化象牙質の 除去及び暫間充填</u> ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ <u>歯髄覆罩及び歯冠修復物の脱落時の再装 着等を行うにあたっての軟化象牙質等の除 去及び燐酸セメント又はカルボキシレ ートセメント等を用いた暫間充填</u> ニ <u>拔牙禁忌症で義歯製作の必要上、やむを 得ず行う齲蝕等により生じた残根の削合</u>

改

(5) 乳歯・難抜歯・埋伏歯の抜歯に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【抜歯手術】（1 歯につき）	【抜歯手術】（1 歯につき）
乳歯 1 2 0 点	乳歯 <u>1 3 0 点</u>
難抜歯 4 6 0 点	難抜歯 <u>4 7 0 点</u>
埋伏歯 1, 0 0 0 点	埋伏歯 <u>1, 0 5 0 点</u>

(6) 歯根嚢胞摘出術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根嚢胞摘出手術】	【歯根嚢胞摘出手術】（1 歯につき）
歯冠大のもの 7 7 0 点	歯冠大のもの <u>8 0 0 点</u>
拇指頭大のもの 1, 3 0 0 点	拇指頭大のもの <u>1, 3 5 0 点</u>

(7) 歯根端切除手術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根端切除手術】（1 歯につき）	【歯根端切除手術】（1 歯につき）
1, 3 0 0 点	<u>1, 3 5 0 点</u>

(8) 現行の同一手術野等における複数手術について、所定点数の100分の50により評価する手術

現 行	改正案
	・ 歯根端切除手術及び歯根嚢胞摘出術 ・ 歯根端切除手術及び顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根嚢胞を除く。）に限る。）

新

2 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い技術である充填、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨については、充填及び窩洞形成の評価を引き上げ、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨の評価を廃止した上で、一体的に再評価を行う。

(1) EE+EB 加算、充填、研磨の総合的評価

現 行	改正案
【歯冠形成】（1 歯につき）	【歯冠形成】（1 歯につき）
窩洞形成	窩洞形成
・ 単純なもの 4 4 点	・ 単純なもの <u>5 4 点</u>
・ 複雑なもの 6 8 点	・ 複雑なもの <u>8 0 点</u>

【充填】（１歯につき） １ 単純なもの ５２点 ２ 複雑なもの １００点 注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に１歯につき４３点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。 【充填物の研磨】（１歯につき） １４点	【充填】（１歯につき） １ 単純なもの <u>１００点</u> ２ 複雑なもの <u>１４８点</u> 注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合の費用を含む。 【充填物の研磨】（１歯につき） <u>廃止</u>
--	---

歯冠修復及び欠損補綴に係る技術料の見直し

第１ 基本的な考え方

歯冠修復及び欠損補綴に関する適正な技術評価を図る観点から、歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

第２ 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬で築造体の製作料に包括評価されている支台築造製作に係る印象採得の技術料については、平成１７年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、比較的長時間を要することや印象採得の技術が最終的に精度の高い築造体の製作に寄与することが指摘されていることから、支台築造（メタルコア）における印象採得に係る技術の評価を新設する。

新 支台築造印象 ２０点（１歯につき）

〔算定要件〕

- 1 支台築造の製作にあたって、根管を拡大しポスト孔の形成を行い、印象採得を行った場合に算定する
- 2 保険医療材料料に係る費用は含まれるものとする

- 2 現行の歯科診療報酬では、歯冠形成の後、歯冠修復物を装着するまでの間に、当該歯の保護並びに歯周組織の保護等のために装着されるテンポラリークラウンについては、歯冠修復の技術料に包括評価されているが、平成１７年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、製作に比較的長時間を要することや、その技術や製作物が最終的に精度の高い歯冠修復物の製作に寄与することが指摘されていることから、テンポラリークラウンに係る技術の評価を新設する。

新 テンポラリークラウン ３０点（１歯につき）

〔算定要件〕

- 1 前歯部において、前装^{ちゅうぞう}鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠に係る歯冠形成を行った場合に１歯につき１回に限り算定できる

- 2 前装鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠を装着するまでの修理等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない
- 3 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない

3 歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

(1) 前装鑄造冠の評価の引下げ

現 行	改正案
【前装鑄造冠】（1 歯につき）1, 200 点	【前装鑄造冠】（1 歯につき） <u>1, 174 点</u>

(2) ポンティック（ダミー）及び前装鑄造冠ポンティック（ダミー）の評価の引き下げ並びに金属裏装ポンティック（ダミー）の評価の新設

現 行	改正案
【ポンティック（ダミー）】（1 歯につき） 428 点 前装鑄造ポンティック（ダミー）について、所定点数に772 点を加算する	【ポンティック（ダミー）】（1 歯につき） 428 点 - 前装鑄造ポンティック（ダミー）について、所定点数に<u>746 点</u>を加算する <u>金属裏装ポンティック（ダミー）について、所定点数に320 点を加算する</u>

新

(3) 有床義歯の評価の引上げ

現行	改正案
【有床義歯】 1 局部義歯（1 床につき） イ 1 歯から4 歯まで 525 点 ロ 5 歯から8 歯まで 650 点	【有床義歯】 1 局部義歯（1 床につき） イ 1 歯から4 歯まで <u>540 点</u> ロ 5 歯から8 歯まで <u>665 点</u>

(4) 鑄造^{こう}鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【鑄造鉤（1個につき）】		【鑄造鉤（1個につき）】	
1	双歯鉤	220点	224点
2	両翼鉤	205点	208点

改

(5) 線鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【線鉤（1個につき）】		【線鉤（1個につき）】	
1	双歯鉤	195点	200点
2	両翼鉤	135点	140点
3	レストのないもの	115点	120点

改

(6) 支台築造の評価の引上げ

現行		改正案	
【支台築造】		【支台築造】	
1	メタルコア		
	イ 大臼歯	170点	176点
	ロ 小臼歯及び前歯	144点	150点
2	その他	120点	126点

改

歯科診療における患者への文書による 情報提供の在り方

骨子【Ⅱ－6－(4)】

第1 基本的な考え方

- 1 歯科診療において文書による情報提供が義務付けられている項目について、診療報酬改定結果検証部会における検証結果等を踏まえ、情報提供の在り方の見直しを行う。
- 2 具体的には、情報提供の時期、情報提供が算定要件となる項目及び提供すべき内容についての見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 情報提供の時期については、口腔内の状況に変化があった場合や、指導管理に変更があった場合など、歯科治療等に進行状況に合わせて行うこととし、3ヶ月に1回以上の交付頻度とする。
- 2 文書による情報提供が算定要件となる項目については、①情報提供を行うことで、患者の療養の質の向上が図られることが期待できる項目、②治療計画を示したり口腔内の図示を行うことで、患者の歯科疾患に関する理解を深め、納得できる歯科医療を進めることが期待できる項目、とする。

（文書による情報提供を算定要件とすることを廃止する項目）

- (1) 歯科訪問診療料
 - (2) 補綴時診断料
 - (3) 矯正装置装着時のフォースシステム加算
 - (4) 歯科治療総合医療管理料
 - (5) 歯科特定疾患療養管理料（治療計画に基づいた療養上必要な指導に係る文書提供）
- 3 情報提供すべき内容については、過不足のない効率的な情報提供を図ることとし、項目間の重複が無いようにすることとし、留意事項通知等において、整理する。

調剤料の見直し

骨子【Ⅱ－７－(1)(2)】

第１ 基本的な考え方

- 治療上の必要性から行われている一包化薬の調剤料について、現行では多くの種類の内服薬が処方されていても、服用時点が全て同一の場合には算定できないとされているが、一包化に要する手間にかんがみ、一定の要件を満たした場合には算定できるとするとともに、その評価を見直す。
- また、投薬量、投与日数等にかかわらず１調剤当たりの評価とされている自家製剤加算のうち、錠剤の半割については、他の自家製剤に比し調剤に要する手間が少ないことにかんがみ、投与日数を考慮し、その評価を見直す。

第２ 具体的な内容

１ 一包化薬の見直し

処方された内服薬が３種類以上の場合には、服用時点が全て同一であっても、一包化薬の調剤料を算定できるとするとともに、一包化薬の評価を引き下げる。

現 行	改正案
【調剤料】 一包化薬 97点 ・ 2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する	【調剤料】 一包化薬 <u>89点</u> ・ 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する

改

注：１剤とは、薬剤の種類数にかかわらず、服用時点が同一の内服薬をいう。

２ 自家製剤加算における錠剤の半割に係る区分の見直し

自家製剤加算のうち、錠剤の半割を行った場合に算定する区分について、自家製剤に要する手間の少なさを考慮して評価を引き下げ、投与日数に応じた評価とする。

現 行	改正案
【自家製剤加算】 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。） (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 (2) 液剤 45点	【自家製剤加算】 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき<u>（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）</u>それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。） (1) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬</u> 20点 (2) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬</u> 90点 (3) 液剤 45点

患者の薬歴管理及び服薬指導に係る評価の見直し

骨子【Ⅱ－７－(3)】

第１ 基本的な考え方

薬局における患者に対する必要な服薬指導を充実させ、服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素化を図るため、薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

第２ 具体的な内容

現 行	改正案
【薬剤服用歴管理料】 22点 - 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定 - 服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算	【薬剤服用歴管理指導料】 30点 - 患者（後期高齢者を除く。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定 ① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと

改

長期投薬情報提供料 1 の見直し

骨子【Ⅱ－７－(4)】

第 1 基本的な考え方

現行の長期投薬情報提供料 1 は、長期投薬に係る薬剤の安全使用の観点から、患者に薬剤を交付した後、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、患者の同意を得た場合に算定することとされているが、その算定回数に比し、実際に患者等に対して情報提供した回数が少ない実態を踏まえ、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

第 2 具体的な内容

長期投薬情報提供料 1 について、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、あらかじめ患者の同意を得た上で、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

現 行	改正案
【長期投薬情報提供料】 長期投薬情報提供料 1（処方せんの受付 1 回につき） 服薬期間が 1 4 日又はその端数を増すごとに 1 8 点 患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する	【長期投薬情報提供料】 長期投薬情報提供料 1（<u>情報提供 1 回につき</u>） 1 8 点 患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、<u>長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する</u>

改

放射線治療の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(1)(2)】

第１ 基本的な考え方

がん医療の中で重要な役割が期待されている放射線治療について、放射線治療機器の保守管理、精度管理、及び治療計画策定の体制について評価を行い、質の向上を図る。

また、療養生活の質の維持向上を図るために、外来で放射線治療を行う体制を整備し、技術の進歩により有効性が明らかになった新しい放射線治療を保険導入する。

第２ 具体的な内容

- 1 放射線治療の質の向上を図るため、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を新設する。

新 医療機器安全管理料 2 1, 000 点（計画策定時 1 回）

〔算定要件〕

放射線治療を必要とする患者に対し、治療計画が策定した場合に算定する

〔施設基準〕

- 1 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について相当の経験を有するものに限る。）が 1 名以上配置されていること
- 2 当該管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
- 3 当該管理を行うにつき、十分な機器及び施設を有していること

- 2 放射線治療の外来での提供体制を充実させ、療養生活の質の向上を図るため、外来放射線治療加算を創設する。

新 外来放射線治療加算 100 点

〔算定要件〕

放射線治療（体外照射のうち高エネルギー体外照射、強度変調放射線治療）を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対し、当該治療を実施した場合、1 人 1 日につき 1 回に限り算定できることとする

〔施設基準〕

外来放射線治療を行うことができる十分な体制、機器及び施設（患者が休憩等でき

るベッドを有している等)を有していること

- 3 従来の放射線治療と比較して正常臓器への副作用が少ない治療法として認められている強度変調放射線治療 (IMRT) について、保険導入を図る。

新 強度変調放射線治療 (IMRT)

ア	放射線治療管理料		5, 000点
イ	体外照射	1回目	3, 000点
		2回目	1, 000点

[算定要件]

原発性の頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍、中枢神経腫瘍の患者に対し強度変調放射線治療を実施した場合に算定する

[施設基準]

強度変調放射線治療を安全に行うことができる十分な体制、機器及び施設を有していること

化学療法の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(3)】

第１ 基本的な考え方

外来化学療法の充実が求められている中で、これを担う医療機関は年々増加しているが、化学療法は、昨今、新たな抗悪性腫瘍剤が数多く登場して、高度化・複雑化しつつあり、専門性を有する医師等の関与が求められている。

また、現在、動脈注射による抗悪性腫瘍剤の投与の場合や点滴注射における注射量が少量の場合の無菌製剤処理が評価されていない。

そのため、化学療法について充実した体制を評価することにより、質を確保しつつ、その拡大を図る。

第２ 具体的な内容

- 1 現行の化学療法を行う体制に係る評価を引き下げ一方、専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において提供される化学療法について、評価を新設する。また、この加算の評価対象を動脈注射等についても拡大する。

現 行	改正案
【外来化学療法加算】（１日につき） 400点	【外来化学療法加算１】（１日につき） 500点 【外来化学療法加算２】（１日につき） 390点

改

[算定要件]

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合、１日につき加算する

[施設基準]

外来化学療法加算１については、以下に掲げる基準

- 1 医師、看護師及び薬剤師について、相当の経験を有する者が配置されていること
- 2 実施される化学療法の治療内容の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること

を満たすこととし、外来化学療法加算２については、従前の外来化学療法加算の基準を満たすこととする

- 2 注射に際して、抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を実施した場合の評価について、その対象を拡大する。

新 無菌製剤処理料

ア 無菌製剤処理料 1 50点

(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 無菌製剤処理料 2 40点

(ア以外のもの)

[算定要件]

動脈注射、点滴注射、中心静脈注射等を行う際に、無菌製剤処理が行われた場合に、
処理が行われた薬剤が注射される患者の区分に応じて算定する

[施設基準]

- 1 病院であること
- 2 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有し必要な体制が整備されていること

緩和ケアの普及と充実

骨子【Ⅲ－１－（４）（６）（９）（１０）】

第１ 基本的な考え方

がん患者及びその家族が、できる限り質の高い療養生活を送ることができるようにするために重要となる緩和ケアについて、必要な評価を行う。

第２ 具体的な内容

- がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的に行い、麻薬を処方することに対する評価を新設する。

新 がん性疼痛緩和指導管理料 １００点

〔算定要件〕

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－ＷＨＯ方式がんの疼痛治療法－第２版）に基づき、副作用対策や疼痛時の対応を含めた計画的な治療管理や当該薬剤の効果等に関する説明を含めた療養上必要な指導を行い、麻薬を処方する場合に算定する

- 緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、専任の薬剤師の配置を要件に追加し、加算を引き上げる一方、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師が外来診療に当たることができるよう、その勤務形態の要件を緩和する。

〔算定要件〕

緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に加算する

〔施設基準〕

現 行	改正案
【緩和ケア診療加算】（１日につき） ２５０点 (1) 以下の３名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師	【緩和ケア診療加算】（１日につき） ３００点 (1) 以下の４名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

改

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 (2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれかは緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする	イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 (2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれか、<u>またエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする</u> <u>また、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診療を行うことについては、差し支えないものとする（ただし、就労時間の半分以上を超えないこと。）</u>
--	---

3 緩和ケア病棟入院料について、緩和ケア病棟が終末期のケアに加え、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えたものとするため、位置付けにおいて明確化するとともに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等の要件を新たに追加する。

現 行	改正案
【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） (1) 緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する (2) 緩和ケア病棟における末期悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」（厚生省・日本医師会編）を参考とする	【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） (1) 緩和ケア病棟は、<u>主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する</u> (2) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「<u>がん緩和ケアに関するマニュアル</u>」（厚生労働省・日本医師会監修）を参考とする (3) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、<u>地域の在宅医療を担う医療機関と</u>

改

	<u>連携を行うこと。連携している診療所が居宅において診療を行っている患者の緊急時においては、その患者を受け入れることができる体制を確保すること</u> <u>(4) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している診療所の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を整えること</u> <u>(5) 緩和ケア病棟においては、連携する医療機関の医師、看護師等に対する病棟での実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること</u>
--	--

- 4 介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。

併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬及び特定保険医療材料を追加する。

薬剤例：クエン酸フェンタニル製剤、H₂遮断剤 等

- 5 在宅及び外来患者の緩和ケアを推進するため、以下の薬剤師の取組を進める。

(1) 在宅患者の場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算の算定要件として、薬剤師が、患者又はその家族等に対する定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことを追加する。

(2) 外来患者の場合

現行の調剤報酬における薬剤服用歴管理料の麻薬管理指導加算について、麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等の確認を算定要件とするとともに、その評価を引き上げる。

現 行	改正案
【薬剤服用歴管理料】 麻薬管理指導加算 8 点	【薬剤服用歴管理指導料】 麻薬管理指導加算 <u>22 点</u>

改

注 麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合	注 麻薬の服用に関し、<u>その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u>
--------------------------------------	---

がん診療連携拠点病院加算の評価

骨子【Ⅲ－１－(7)】

第１ 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療を提供するだけでなく、地域におけるがん医療の連携の拠点として地域連携体制を構築するとともに、地域医療従事者への研修等を通じて、地域のがん医療の向上を図っていくことが期待されている。

がん対策推進基本計画に伴う、がん診療連携拠点病院の機能強化を踏まえ、診療報酬上更なる評価を行う。

第２ 具体的な内容

がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化にかんがみ、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改正案	改
【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 200点	【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 400点	

〔算定要件〕

他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する

〔施設基準〕

がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

リンパ浮腫に関する指導の評価

骨子【Ⅲ－１－(8)】

第１ 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がんの手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、その発症防止のための指導について評価を行う。

第２ 具体的な内容

リンパ浮腫の治療・指導の経験を有する医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士が、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清（腋窩リンパ節郭清術）を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った患者に対し、手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合の管理料を新設する。

新 リンパ浮腫指導管理料 １００点（入院中１回）

〔算定要件〕

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

〔参考〕

四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣（ストッキング等）の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入（療養費払い）の対象とする

地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

骨子【Ⅲ－２－(1)】

第１ 基本的な考え方

地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に関する検証結果及び医療計画の見直しを踏まえ、対象疾患の拡大及び算定要件等の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

- 1 疾患の特性及び医療機関間の連携の重要性にかんがみ、脳卒中を対象疾患に追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行うこととする。
- 2 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する。
- 3 対象疾患や連携医療機関数の増加数を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる。

現 行		改正案	
【地域連携診療計画管理料】		【地域連携診療計画管理料】	
1, 500点		900点	
【地域連携診療計画退院時指導料】		【地域連携診療計画退院時指導料】	
1, 500点		600点	
対象疾患	大腿骨頸部骨折	対象疾患	大腿骨頸部骨折 脳卒中

改

[施設基準の見直し]

- 1 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 2 地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること

超急性期脳卒中加算の創設

骨子【Ⅲ－２－(2)】

第１ 基本的な考え方

脳梗塞については、発症後３時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子（ｔ－ＰＡ（アルテプラゼ））を投与することにより、後遺症の発生率を下げる事が報告されている。しかしながら、発症後３時間以内の投与のためには、病院到着後、迅速な診察、検査、画像診断等を経て確定診断を行う等の高い病院機能が要求される。

このため、超急性期脳卒中治療に係る体制について評価を行う。

第２ 具体的な内容

ｔ－ＰＡ（アルテプラゼ）を下記の要件のもとで投与した場合の評価を新設する。

新 超急性期脳卒中加算 １２，０００点

〔算定要件〕

- １ 超急性期脳卒中加算は脳卒中発症後３時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子（ｔ－ＰＡ（アルテプラゼ））を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する
- ２ 投与に当たっては、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会」作成の「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること
- ３ 投与を行う医師は「脳梗塞 rt-PA 適正使用講習会」を受講していること

〔施設基準〕

- １ 当該医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を１０年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、「脳梗塞 rt-PA 適正使用講習会」を受講していること
- ２ 薬剤師が常時配置されていること
- ３ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること
- ４ 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- ５ 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ＩＣＵやＳＣＵと兼用であっても構わないものとする
- ６ 次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具が他の治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、

この限りではない

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

7 コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影及び脳血管造影等の必要な画像撮影及び診断が常時行える体制であること

自殺対策における精神医療の評価

骨子【Ⅲ－３－(1)(2)】

第１ 基本的な考え方

平成１０年に年間自殺者が３万人を超え、その後も自殺者数が高水準で推移していることを受け平成１９年６月に自殺対策基本法が制定され、同法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が決定された。

医療については、この中でうつ病の早期発見・早期治療が重要であることや、救急医療施設における精神科医による診療体制の充実を図ることが必要であるとされており、これらに必要な評価を行う。

第２ 具体的な内容

１ 早期の精神科受診の促進

うつ病等の精神障害の患者に対して早期の精神科受診を促すため、身体症状を訴えて内科等を受診した患者について、うつ病等の精神障害を疑い、担当医が診断治療等の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科医師に受診日の予約をとった上で患者の紹介を行った場合の診療情報提供料（Ⅰ）の加算を創設する。

新 精神科医連携加算 ２００点（１回につき）

２ 救命救急センターにおける精神医療の評価

救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が、当該患者の診断・治療等を行った場合の加算を創設する。

新 救命救急入院料の加算 ３，０００点（１回につき）

子どもの心の診療に関する評価の充実

骨子【Ⅲ－３－（３）（４）（５）】

第１ 基本的な考え方

子どもの心の診療においては、外来、入院ともに専門的な医療を提供できる医療機関や医師が十分でなく、その拡充が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。外来医療については、十分な期間に渡り、手厚い診療体制を整備するため、該当項目の算定要件を見直すとともに、入院医療についても、子どもの心の診療について評価を引き上げる。

第２ 具体的な内容

１ 子どもの心の診療の特性に応じた外来の評価の充実

小児特定疾患カウンセリング料の算定期間及び算定回数の要件を緩和する。また、入院中以外の２０歳未満の患者に対して行う精神療法について、在宅にも拡大するとともに、当該療法を行った場合の加算について、算定期間の要件を緩和する。

現 行	改正案				
【小児特定疾患カウンセリング料】 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 ７１０点	【小児特定疾患カウンセリング料】 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、 <u>２年</u> を限度として月 <u>２回</u> に限り算定する <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">イ 月の１回目</td><td style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">５００点</td></tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ロ 月の２回目</td><td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">４００点</td></tr> </table>	イ 月の１回目	５００点	ロ 月の２回目	４００点
イ 月の１回目	５００点				
ロ 月の２回目	４００点				
【通院精神療法】 ２０歳未満の患者に対して通院精神療法を 行った場合（初診の日から起算して６月以内 の期間に行った場合に限る。）は、所定点数 に２００点を加算する	【通院・在宅精神療法】 ２０歳未満の患者に対して通院精神療法を 行った場合（初診の日から起算して <u>１年以内</u> の期間に行った場合に限る。）は、所定点数 に２００点を加算する				

改

２ 入院の評価の充実

児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療

室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) 350点	【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) <u>650点</u>

改

[算定要件]

治療室単位の場合は次の要件を満たすものであること

児童・思春期治療室

- 1 当該治療室の病床数は30床以下である
- 2 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者であること
- 3 その他の当該治療室の施設基準については、現行の病棟の施設基準に準ずる等

医療機器等の安全確保に係る評価

骨子【Ⅲ－４－(1)】

第１ 基本的な考え方

平成１８年６月の医療法改正等を踏まえ、医療機関における医療機器の安全確保や適正使用を一層推進するため、特に安全管理の必要性が高い生命の維持に直接関与する医療機器の専門知識を有する臨床工学技士の配置について評価する。

第２ 具体的な内容

医療機器の安全対策に係る評価を新設する。

新 医療機器安全管理料１ ５０点（１月に１回）

〔算定要件〕

医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士を１名以上配置し、医療安全対策の体制を整備している医療機関において、患者に対して、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に算定する。

（対象となる医療機器）

- ア 人工心肺装置
- イ 補助循環装置
- ウ 人工呼吸器
- エ 血液浄化装置（人工腎臓を除く）
- オ 除細動装置
- カ 閉鎖式保育器

※ 放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を目的とした医療機器安全管理料２の創設については、「Ⅲ－１－① 放射線治療の質等の充実について」を参照のこと。

ハイリスク薬等に関する薬学的管理の評価等

骨子【Ⅲ－４－(3)】

第１ 基本的な考え方

- 1 入院患者に対する薬剤師の薬学的管理及び指導について、ハイリスク薬（投与量の加減により重篤な副作用が発現しやすいものなど、特に安全管理が必要な医薬品）を使用する患者及び救命救急入院料等の算定対象となる重篤な患者に対して実施した場合を重点的に評価することとし、それ以外の場合の評価を引き下げる。
- 2 併せて、病院と同等の施設基準を満たす有床診療所においても、算定できることとする。

第２ 具体的な内容

薬剤管理指導料について、対象患者の違いにより、３つの区分に分類して設定し、重篤な患者及びハイリスク薬を使用する患者に対する評価を引き上げ、それ以外の患者に対する評価を引き下げるとともに、現行の薬剤管理指導料の施設基準を満たす有床診療所においても、薬剤管理指導料を算定できることとする。

現 行	改正案
【薬剤管理指導料】 350点 ・ 施設基準に適合する病院である保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り、月４回を限度として算定する	【薬剤管理指導料】 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（１に該当する場合を除く。） 380点 3 １及び２以外の患者に対して行う場合 325点 ・ 施設基準に適合する保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、当該患者に係る区分に従い、患者１人につき週１回に限り、月４回を限度として算定する

改

	<u>＜救命救急入院料等を算定している患者＞</u> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、 ハイケアユニット入院医療管理料、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 理料又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料の いずれかを算定している患者 <u>＜特に安全管理が必要な医薬品＞</u> 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、 抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス 製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注 射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、 膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬
--	---

[施設基準]

- 1 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師（2人以上の常勤の薬剤師）が配置されていること
- 2 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること（常勤の薬剤師が1人以上配置されていること）
- 3 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること

画像診断等の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－（６）】

第１ 基本的な考え方

- 臨床診断の基礎となる画像診断報告の質を確保する体制について見直す。
- 画像のデジタル化に係る技術に代えて、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術の評価する。

第２ 具体的な内容

１ 画像診断管理加算の引上げ

現 行	改正案
画像診断管理加算 １ ５８点	画像診断管理加算 １ <u>７０点</u>
画像診断管理加算 ２ ８７点	画像診断管理加算 ２ <u>１８０点</u>
画像診断管理加算の施設基準	画像診断管理加算の施設基準
(１) 画像診断管理加算 １ の施設基準	(１) 画像診断管理加算 １ の施設基準
イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること	イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること
ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること	ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること	ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること
(２) 画像診断管理加算 ２ の施設基準	(２) 画像診断管理加算 ２ の施設基準
イ 当該保険医療機関で行われるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われていること	イ 放射線科を標榜している病院であること
ロ (１) の基準を満たしている病院であること	ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
	ハ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、 <u>ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること</u>
	ニ <u>当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療</u>

改

	<u>日までに主治医に文書で報告されていること</u> <u>ホ 画像診断報告書には参照画像を添付すること</u>
--	--

2 デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改正案
【デジタル映像化処理加算】 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	廃止 平成21年度末までの経過措置 【デジタル映像化処理加算】 <u>15点</u> 電子画像管理加算との併算定不可

改

3 コンピューター画像処理加算の見直し（対象拡大及び点数の引上げ、名称変更）

現 行	改正案
【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】 コンピューター画像処理加算 60点	【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】 （名称変更及び点数の引上げ） 電子画像管理加算 <u>120点</u>
	【エックス線診断料】 電子画像管理加算 イ 単純撮影の場合 <u>60点</u> ロ 特殊撮影の場合 <u>64点</u> ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>72点</u> ニ 乳房撮影の場合 <u>60点</u>

改

新

先進医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(6)】

第１ 基本的な考え方

医療技術の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術について保険導入を行うものである。特に今回は先進医療の制度を開始してから初めての保険導入であり、それまでの高度先進医療として長期間に渡って実施されてきた医療技術について重点的に評価し、保険導入されている点が特徴といえる。

第２ 具体的な内容

先進医療技術は、現時点（平成２０年１月１日現在）において１２５技術あるが、今回の評価対象となった９８技術のうち、２４技術（別紙）について保険導入を行うものである。（ただし、保険導入に当たり、適応症や実施する施設等について適切な条件を付されるものもある。）

（例）

- (1) 患者の負担が軽減されるもの（治療時の身体的負担など）
 - ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
 - ・ 抗がん剤感受性試験
 - ・ 眼底三次元画像解析
- (2) より高い治療効果が見込まれるもの
 - ・ 強度変調放射線治療（IMRT）
 - ・ 生体部分肺移植術
 - ・ 超音波骨折治療法
 - ・ DNA診断（栄養障害型表皮水疱症、脊髄性筋萎縮症など）
- (3) より正確な手術の支援が見込まれるもの
 - ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術（PPH）
 - ・ 画像支援ナビゲーション
 - ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
 - ・ 焦点式高エネルギー超音波療法

(別紙)

- ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術（PPH）
- ・ 強度変調放射線治療
- ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
- ・ 画像支援ナビゲーションによる内視鏡下鼻内副鼻腔手術
- ・ 顔面骨又は頭蓋骨の観血的移動術
- ・ 培養細胞による先天性代謝異常診断
- ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
- ・ 歯周組織再生誘導法
- ・ 接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定
- ・ 焦点式高エネルギー超音波療法
- ・ レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法
- ・ 栄養障害型表皮水疱症のDNA診断
- ・ 家族性アミロイドーシスのDNA診断
- ・ 不整脈疾患における遺伝子診断
- ・ 画像支援ナビゲーション手術
- ・ 生体部分肺移植術
- ・ 脊髄性筋萎縮症のDNA診断
- ・ 抗がん剤感受性試験：注
- ・ 中枢神経白質形成異常症の遺伝子診断
- ・ グルタミン受容体自己抗体による自己免疫性神経疾患の診断
- ・ 超音波骨折治療法
- ・ 眼底三次元画像解析

注：「抗がん剤感受性試験」については、3技術を1技術にまとめて保険導入するもの。

新規医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(7)】

第１ 基本的な考え方

医療技術の進歩・高度化等に対応する観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、優先的に保険導入すべき新規医療技術の検討が行われたもの。

第２ 具体的な内容

学会からの要望のあった６８１技術のうち、４２の新規技術について保険適用する優先度が高いと評価された。

（例）

- (1) 医療機器決定区分Ｃ２（新機能、新技術）に係る技術（頸動脈ステント等）
- (2) ベッセルシーリングシステム
- (3) 生体臓器移植ドナーの安全管理料
- (4) 神経学的診察技術料
- (5) 穿刺に係る技術の評価（経皮経管的肝膿瘍ドレナージ等）
- (6) 四肢リンパ浮腫に対する弾性着衣（ストッキング等） 等

【参考】

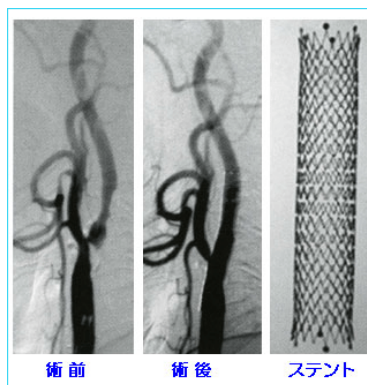
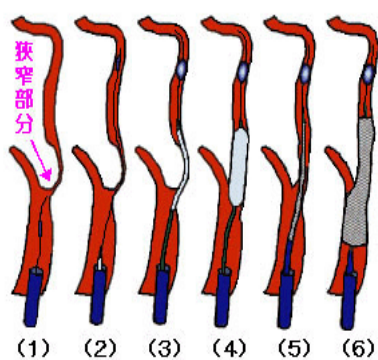
１ ベッセルシーリングシステム

手術を行う際には、必ず出血を止めるために、止血が必要となるが、内視鏡手術では安全な止血を行うため、コンピューターにより自動制御された内視鏡手術用の電気メスにより止血を行う。



2 頸動脈狭窄に対する血管拡張・ステント留置術

大腿動脈から挿入したカテーテルを用いて、頸動脈の狭窄部位をバルーンで拡張する。そして、拡張後に血管壁内の粥腫等が脳内に飛散するのを防ぐ措置を講じた上で、ステントを狭窄があった部位まで誘導し留置する手術である。



既存技術の診療報酬上の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(7)】

第１ 基本的な考え方

既存の医療技術の適正な技術評価を図る観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、既存医療技術の増点、減点、廃止、要件の見直しに関する再評価の検討が行われたもの。

第２ 具体的な内容

学会からの要望のあった６８１技術のうち、６２の既存技術について再評価（点数の増点等）を実施する優先度が高いと評価された。

（例）

- （１） 感染患者の手術における加算の引上げ（Ｂ型肝炎感染症患者若しくはＣ型肝炎感染患者等の感染患者の手術における感染防止対策について、それ以外の患者以上の技術が必要となることによる再評価）
 - （２） 帝王切開術における麻酔管理の加算の創設（通常の硬膜外麻酔や脊椎麻酔に比べ、帝王切開時の麻酔は、血圧が下がりやすい等の合併症に対する術中麻酔管理に高度な技術が必要となることによる再評価）
 - （３） 穿刺技術に係る点数の引上げ（上顎洞穿刺等の再評価）
- 等

【Ⅲ－５（オンライン化・ＩＴ化の促進について）】

電子化加算の見直し

骨子【Ⅰ－１】
【Ⅲ－６－(1)】

※ 電子化加算の見直しについては、「Ⅰ－１－① 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し」を参照のこと。

処置の見直しと医師の専門的技術の評価

骨子【Ⅳ－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

- 1 医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を要せず、患者本人又は家人により行うことが可能な処置については、基本診療料に含めて評価を行う。
- 2 一方、各診療科特有の専門的医学管理や指導のうち、疾患の重症化や合併症に対し効果的なものについては、評価を行う。

第２ 具体的な内容

(1) 処置の見直しについて

現 行	改正案
【皮膚科軟膏処置】 1 100平方センチメートル未満 【消炎鎮痛等処置】 3 湿布処置 □ その他のもの 【熱傷処置】 1 100平方センチメートル未満 【眼処置】 所定点数には、洗眼、点眼、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む 【耳処置】 点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む 【鼻処置】 鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む	【皮膚科軟膏処置】 1 (削除) 【消炎鎮痛等処置】 3 湿布処置 □ (削除) 【熱傷処置】 1については、<u>第1度熱傷では算定しない</u> 【眼処置】 所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む 【耳処置】 耳浴及び耳洗浄を含む 【鼻処置】 鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む

改

(2) 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象疾患の追加

現 行	改正案
【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】 [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症	【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】 [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症、 <u>脂漏性皮膚炎</u>

改

新 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

[算定要件]

- 1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する
- 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 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする

[対象疾患]

15歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）

虫垂切除術に係る病状に応じた技術の評価

骨子【Ⅳ－１－(2)】

第１ 基本的な考え方

急性虫垂炎に対して標準的に行われている虫垂切除術や腹腔鏡下虫垂切除術は、炎症の程度（重症度）により手術の難易度は様々であるが、現行の診療報酬では炎症の程度や難易度による技術の評価はされておらず、臨床との乖離が見られるとの指摘がある。

このため、重症度を表す虫垂周囲膿瘍を指標として、虫垂切除術及び腹腔鏡下虫垂切除術の評価について見直す。

第２ 具体的な内容

虫垂周囲膿瘍の有無により分類し、腹腔鏡下虫垂切除術を再評価する。

現 行	改正案	
【虫垂切除術】 6, 210点	【虫垂切除術】 1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの <u>6, 210点</u> 2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの <u>8, 880点</u>	新
【腹腔鏡下虫垂切除術】 18, 000点	【腹腔鏡下虫垂切除術】 1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの <u>8, 210点</u> 2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの <u>10, 880点</u>	新

超音波検査におけるパルスドプラ法の評価の廃止

骨子【Ⅳ－１－(3)】

第１ 基本的な考え方

心臓や腹部などに行われている超音波検査は、侵襲（身体への負担）の少なさや簡便さから多くの医療機関で普及し、現在では種々の診断や治療に欠くことのできない医療機器の１つとなっている。

また、超音波機器の特殊機能の一つであるパルスドプラ機能は、機器の進歩により、現在では標準搭載されている機能である。特に心臓超音波では、他の領域に比べて実施率が高く、基本的な機能と考えられるため、特別な評価を廃止し、検査料の基本部分に含めて評価を行う。

第２ 具体的な内容

心臓超音波検査について、基本検査料を見直した上で（増点）、UCGにおける「パルスドプラ法加算」を廃止する。

現 行	改正案
【超音波検査】	【超音波検査】
３ UCG	３ UCG
イ 断層撮影法及びMモード法による検査 780点	イ 断層撮影法及びMモード法による検査 880点
ロ Mモード法のみによる検査 400点	ロ Mモード法のみによる検査 500点
ハ 経食道的超音波法 800点	ハ 経食道的超音波法 1,500点
注１ パルスドプラ法 加算 200点	注１ パルスドプラ法 加算 廃止

改

後発医薬品の使用促進等

骨子【Ⅳ－２－(1)(2)(3)(4)(5)(6)】

第１ 基本的な考え方

これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするなどの対応を行ってきたが、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低いため、後発医薬品の更なる使用促進のために、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

第２ 具体的な内容

１ 処方せん様式の変更

処方せんの様式を変更し、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に、署名又は記名・押印することとする。（別紙）

※ 処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う薬局の薬剤師いずれもが、明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする

※ 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品（処方医が変更不可とした先発医薬品を除く。）を、後発医薬品に変更することができることとする

２ 後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

(1) 処方医が、処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

(2) 後発医薬品の銘柄を指定した処方が多いことによる薬局の負担軽減を図

るため、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く。）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

3 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を引き下げた上で、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合の加算を創設することとする。

(1) 調剤基本料

現 行	改正案
【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 42点 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。	【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） <u>40点</u> 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき<u>18点</u>を算定する。

改

新 (2) 後発医薬品調剤体制加算 4点

[施設基準]

- 1 直近3か月間の当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること
- 2 後発医薬品調剤に積極的に対応している薬局である旨を、分かりやすい場所に掲示していること

4 後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、「変更不可」欄に署名等がない処方せんが数多く患者に交付されることが予想されることから、これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価については廃止することとする。

現 行	改正案
【処方せん料】	【処方せん料】
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	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 <u>40点</u>
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	2 1以外の場合 <u>68点</u>
イ 後発医薬品を含む場合 70点	
ロ イ以外の場合 68点	

5 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加することとする。

※ 分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。

※ 2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品の調剤又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。当該調剤においては、薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を除く。）を算定しない。

新 後発医薬品分割調剤 5点

6 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療担当規則等において、以下のとおり規定する。

- (1) 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。
- (2) 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が薬価収載されている場合であって、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
- (3) 保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

149

コンタクトレンズ検査料の見直し

骨子【Ⅳ－５】

第１ 基本的な考え方

コンタクトレンズ診療については、不適切な請求が頻発している状況等に鑑み、コンタクトレンズ検査料の施設基準等を見直し、適正化を図る。

第２ 具体的な内容

１ コンタクトレンズ検査料１の施設基準を見直す。

〔コンタクトレンズ検査料１の施設基準〕

- １ コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の３０％未満であること
- ２ 眼科診療を専ら担当する常勤の医師（専ら眼科診療を担当した経験を１０年以上有するものに限る。）が１名以上勤務する保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の４０％未満であること

２ 初回装用と既装用の取扱について、患者の申告に基づくものであり、医療機関において客観的に判定することが困難であることから、初回装用と既装用の違いを廃止する。

現 行		改正案
【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
【コンタクトレンズ検査料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

改

３ コンタクトレンズ診療に係る費用について、患者の視点から分かりやすいものとする。

〔施設基準〕

- １ コンタクトレンズ検査を含む診療に係る費用について、院内に掲示をしていること
- ２ 患者に対し検査を含む診療に係る費用の情報の提供が、現に行われていること

〔補足事項〕

コンタクトレンズ検査料を算定した場合は、新設される初・再診料の夜間・早朝等加算を算定しないこととする

地域加算の対象地域の見直し

第1 基本的な考え方

- 1 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣の定める地域区分（6区分）に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っている。
- 2 地域加算の対象地域は、平成18年度診療報酬改定において、国家公務員給与の地域手当に係る人事院規則が公布されたことを受けて、同様の地域を対象地域とするよう見直しを行ったところであるが、国家公務員給与の地域手当の対象地域は、国家公務員の勤務官署が所在する地域に限られており、地域加算の対象地域も必ずしも医療経営における地域差に配慮した地域となっていないことを踏まえて見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 次の地域を新たに対象地域とする。
 - (1) 現行、地域加算の対象となっている地域に囲まれている地域
 - (2) 現行、地域加算の対象となっている複数の地域に隣接している地域
- 2 新たに対象とする地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様とする。

退院後の生活を見通した入院医療の評価

骨子【V－1－(1)(2)】

第1 基本的な考え方

- 1 後期高齢者に対し入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要なことから、病状の安定後早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うことを診療報酬上評価する。
- 2 また、居宅での生活を希望する場合に、安心して居宅での生活を選択できるよう、入院時から退院後の生活を見越した退院支援計画を策定し退院調整を行う取組を評価する。

第2 具体的な内容

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行い、その結果を患者及び家族等に説明した場合を評価する。

新 (1) 後期高齢者総合評価加算 50点（入院中1回）

〔算定要件〕

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に入院中1回に限り所定点数に加算する
- 2 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること

〔施設基準〕

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること

- 2 総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する。

新 (2) 後期高齢者退院調整加算 100点（退院時1回）

[算定要件]

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定する

[施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
 - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

退院時における円滑な情報共有や支援の評価

骨子【V－1－(3) (5) (6) (7) (8)】

第1 基本的な考え方

入院中の患者の退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅療養を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合に評価を行う。

第2 具体的な内容

- 退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する。また、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う。

(1) 医師

現 行	改正案	改
【地域連携退院時共同指導料 1】 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、入院先に赴いて、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場合に算定する 1 在宅療養支援診療所の場合 1, 000点 2 1以外の場合 600点	【退院時共同指導料 1】 地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等と共同して行った場合に算定する 1 在宅療養支援診療所の場合 1, 000点 2 1以外の場合 600点	改
【地域連携退院時共同指導料 2】 入院中の保険医療機関の保険医、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った場合に算定する	【退院時共同指導料 2】 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った場合に算定する	改

1 在宅療養支援診療所の場合 500点	(点数の一本化) <u>300点</u>
2 1以外の場合 300点	
	注1 入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に <u>300点</u> を加算する 注2 入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に <u>2,000点</u> を加算する

(2) 歯科医師

新 退院時共同指導料

- | | |
|------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 600点 |
| 2 1以外の場合 | 300点 |

[算定要件]

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である歯科医師又は歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する

(3) 薬剤師

新 退院時共同指導料 600点

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局

として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する

(4) 訪問看護ステーション

末期の悪性腫瘍の患者等については、退院前に十分な指導を行う必要があることから、2回まで算定を認めるとともに、連携先の医療機関に係わらず点数を一本化する。

現 行	改正案
【訪問看護療養費】 地域連携退院時共同指導加算 1 在宅療養支援診療所と連携した場合 6, 0 0 0 円 2 1 以外の場合 4, 2 0 0 円 保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、当該主治医等と訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して、居宅における療養上必要な指導を行った場合	【訪問看護療養費】 退院時共同指導加算 （点数の一本化） 6, 0 0 0 円 <u>（末期の悪性腫瘍の患者等については、2回に限り算定）</u> 保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、当該主治医等と訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して、在宅での療養上必要な指導を行った場合

改

2 後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理や、栄養管理に関する情報が退院後にも継続的に行えるような取組に対する評価を創設する。

新 (1) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 1 0 0 点

[算定要件]

後期高齢者である患者の入院時に、服用中の医薬品等について確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤（副作用が発現した薬剤や退院直前に投薬又は注射された薬剤等）の名称並びに副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、講じた措置（投与継続の有無等を含む。）、転帰等について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）等に記載した場合に算定する

新 (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点

[算定要件]

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

- 3 末期の悪性腫瘍の患者や医療機器を使用する患者等が在宅療養に移行する場合には、状態が不安定になりやすいため、退院直後の時期を重点的に支えることが必要であることから、訪問看護ステーションによる指導の評価を新設する。

新 退院支援指導加算 6,000円

[算定要件]

末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する

- 4 入院の前後で継続した診療ができるよう退院後、当該患者が入院前に主に担当していた医師の外来に通院した場合の評価を創設する。

新 後期高齢者外来継続指導料 200点

[算定要件]

- 1 後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して当該後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する
- 2 外来で再び継続して診療を行うに当たっては、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること

在宅や外来と継続した入院医療等の評価

骨子【V－1－(4)】

第1 基本的な考え方

在宅医療が広がりを見せる中で、在宅療養を行っている患者の病状の急変等に伴い緊急時に病院等に入院できる体制の確保がより一層求められていることや、後期高齢者の生活を重視するという視点から、地域の主治医との適切な連携の下、患者の病状の急変等に地域の主治医からの求めに応じて、入院させた場合に評価する。

第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者診療料を算定している後期高齢者の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、当該患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

新 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 500点（入院初日）

〔算定要件〕

- 1 診療所において後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者について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、当該患者に関する診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定する
- 2 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び有床診療所に限る
- 3 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする
- 4 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認しその内容を共有すること

- 2 在宅療養支援診療所等の医師の求めに応じてその患者をあらかじめ定められた連携医療機関に入院させた場合の診療報酬上の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【在宅患者応急入院診療加算】（入院初日） 650点 患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する	【在宅患者緊急入院診療加算】（入院初日） 1 <u>連携医療機関である場合</u> 1, 300点 2 1以外の場合 650点 患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する 注 <u>1の算定に当たっては事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合にのみ算定する</u>

改

在宅医療におけるカンファレンス等の 情報共有に関する評価

骨子【V-2-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

医師等が、在宅での療養を行っている患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有し、連携のもと療養上必要な指導を行うことは重要であることから、新たに評価することとする。また、患者の病状の急変や診療方針の変更等に伴い、他の医療従事者と共同でカンファレンスを行い、関係職種間の情報の共有や患者に対する必要な指導等を行うことについても評価する。

第2 具体的な内容

- 1 医師等が、在宅での療養を行っている患者を訪問して、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価を新設する。

(1) 医師、歯科医師又は看護師

新	在宅患者連携指導料	900点（月1回）
新	在宅患者連携指導加算	3,000円（月1回） （訪問看護療養費）
新	在宅患者連携指導加算	300点（月1回） （在宅患者訪問看護・指導料）

[算定要件]

- 1 医療関係職種間で共有した情報を踏まえて患者又は家族への指導等を行うとともに、その指導内容や療養上の留意点について他職種に情報提供した場合に算定する
- 2 他職種から情報提供を受けた場合、可能な限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、その結果について、当該患者の在宅医療に係る関係者間で共有できるよう努めなければならない
- 3 要介護被保険者については当該点数の算定の対象としない 等

(2) 薬局の薬剤師（後述）

現行の在宅患者訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報

を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。

※また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

「V-2（在宅医療について）-⑥の第2の1」を参照のこと。

- 2 患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価を新設する。

(1) 医師、歯科医師又は看護師

新	在宅患者緊急時等カンファレンス料	200点（月2回）
新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円（月2回） （訪問看護療養費）
新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200点（月2回） （在宅患者訪問看護・指導料）

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者の急変等に伴い、関係する医療従事者と共同で患家に赴きカンファレンスを行い、共同で療養上必要な指導を行った場合に算定する

(2) 薬局の薬剤師

新	在宅患者緊急時等共同指導料	700点（月2回）
---	---------------	-----------

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に算定する

24時間体制の訪問看護の推進

骨子【V-2-(3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療における訪問看護の重要性にかんがみ、訪問看護基本療養費を引き上げる。

また、在宅で安心して療養できる環境を整備するため、24時間訪問対応が可能な体制を整えていることについて評価を行う。

第2 具体的な内容

1 訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料の評価を引き上げる。

現 行	改正案	改
【訪問看護療養費】（1日につき） ・訪問看護基本療養費（Ⅰ） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで 5,300円 (二) 週4日目以降 6,300円 (2) 准看護師 (一) 週3日目まで 4,800円 (二) 週4日目以降 5,800円	【訪問看護療養費】（1日につき） ・訪問看護基本療養費（Ⅰ） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで <u>5,550円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,550円</u> (2) 准看護師 (一) 週3日目まで <u>5,050円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,050円</u>	
【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき） 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで 530点 ロ 週4日目以降 630点 2 准看護師 イ 週3日目まで 480点 ロ 週4日目以降 580点	【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき） 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで <u>555点</u> ロ 週4日目以降 <u>655点</u> 2 准看護師 イ 週3日目まで <u>505点</u> ロ 週4日目以降 <u>605点</u>	

2 24時間対応できる体制にあるときの加算を創設する。

現 行	改正案	新
【訪問看護療養費】（月1回） ・24時間連絡体制加算 2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。	【訪問看護療養費】（月1回） イ <u>24時間対応体制加算 5,400円</u> 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応でき、 <u>緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合。</u> ロ 24時間連絡体制加算 2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。	

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【V-2-(4)(5)】

第1 基本的な考え方

- 1 人工呼吸器装着者に対して、患者の状態や訪問内容によって、標準的な訪問時間を超える長時間の訪問を行う場合について評価を行う。
- 2 気管切開の患者等が急性増悪した場合等の週4日以上 of 訪問について評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1 人工呼吸器を使用している状態にある者に対する訪問看護が2時間を超える場合の評価を新設する。

新 長時間訪問看護加算 5, 200円（週1回）

（訪問看護療養費）

新 長時間訪問看護・指導加算 520点（週1回）

（在宅患者訪問看護・指導料）

- 2 気管カニューレを使用している状態にある者、重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者に対して、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるよう算定回数を拡大する。

現 行	改正案
【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】 主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する	【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】 主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り（別に厚生労働大臣が定める者については2回）、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する

改

居住系施設入居者等に対する医療サービスの 評価体系の新設

骨子【V-2-(6)】

第1 基本的な考え方

様々な居住系施設における患者の居住の状況や疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設の後期高齢者を含めた入居者等に対して提供される医療サービスについて、適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者等が多く生活する施設等に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合についての評価を新設する。

(1) 医師の場合

新 在宅患者訪問診療料2 200点（1日につき）

〔算定要件〕

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する

(2) 看護師の場合

新 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

保健師、助産師、看護師の場合

週3日目まで 430点、週4日目以降 530点

准看護師の場合

週3日目まで 380点、週4日目以降 480点

〔算定要件〕

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 訪問看護基本療養費(Ⅲ)（1日につき）

保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

週3日目まで 4,300円、週4日目以降 5,300円

准看護師の場合

週3日目まで 3, 800円、週4日目以降 4, 800円

[算定要件]

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2 255点

新 (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料2

(保険医療機関の薬剤師の場合) 385点

(保険薬局の薬剤師の場合) 350点

新 (5) 在宅患者訪問栄養食事指導料2 450点

2 特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。

新 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
3, 000点

ロ 処方せんを交付しない場合
3, 300点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
1, 500点

ロ 処方せんを交付しない場合
1, 800点

[算定要件]

1 特定施設において療養を行っている患者等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算定する

2 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等

寝たきり老人訪問指導管理料の廃止

骨子【V－2－(7)】

第1 基本的な考え方

寝たきり老人訪問指導管理料については、在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の普及により、本来の役割を終えたと考えられることから、廃止する。

第2 具体的な内容

寝たきり老人訪問指導管理料を廃止する。

訪問薬剤管理指導の充実

骨子【V-2-(9)】

第1 基本的な考え方

- 1 薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導の一層の充実を図るため、現在行っている医師との連携に加えて、在宅療養を支える関係職種と一層の連携を行った上で訪問薬剤管理指導を行うこととし、適切な評価とする。
- 2 薬局の薬剤師が、薬学的管理指導計画に基づき計画的な訪問薬剤管理指導を実施している場合において、患者の状態が急変した場合等、在宅療養を担う保険医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を評価する。
また、在宅患者が、薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病に罹患した場合など、臨時の処方が行われ調剤した場合を評価する。

第2 具体的な内容

- 1 現行の訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。

※ また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

現 行	改正案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
1 月の1回目の算定の場合 500点	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点
2 月の2回目以降の算定の場合 300点	2 居住系施設入居者等の場合 350点
・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定 ・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等を踏まえて行う。	・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定 ・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等に加えて、必要に応じ、患者が他の医療サービス、福祉

改

・ 訪問結果について医師に情報提供する。	<u>サービス等を受けた際の状況と指導内容につき、関係職種間で共有した上で行う。</u> ・ 訪問結果について医師に情報提供するとともに、<u>必要に応じ、関係職種に情報提供する。</u>
--	---

- 2 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態が急変した場合等、計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、主治医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を新たに評価する。

新 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点

[算定要件]

- 1 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する
 - 2 患者の薬剤服用歴に、在宅療養を担う保険医から緊急の要請があつて実施した旨を記載する
 - 3 実施した薬学的管理の内容の薬剤服用歴への記載等の要件については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様との要件とする
- 3 薬学的管理指導計画に基づき訪問薬剤管理指導を実施している患者について、当該薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には、薬剤服用歴管理指導料（後期高齢者においては、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を算定できることとする。

後期高齢者の継続的な管理の評価

骨子【V－3－(1)】

第1 基本的な考え方

後期高齢者の外来医療に当たっては、治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価する。

第2 具体的な内容

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価する。

新 後期高齢者診療料 600点（月1回）

〔算定要件〕

- 1 保険医療機関である診療所又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院
- 2 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる
- 3 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること
- 4 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する
- 5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- 6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- 7 当該診療所（又は医療機関）に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること

研修事項

- ・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
- ・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

〔対象疾患〕

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症 等

外来管理加算に関する病診格差の縮小について

骨子【V－3－(3)】

第1 基本的な考え方

外来管理加算における病院及び診療所の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないとの指摘があることを踏まえ、評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

高齢者の外来管理加算について、診療所の評価を引き下げ、一方、病院の評価を引き上げ、病院と診療所の点数を一本化する。

現 行	改正案
【外来管理加算】 老人保健法の規定による医療を提供する場合 病院 4 7 点 診療所 5 7 点	【外来管理加算】 （点数の一本化） <u>5 2 点</u>

改

「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有

骨子【V－3－(4)(5)】

第1 基本的な考え方

後期高齢者は、複数の診療科を受診し、服用する薬剤の種類数も多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、保険医は、診察に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴を確認することとする。

また、保険薬剤師は、調剤に当たって、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認することとする。

併せて、後期高齢者が服用する薬剤に関する情報の管理と共有のため、いわゆる「お薬手帳」を医療機関等が活用する方策を推進する。

第2 具体的な内容

- 1 保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定するとともに、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することとする。

(1) 保険医は、診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認する。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

(2) 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

- 2 後期高齢者については、調剤報酬点数表における薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

現 行	改正案
【薬剤服用歴管理料】 22点	【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 35点 ・ 後期高齢者である患者について、次に掲

改

- 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定 - 服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算 【薬剤情報提供料】 15点 - 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定	<u>げる指導等のすべてを行った場合に算定</u> ① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと ③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に記載すること
---	--

3 現行の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改める。

現 行	改正案
【薬剤情報提供料】 10点 <u>老人加算</u> 5点 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	【薬剤情報提供料】 10点 <u>後期高齢者加算</u> 5点 <u>後期高齢者である患者</u>に対して、処方した薬剤の名称を<u>当該患者の手帳</u>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

改

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）加算 ・ 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	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）加算 ・ 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 ※ <u>後期高齢者診療料を算定する患者については、薬剤情報提供料及び後期高齢者加算は、算定しない</u>
---	--

薬局における服薬管理の充実

骨子【V－3－(6)】

第1 基本的な考え方

薬剤師が行う服薬支援の取組を一層推進するため、服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、薬剤の一包化、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した場合を評価する。

第2 具体的な内容

自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、薬剤師が患者の服薬管理を支援した場合に、外来服薬支援料を算定できることとする。

新 外来服薬支援料 185点

〔算定要件〕

服薬管理に係る支援の必要性を処方医に確認した旨並びに外来服薬支援を行った薬剤の名称、外来服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴に記載する

ガイドラインに沿った終末期における 十分な情報提供等の評価

骨子【V－4－(1)】

第1 基本的な考え方

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

第2 具体的な内容

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。

1 医師又は歯科医師

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（以下、「文書等」という。）にまとめて提供した場合に算定する
- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3 入院中の患者の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること 等

2 薬局の薬剤師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

〔算定要件〕

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

3 看護師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援療養費 2,000円（1回に限る）
(訪問看護療養費)

新 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）
(在宅患者訪問看護・指導料)

〔算定要件〕

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

骨子【V-4-(2)】

第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施していることを踏まえ、評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

ターミナルケア療養費に係る連携先による療養費の違い、死亡前24時間以内の訪問の要件を廃止するとともに、ターミナルケアに係る支援体制を充実することで評価を引き上げる。

現 行	改正案
【訪問看護ターミナルケア療養費】 イ ターミナルケア療養費1 (在宅療養支援診療所と連携した場合) 15,000円 ロ ターミナルケア療養費2 (イ以外の場合) 12,000円 在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合。	【訪問看護ターミナルケア療養費】 (点数の一本化) 20,000円 在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合。
【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 ・ターミナルケア加算（Ⅰ）1,500点 ・ターミナルケア加算（Ⅱ）1,200点 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は（Ⅱ）を、在宅療養支援診療所の医師と連携し、その指示を受けて行った場合は、（Ⅰ）を算定できる。	【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 (点数の一本化) 2,000点 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合。

改

改



厚生労働省発保第0213001号
平成 2 0 年 2 月 1 3 日

中央社会保険医療協議会
会 長 土田 武史 殿

厚生労働大臣
舩 添 要 一

諮 問 書

(平成 2 0 年度診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について)

健康保険法（大正 1 1 年法律第 7 0 号）第 8 2 条第 1 項及び健康保険法等の一部を改正する法律（平成 1 8 年法律第 8 3 号）第 7 条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 5 7 年法律第 8 0 号）第 7 1 条第 1 項の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 3 2 年厚生省令第 1 5 号）、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 3 2 年厚生省令第 1 6 号）及び老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準（昭和 5 8 年厚生省告示第 1 4 号）をそれぞれ別紙 1、別紙 2 及び別紙 3 のとおり改正することについて、貴会の意見を求めます。

別紙 1

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）
（案）

改 正 案	現 行
（<u>領収証等</u>の交付） 第五条の二 （略） <u>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</u> （診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 診察 イ （略） <u>ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。</u> <u>ハ～ホ</u> （略） <u>ヘ ホ</u>によるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行つてはならない。ただし、治験に係る検査につい	（<u>領収証</u>の交付） 第五条の二 （略） （診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 診察 イ （略） <u>ロ～ニ</u> （略） <u>ホ ニ</u>によるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行つてはならない。ただし、治験に係る検査については、

ては、この限りではない。

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ～ト (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ハ～ホ (略)

五～七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ (略)

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

ハ～ホ (略)

ヘ ホによるほか、各種の検査は、研

この限りではない。

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ～ヘ (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ～ニ (略)

五～七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ (略)

ロ～ニ (略)

ホ ニによるほか、各種の検査は、研

究の目的をもつて行つてはならない。
ただし、治験に係る検査については、この限りではない。

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ハ～ホ (略)

五～九 (略)

究の目的をもつて行つてはならない。
ただし、治験に係る検査については、この限りではない。

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ・ホ (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ～ニ (略)

五～九 (略)

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保 険 者 番 号					
公費負担医療 の受給者番号						被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	.				

患 者	氏 名					保険医療機関の 所在地及び名称			
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	男・女	電 話 番 号		
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名			印	
交付年月日		平成 年 月 日				処 方 せ ん の 使 用 期 間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。	

処 方										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備 考										
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が 全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名									

調剤済年月日	平成 年 月 日				公費負担者番号					
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名	印				公費負担医療の 受 給 者 番 号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番とすること。

3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

別紙 2

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）（案）

改 正 案	現 行
（後発医薬品の調剤） <u>第七条の二 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</u> （調剤の一般的方針） 第八条 （略） <u>2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。</u> <u>3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。</u>	（調剤の一般的方針） 第八条 （略）

別紙 3

老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

改 正 案	現 行
<u>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準</u> （領収証等の交付） 第五条の二 （略） <u>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</u> （診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 診察 イ （略） <u>ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければ</u>	<u>老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準</u> （領収証の交付） 第五条の二 （略） （診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 診察 イ （略）

ならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

ハ・ニ (略)

二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ～ト (略)

四 (略)

五 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ハ～チ (略)

六～八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ (略)

ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得な

ロ・ハ (略)

二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ～ハ (略)

四 (略)

五 注射

イ (略)

ロ～ト (略)

六～八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ (略)

い場合については、この限りではな
い。

ハ・ニ (略)

二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医
薬品の使用を考慮するよう努めなけ
ればならない。

ホ・ヘ (略)

四 (略)

五 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医
薬品の使用を考慮するよう努めなけ
ればならない。

ハ～チ (略)

六～九 (略)

(後発医薬品の調剤)

第二十九条の二 保険薬局は、後発医薬品
の備蓄に関する体制その他の後発医薬品
の調剤に必要な体制の確保に努めなけれ
ばならない。

(調剤の一般的方針)

第三十条 (略)

2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患
者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しな
ければならない。

ロ・ハ (略)

二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ・ホ (略)

四 (略)

五 注射

イ (略)

ロ～ト (略)

六～九 (略)

(調剤の一般的方針)

第三十条 (略)

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

(案)

平成20年2月13日

厚生労働大臣

舛 添 要 一 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 土 田 武 史

答 申 書

(平成20年度診療報酬改定及び当該診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について)

平成20年1月18日付け厚生労働省発保第0118001号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙4までの改正案を答申する。

また、平成20年2月13日付け厚生労働省発保第0213001号をもって諮問のあった件については、諮問のとおり改正することを了承する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

- 1 初・再診料、外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 後期高齢者診療料等後期高齢者診療報酬体系の創設に伴い創設された診療報酬項目については、高齢者の心身の特性に応じた医療提供に資するものとなっているかという観点から、実施後の状況について検証を行うこと。
- 3 平成20年度改定において「緊急課題」として診療報酬上の対策を講じた病院勤務医支援について、実際に病院勤務医の負担軽減につながったかどうか検証を行うこと。
- 4 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行うこと。
- 5 診療報酬における包括化やＩＴ化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を行うこと。
- 6 医療保険と介護保険のサービスが切れ目無く提供されるよう、引き続き検討を行うこと。
- 7 平成20年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。また、平成18年度診療報酬改定に係る答申における指摘項目のうち、今回の診療報酬改定において未措置のものについても、引き続き調査・検証を行うこと。
 - (1) 明細書発行の一部義務化の実施状況
 - (2) 亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しによる医療機能の分化・連携に与えた影響
 - (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果
 - (4) 歯科外来診療環境体制加算の創設による効果
- 8 処方せん様式の変更や、調剤基本料における後発医薬品調剤率要件等今回改定において講じられた後発医薬品の使用促進策について、改定後における処方・調剤の状況について検証を行うこと。

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

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

(注の新設)	きに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。 (新設)	→	きに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注7までに規定する加算は算定しない。 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。
第2節 再診料 A001 再診料 (点数の見直し) (注の新設)	1 病院の場合 57点 2 診療所の場合 71点 (新設)	→ →	1 60点 2 注5 区分番号A000に掲げる初診料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

(注の見直し)	注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。	に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注3のただし書又は注4に規定する場合にあってはこの限りではない。 注6 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。
A002 外来診療料 (注の見直し)	注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則3に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定するこ	注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則3に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定するこ

	とができる。 イ～ロ (略) ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005 (10のうちヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c}) 及び15骨髓像を除く。) に掲げるもの ニ～ツ (略)		とができる。 イ～ロ (略) ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005 (9のうちヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c})、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定、14骨髓像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの ニ～ツ (略)
第2部 入院料等 通則			
(通則の見直し)	1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。	→	1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
(通則の追加)	(追加)	→	3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日間までの間は、区分番号

(通則の削除)	6 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	→	A 4 0 0 に掲げる短期滞在手術基本料 3 を算定し、6 日目以降は第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第 3 節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。 (削除)
第 1 節 入院基本料			
A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1 日につき）			
(点数の見直し)	1 7 対 1 入院基本料 1, 5 5 5 点 2 1 0 対 1 入院基本料 1, 2 6 9 点 3 1 3 対 1 入院基本料 1, 0 9 2 点 4 1 5 対 1 入院基本料 9 5 4 点	→	2 1, 3 0 0 点
(注の見直し)	注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に	→	注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に

	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。		厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。
（注の見直し）	注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。	→	注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。
（注の見直し）	注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、当該病棟に90日を超えて	→	注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」とい

	入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、老人特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。		う。）である患者であって、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、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。
(注の見直し)	注5 注4に規定する老人特定入院基本料を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、所定点数に含まれるものとする。	→	注5 注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
(注の見直し)	注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ニ （略） （新設） （新設） ホ 在宅患者応急入院診療加算	→ → →	注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ニ （略） ホ 超急性期脳卒中加算 ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算 ト 在宅患者緊急入院診療加算

A 1 0 1 療養病棟入院基本料（１日	へ （略） （新設） ト～チ （略） リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。） ヌ （略） ル 看護配置加算 ヲ 看護補助加算（注４に規定する老人特定入院基本料を算定するものを除く。） ワ～タ （略） （新設） レ～ノ （略） （新設） オ （略） （新設） （新設） （新設） （新設）	→ → → → → → → → → → → → → → → →	チ （略） リ 医師事務作業補助体制加算 ヌ～ル （略） ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。） ワ （略） カ 看護配置加算（注４に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。） ヨ 看護補助加算（注４に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。） タ～ツ （略） ネ 二類感染症患者療養環境特別加算 ナ～マ （略） ケ ハイリスク妊娠管理加算 フ （略） コ 退院調整加算（注４に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。） エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 テ 後期高齢者総合評価加算 ア 後期高齢者退院調整加算（注４に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）
-----------------------------	---	---	--

につき)

(削除)

1 療養病棟入院基本料 1

イ 入院基本料 1 1, 187点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、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1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に

(削除)

係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。

イ 特別入院基本料 1 9 5 5 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、8 9 8 点)

ロ 特別入院基本料 2 8 8 5 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、8 2 8 点)

注 3 療養病棟入院基本料 1 を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

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

イ 日常生活障害加算 4 0 点

ロ 認知症加算 2 0 点

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

イ 地域医療支援病院入院診療加算

ロ 臨床研修病院入院診療加算

(削除)
(点数の見直し)

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

2 療養病棟入院基本料2

- イ 入院基本料A 1, 740点
(健康保険法第63条第2項第2号及び老人保健法第17条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1, 726点)
- ロ 入院基本料B 1, 344点

(削除)

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

(注の見直し)

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

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

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

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

(注の見直し)

注3 療養病棟入院基本料2を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

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

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

イ～ロ (略)

ハ 在宅患者応急入院診療加算

ニ～ワ (略)

(新設)

(新設)

注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

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

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

イ～ロ (略)

ハ 在宅患者緊急入院診療加算

ニ～カ (略)

ヨ 退院調整加算

タ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

A 1 0 2 結核病棟入院基本料（1 日につき）

（点数の見直し）

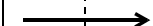
1	7 対 1 入院基本料	1, 4 4 7 点
2	1 0 対 1 入院基本料	1, 1 6 1 点
3	1 3 対 1 入院基本料	9 4 9 点
4	1 5 対 1 入院基本料	8 8 6 点
5	1 8 対 1 入院基本料	7 5 7 点
6	2 0 対 1 入院基本料	7 1 3 点



2 1, 1 9 2 点

（注の見直し）

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



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

			あつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,387点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,417点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。
(注の見直し)	注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方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2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。
(注の新設)	(新設)	→	注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
(注の見直し)	注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ (略) (新設) ニ 在宅患者応急入院診療加算	→	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～ハ (略) ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算

	ホ～ト　（略）		へ～チ　（略）
	チ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症 児（者）入院診療加算（いずれも老人保健 法の規定による医療を提供する場合を除 く。）		リ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症 児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医 療確保法の規定による療養の給付を提供す る場合を除く。）
	リ～カ　（略）		ヌ～ヨ　（略）
	ヨ～ソ　（略）		タ　二類感染症患者療養環境特別加算
	（新設）	→	レ～ネ　（略）
	（新設）	→	ナ　ハイリスク妊娠管理加算
	（新設）	→	ラ　退院調整加算
	（新設）	→	ム　後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
	（新設）	→	ウ　後期高齢者総合評価加算
A 1 0 3　精神病棟入院基本料（１日 につき）			
（点数の見直し）	1　１０対１入院基本料　　１，２０９点 2　１５対１入院基本料　　８００点 3　１８対１入院基本料　　７１２点 4　２０対１入院基本料　　６５８点	→	1　１，２４０点
（注の見直し）	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～ニ　（略） 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）	→	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～ニ　（略） ホ　１８１日以上１年以内の期間 ５点

(注の見直し)	注4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、当該基準に従い、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。	→	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
(注の見直し)	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ハ (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～ハ (略)
	(新設)	→	ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
	ニ 在宅患者応急入院診療加算		ホ 在宅患者緊急入院診療加算
	ホ～チ (略)		ヘ～リ (略)
	リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも老人保健法の規定による医療を提供する場合を除く。)	→	ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)
	ヌ～ツ (略)		ル～ネ (略)
	(新設)	→	ナ 精神科地域移行実施加算
	(新設)	→	ラ 精神科身体合併症管理加算
	ネ～ウ (略)		ム～オ (略)
	(新設)	→	ク ハイリスク妊娠管理加算
A104 特定機能病院入院基本料			

(1日につき)

(点数の見直し)

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1, 555点

ロ 10対1入院基本料 1, 269点

2 結核病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1, 447点

ロ 10対1入院基本料 1, 161点

ハ 13対1入院基本料 949点

ニ 15対1入院基本料 886点

3 精神病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1, 311点

ロ 10対1入院基本料 1, 209点

ハ 15対1入院基本料 839点

1

ロ 1, 300点

2

ロ 1, 192点

3

ロ 1, 240点

(注の見直し)

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

イ 一般病棟の場合

(1) 14日以内の期間 652点

(2) (略)

ロ (略)

ハ 精神病棟の場合

(1)~(4) (略)

(5) 181日以上1年以内の期間 25点

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

イ 一般病棟の場合

(1) 712点

(2) (略)

ロ (略)

ハ 精神病棟の場合

(1)~(4) (略)

(5) 20点

注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規

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

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

イ 入院時医学管理加算（一般病棟に限る。）

ロ～ハ （略）

（新設）

（新設）

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ～ト （略）

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

リ （略）

ヌ 看護補助加算（老人特定入院基本料を算定するものを除く。）

ル～カ （略）

（新設）

ヨ～ム （略）

（新設）

（新設）

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

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

（削除）

イ～ロ （略）

ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

ヘ～チ （略）

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

ヌ （略）

ル 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

ヲ～ヨ （略）

タ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

レ～ヰ （略）

ノ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）

オ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に

	ウ～ヤ（略）	（新設）	→	限る。）
	マ（略）	（新設）	→	ク～コ（略）
		（新設）	→	エ ハイリスク妊娠管理加算
		（新設）	→	テ（略）
		（新設）	→	ア 退院調整加算（結核病棟及び後期高齢者 特定入院基本料を算定するものに限る。）
A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）				サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 （精神病棟を除く。）
				キ 後期高齢者総合評価加算（精神病棟を除く。）
				ユ 後期高齢者退院調整加算（一般病棟（後 期高齢者特定入院基本料を算定するものを 除く。）に限る。）
（点数の見直し）	1 7対1入院基本料 1, 5 5 5点	→	2	1, 3 0 0点
	2 10対1入院基本料 1, 2 6 9点			
	3 13対1入院基本料 1, 0 9 2点			
（注の見直し）	注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が			注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が

	定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。		定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定に関わらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1, 495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1, 525点）を算定する。なお、通則6に規定する保険医療機関の病棟については、この限りではない。
(注の見直し)	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 452点 ロ (略)	→	注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 512点 ロ (略)
(注の見直し)	注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する老人特定入院基本料の例によ	→	注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の

(注の見直し)

り算定する。

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

イ 入院時医学管理加算

ロ～ハ (略)

(新設)

(新設)

ニ 在宅患者応急入院診療加算

ホ (略)

(新設)

へ～ト (略)

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

リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヌ～ワ (略)

(新設)

カ～ム (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

例により算定する。

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

(削除)

イ～ロ (略)

ハ 超急性期脳卒中加算

ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

ホ 在宅患者緊急入院診療加算

へ (略)

ト 医師事務作業補助体制加算

チ～リ (略)

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

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ヨ (略)

タ 二類感染症患者療養環境特別加算

レ～ノ (略)

オ ハイリスク妊娠管理加算

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

マ 後期高齢者総合評価加算

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

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

(点数の見直し)

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

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

(注の見直し)

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

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

(注の見直し)

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

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

イ (略)

イ (略)

ロ 在宅患者応急入院診療加算

ロ 在宅患者緊急入院診療加算

ハ (略)

ハ (略)

(新設)

ニ 医師事務作業補助体制加算

ニ～チ (略)

ホ～リ (略)

リ 看護補助加算(老人特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヌ 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヌ～ワ (略)

ル～カ (略)

(新設)

ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算

	カ～ソ　（略）		タ～ネ　（略）
	（新設）	→	ナ　退院調整加算
	（新設）	→	ラ　後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
A 1 0 8　有床診療所入院基本料（1日につき）			
（注の見直し）	注 1　有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。		注 1　有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
（注の見直し）	注 2　医師の配置及び看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料 1 を現に算定している患者に限る。）については、1 日につき所定点数に 1 0 0 点を加算する。	→	注 2　夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1 日につき所定点数に 1 5 点を加算する。
（注の新設）	（新設）	→	注 3　医師配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料 1 を現に算定している患者に限る。）については、1 日につき所定点数に 6 0 点を

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

	ロ 在宅患者応急入院診療加算 ハ～チ (略) (新設) リ～ヲ (略) (新設) (新設) (新設) (新設)	ニ 在宅患者緊急入院診療加算 ホ～ヌ (略) ル 二類感染症患者療養環境特別加算 ヲ～ヨ (略) タ ハイリスク妊娠管理加算 レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 ソ 後期高齢者総合評価加算 ツ 後期高齢者退院調整加算
A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料 (1日につき) (削除)	1 有床診療所療養病床入院基本料 1 8 0 1 点 (老人保健法の規定による医療を提供する場合 にあつては、7 8 3 点) 注 1 有床診療所 (療養病床に係るものに限る。) であつて、看護配置その他の事項につき別 に厚生労働大臣が定める基準に適合している ものとして地方社会保険事務局長に届け出た 診療所である保険医療機関に入院している患 者について、当該基準に係る区分に従い、そ れぞれ所定点数を算定する。 注 2 注 1 に規定する有床診療所以外の療養病床 を有する有床診療所については、当分の間、 地方社会保険事務局長に届け出た場合に限り 、当該有床診療所に入院している患者につい て、特別入院基本料として、次に掲げる点数	(削除)

を算定できる。

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

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

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

イ 日常生活障害加算 40点
ロ 認知症加算 20点

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

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

	ホ 地域加算 ヘ 離島加算 ト HIV感染者療養環境特別加算 チ 診療所療養病床療養環境加算 リ 重症皮膚潰瘍管理加算 ス 栄養管理実施加算 ル 医療安全対策加算 フ 褥瘡患者管理加算		
(削除)	2 有床診療所療養病床入院基本料 2	→	(削除)
(注の見直し)	注 3 有床診療所療養病床入院基本料 2 を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して 3 日前までの当該費用については、この限りではない。	→	注 3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第 3 部検査、第 5 部投薬、第 6 部注射及び第 1 3 部病理診断並びに第 4 部画像診断及び第 9 部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日より起算して 3 日前までの当該費用については、この限りではない。

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

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児 救急医療管理加算（１日につき）	て所定点数に加算する。	している患者に限る。）について、入院した日 から起算して１４日を限度として所定点数に加 算する。
（注の見直し）	注１ 救急医療管理加算は、地域における救急医 療体制の計画的な整備のため、入院可能な診 療応需の態勢を確保する保険医療機関におい て、救急医療を受け、緊急に入院を必要とす る重症患者として入院した患者（第１節の入 院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち 、救急医療管理加算を算定できるものを現に 算定している患者に限る。）について、入院 した日から起算して７日を限度として所定点 数に加算する。	注１ 救急医療管理加算は、地域における救急医 療体制の計画的な整備のため、入院可能な診 療応需の態勢を確保する保険医療機関におい て、当該態勢を確保している日に救急医療を 受け、緊急に入院を必要とする重症患者とし て入院した患者（第１節の入院基本料（特別 入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理 加算を算定できるものを現に算定している患 者に限る。）について、入院した日から起算 して７日を限度として所定点数に加算する。
（新設）	（新設）	A 2 0 5－２ 超急性期脳卒中加算（入院初日） １２，０００点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し ているものとして地方社会保険事務局長に届け 出た保険医療機関に入院している患者（第１節 の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は 第３節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加 算を算定できるものを現に算定している患者に 限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるも

			のに対して、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。
		(新設)	A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日) 5, 0 0 0 点 注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
A 2 0 6 在宅患者応急入院診療加算 (入院初日) (名称の見直し)	在宅患者応急入院診療加算 (入院初日)		在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日)
(項目の見直し)	6 5 0 点		1 連携医療機関である場合 1, 3 0 0 点 2 1 以外の場合 6 5 0 点

(注の見直し)

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 3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C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者応急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 2－2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C 0 0 3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C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A 2 0 7－2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	2 5 対 1 補助体制加算	3 5 5 点
2	5 0 対 1 補助体制加算	1 8 5 点
3	7 5 対 1 補助体制加算	1 3 0 点
4	1 0 0 対 1 補助体制加算	1 0 5 点

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

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

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

（項目の見直し）

1 超重症児（者）入院診療加算

3 0 0 点

2 準超重症児（者）入院診療加算

1 0 0 点

1 超重症児（者）入院診療加算

イ 6歳未満の場合

6 0 0 点

ロ 6歳以上の場合

3 0 0 点

2 準超重症児（者）入院診療加算

イ 6歳未満の場合

2 0 0 点

ロ 6歳以上の場合

1 0 0 点

A 2 1 2—2 新生児入院医療管理加算（1日につき）

（点数の見直し）

7 5 0 点

8 0 0 点

A 2 1 5 夜間勤務等看護加算（1日につき）

（削除）

1 夜間勤務等看護加算 1

7 2 点

2 夜間勤務等看護加算 2

4 8 点

3 夜間勤務等看護加算 3

3 9 点

（削除）

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

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

A 2 1 8 地域加算（1日につき）

（注の見直し）

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

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

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

(注の見直し)	注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項及び老人保健法第17条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	→	注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た病室に入院する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
A220 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）			
(点数の見直し)	1 個室の場合	300点	1 350点
(新設)	(新設)	→	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 300点 注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定

A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算（1日につき） （点数の見直し） （新設） （新設）	2 5 0 点 （新設） （新設）	できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。 3 0 0 点 A 2 3 0－2 精神科地域移行実施加算（1日につき） 5 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 A 2 3 0－3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）
---	--	--

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

3 5 0 点

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

3 0 0 点

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

2 0 0 点

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。

6 5 0 点

(注の見直し)	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算 (入院初日) (点数の見直し)	2 0 0 点	4 0 0 点
(新設)	(新設)	A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき） 1, 0 0 0 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。
A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算		

(1日につき)			
(点数の見直し)	1,000点	→	2,000点
(注の新設)	(新設)	→	注2 ハイリスク妊娠管理と同一日に行うハイリスク分娩管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。
(新設)	(新設)	→	A238 退院調整加算 1 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点 2 退院加算（退院時1回） イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点 ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点 注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節

(新設)

(新設)

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

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

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

A239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
(入院初日) 500点

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

(新設)

(新設)

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中 1 回）
5 0 点

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

(新設)

(新設)

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算（退院時 1 回）
1 0 0 点

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

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

（項目の見直し）

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

（注の新設）

（新設）

できるものを現に算定している患者に限る。）
 に対して、退院調整を行った場合に、退院時に
 1回に限り、所定点数に加算する。

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

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

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

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）	ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） （新設）	加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） チ 第13部第1節の病理標本作製料
（注の見直し）	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） （新設）	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） チ 第13部第1節の病理標本作製料
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） （注の見直し）	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

	、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト (略) (新規)		、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト (略) チ 第13部第1節の病理標本作製料
A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき） （注の見直し）	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト (略)		注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ (略) ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト (略)

		(新設)	チ 第13部第1節の病理標本作製料
A303 総合周産期特定集中治療室 管理料（1日につき）	A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1 日につき）		
(注の見直し)	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査 、第6部注射及び第9部処置のうち次に掲げ るものは、総合周産期特定集中治療室管理料 （チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、 トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に 限る。）に含まれるものとする。		注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査 、第6部注射、第9部処置及び第13部病理 診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特 定集中治療室管理料（チにあつては新生児集 中治療室管理料に限り、トにあつては母体・ 胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれる ものとする。
	イ (略)		イ (略)
	ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診 療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実 施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理 加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除 く。）		ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診 療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊 急搬送入院加算、医師事務作業補助体制 加算、地域加算、離島加算、栄養管理実 施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理 加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除 く。）
	ハ～チ (略)		ハ～チ (略)
	(新設)		リ 第13部第1節の病理標本作製料
A304 広範囲熱傷特定集中治療室 管理料（1日につき）			
(注の見直し)	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査		注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）	、第６部注射及び第９部処置のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～リ （略） （新設）		、第６部注射、第９部処置及び第１３部病理診断のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～リ （略） ヌ 第１３部第１節の病理標本作製料
（注の見直し）	注２ 第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射及び第９部処置のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） （新設）		注２ 第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第１３部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。 イ （略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。） ハ～ト （略） チ 第１３部第１節の病理標本作製料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料
(1日につき)

(注の見直し)

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

(注の見直し)

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

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

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

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

(項目の見直し)	(新設) 1 小児入院医療管理料 1 3, 6 0 0 点 2 小児入院医療管理料 2 3, 0 0 0 点 3 小児入院医療管理料 3 2, 1 0 0 点	→ 1 2 3 4	1 小児入院医療管理料 1 4, 5 0 0 点 2 3 4
(注の見直し)	注 1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 1 5 歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料 3 を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の 1 5 対 1 入院基本料の例により算定する。	→	注 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 1 5 歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料 4 を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の 1 5 対 1 入院基本料の例により算定する。
(注の見直し)	注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療	→	注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第 1 0 部手術、第 1 1 部麻酔及び第 1 3 部第 2 節病理診断・判断料の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算

(注の見直し)	管理料 1 及び小児入院医療管理料 2 に含まれるものとする。 注 5 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料 3 に含まれるものとする。	、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料 1、小児入院医療管理料 2 及び小児入院医療管理料 3 に含まれるものとする。 注 5 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔及び第 13 部第 2 節病理診断・判断料の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料 4 に含まれるものとする。
A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（1 日につき） (項目の見直し)	1, 6 8 0 点 (生活療養を受ける場合にあつては、1, 6 6 6 点)	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1, 6 9 0 点 (生活療養を受ける場合にあつては、1, 6 7 6 点)

(注の見直し)

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

(新設)

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

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

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

(注の見直し)	注2 診療に係る費用（当該患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	たす場合は、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。 注3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。
A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき） (項目の見直し)	2,050点 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	1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点 2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療機関（病院

(注の見直し)

、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

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

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

A 3 0 9 特殊疾患療養病棟入院料
(1日につき)

(名称の見直し)

(注の見直し)

特殊疾患療養病棟入院料 (1日につき)

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

特殊疾患病棟入院料 (1日につき)

注3 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院加算(一般病棟に限る。))並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料 (1日につき)

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、末期の悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入

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

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

(新設)

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

(新設)

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

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）

1	30日以内の期間	3, 431点
2	31日以上	3, 031点

注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A 1 0 3に掲げる精神科入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

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

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（１日につき）

（注の変更）

A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理

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

管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第 2 章第 8 部精神科専門療法、第 1 0 部手術、第 1 1 部麻酔及び第 1 2 部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

注 3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1 日につき所定点数に 1 0 点を加算する。

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

料（１日につき）			
(削除)	950点 注１ 別に厚生労働大臣が定める主として特定患者を入院させるための一群の病室（以下この表において「包括病床群」という。）に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た一般病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る包括病床群に入院している患者について算定する。 注２ 老人一般病棟入院医療管理を受けている患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、所定点数に含まれるものとする。 注３ 第２節に規定する入院基本料等加算に掲げる臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、重症皮膚潰瘍管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算の各算定要件を満たす場合は、それぞれ該当する点数を所定点数に加算する。	→	(削除)
A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料（１日につき） （名称の変更）	老人性認知症疾患治療病棟入院料（１日につき）	→	認知症病棟入院料（１日につき）
（点数の見直し）	1 老人性認知症疾患治療病棟入院料 1		1 認知症病棟入院料 1

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

(注の見直し)	注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）は、診療所老人医療管理料に含まれるものとする。	→	注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。
(注の見直し)	注3 診療所老人医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所老人医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。	→	注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあつては、645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定する。
第4節 短期滞在手術基本料			
A400 短期滞在手術基本料			
(項目の見直し)	1 短期滞在手術基本料1 2,800点 2 短期滞在手術基本料2 4,800点 (生活療養を受ける場合にあつては、4,772点) (新設)	→ → →	1 短期滞在手術基本料1（日帰りの場合） 2,800点 2 短期滞在手術基本料2（1泊2日の場合） 4,800点 (生活療養を受ける場合にあつては、4,772点) 3 短期滞在手術基本料3（4泊5日までの場合） 5,670点 (生活療養を受ける場合にあつては、5,600点)

(注の新設)

(新設)

注2 保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

(注の見直し)

注2 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

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

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ～ハ (略)

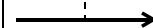
ニ 血液化学検査

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

(注の新設)

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

(新設)



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

ホ〜ル （略）

注5 第1章基本診療料、第2章第1部医学管理等、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料3に含まれるものとする。
イ 入院基本料（特別入院基本料を除く。）
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算及び医療安全対策加算を除く。）
ハ 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く。）
ニ 検査（心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料以外のものに限る。）
ホ 画像診断（画像診断管理加算、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る場合以外のものに限る。）

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 1 部 医学管理等		
B 0 0 1 特定疾患治療管理料		
4 小児特定疾患カウンセリング料		
(項目の見直し)	7 1 0 点	イ 月の 1 回目 5 0 0 点 ロ 月の 2 回目 4 0 0 点
(注の見直し)	注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、1 5 歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、1 年を限度として月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を限度として月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
1 5 慢性維持透析患者外来医学管理料		

(注の見直し)

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

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン

ニ～ホ (略)

ヘ 血液化学検査

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

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

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン定性

ニ～ホ (略)

ヘ 血液化学検査

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

	ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール（1, 5AG）、1, 25ジヒドロキシビタミンD₃（1, 25（OH）₂D₃）、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント～ワ（略）		ルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール（1, 5AG）、1, 25ジヒドロキシビタミンD₃（1, 25（OH）₂D₃）、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジント～ワ（略）
17 慢性疼痛疾患管理料 （注の見直し）	注2 区分番号J118に掲げる介達牽引及び区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。		注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形器械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

20 糖尿病合併症管理料

170点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

(新設)

(新設)

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

150点

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

(新設)

B 0 0 1 — 2 小児科外来診療料

(新設)

行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

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

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

2 2 がん性疼痛緩和指導管理料 1 0 0 点

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

(1日につき) (点数の見直し)	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 初診時 550点 ロ 再診時 370点 2 1以外の場合 イ 初診時 660点 ロ 再診時 480点	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 初診時 560点 ロ 再診時 380点 2 1以外の場合 イ 初診時 670点 ロ 再診時 490点
B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 (点数の見直し)	1 地域連携小児夜間・休日診療料1 300点 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 450点	1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点
B001-3 生活習慣病管理料 (点数の見直し) (名称の見直し)	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 高脂血症を主病とする場合 900点	1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ 脂質異常症を主病とする場合 650点

(注の見直し)

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。

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

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

(注の見直し)	注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第1・3部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
(注の新設)	(新設)	注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
B001—4 手術前医学管理料	(注の見直し) 注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。 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）、	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、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウム

ホ～ヌ （略）

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

ホ～ヌ （略）

B001-5 手術後医学管理料（1
日につき）

（注の見直し）

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

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

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

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

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

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

B O O 1—6 肺血栓塞栓症予防管理
料

(注の見直し)

L D L—コレステロール、前立腺酸性フ
ォスファターゼ、P 及び H P O₄、総コ
レステロール、グルタミン・オキサロ
アセティック・トランスアミナーゼ (G
O T)、グルタミン・ピルビック・ト
ランスアミナーゼ (G P T)、総鉄結合
能 (T I B C)、不飽和鉄結合能 (U I
B C)、イオン化カルシウム及び血液ガ
ス分析

ホ～ヌ (略)

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ
、P 及び H P O₄、総コレステロール、
グルタミン・オキサロアセティック・
トランスアミナーゼ (G O T)、グルタ
ミック・ピルビック・トランスアミナー
ゼ (G P T)、イオン化カルシウム及び
血液ガス分析

ホ～ヌ (略)

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

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

(新設)

(新設)

B 0 0 1—7 リンパ浮腫指導管理料

1 0 0 点

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

B 0 0 4 地域連携退院時共同指導料

1

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 1

退院時共同指導料 1

(注の見直し)

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

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

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

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

B 0 0 5 地域連携退院時共同指導料
2

(名称の見直し)

地域連携退院時共同指導料 2

退院時共同指導料 2

(点数の見直し)

1 在宅療養支援診療所と連携する場合

5 0 0 点

3 0 0 点

2 1 以外の場合

3 0 0 点

(注の見直し)

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

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

	、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。		得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。
(新設)	(新設)	→	注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。
(新設)	(新設)	→	注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000

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

B 0 0 5—4 ハイリスク妊産婦共同
管理料(I)

(注の見直し)

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

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

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

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

B 0 0 5—5 ハイリスク妊産婦共同
管理料(Ⅲ)

(注の見直し)

注 区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分娩管理加算の注 1 に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者 1 人につき 1 回算定する。

注 区分番号A 2 3 6—2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者 1 人につき 1 回算定する。

B 0 0 6—3 退院時リハビリテーション指導料

(注の見直し)

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

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

B 0 0 7 退院前訪問指導料

(注の見直し)

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

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

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

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

B 0 0 8 薬剤管理指導料

(点数の見直し)

3 5 0 点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 4 3 0 点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 3 8 0 点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 3 2 5 点

(注の見直し)

注1 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たもの入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

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

(注の見直し)

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

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

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

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

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

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

			るものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。
(注の新設)	(新設)	→	注9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。
(注の新設)	(新設)	→	注10 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算す

B 0 1 1 — 3 薬剤情報提供料

(注の見直し)

注 2 注 1 の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第 1 3 条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に 5 点を加算する。

る。

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

(新設)

(新設)

B 0 1 1 — 4 医療機器安全管理料

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

5 0 点

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

(新設)

(新設)

B 0 1 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

1 0 0 点

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

注 1 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

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

1, 0 0 0 点

(新設)

(新設)

た場合に、退院の日1回に限り算定する。

B 0 1 5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料
1 8 0 点

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

(新設)

(新設)

B 0 1 6 後期高齢者診療料
6 0 0 点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学

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

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

(新設)

(新設)

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

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

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

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

(新設)

(新設)

B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料

2 0 0 点

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 2 部 在宅医療 第 1 節 在宅患者診療・指導料 C 0 0 0 往診料 (注の見直し)	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、3 2 5 点を、夜間（深夜を除く。）の往診については 6 5 0 点を、深夜の往診については 1, 3 0 0 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、6 5 0 点、1, 3 0 0 点、2, 3 0 0 点を所定点数に加算する。	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、3 2 5 点を、夜間（深夜を除く。）の往診については 6 5 0 点を、深夜の往診については 1, 3 0 0 点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、6 5 0 点、1, 3 0 0 点、2,

			300点を所定点数に加算する。
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）			
（項目の見直し）	830点	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 830点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点	
（注の見直し）	注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に週3回を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。	注1 1については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第	

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

			に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。)に、週3回(同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。)を限度(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。
(注の見直し)	注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。	→	注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。
(注の見直し)	注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療(在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。)の費用は算定しない。	→	注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療(在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。)の費用は算定しない。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月1回）			
（名称の見直し）	1 在宅療養支援診療所の場合		1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合
（注の見直し）	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。		注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。
（注の新設）	（新設）		注4 区分番号C 0 0 2－2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者に

(新設)

(新規)

については算定しない。

C 0 0 2—2 特定施設入居時等医学総合管理料
(月 1 回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の
場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

3, 0 0 0 点

ロ 処方せんを交付しない場合

3, 3 0 0 点

2 1 以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方
せんを交付する場合

1, 5 0 0 点

ロ 処方せんを交付しない場合

1, 8 0 0 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支
援病院及び許可病床数が 2 0 0 床未満の病院
（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）に
おいて、特定施設入居者等である患者であつ

C 0 0 3 在宅末期医療総合診療料
(1日につき)

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

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

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

注4 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

(注の見直し)	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所に限る。）において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
C004 救急搬送診療料 (点数の見直し)	650点	1,300点
C005 在宅患者訪問看護・指導料 (1日につき) (点数の見直し)	1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで 530点 ロ 週4日目以降 630点 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 480点 ロ 週4日目以降 580点	1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで 555点 ロ 週4日目以降 655点 2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 505点 ロ 週4日目以降 605点

(注の見直し)

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

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

				る。
(注の見直し)	注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。		→	注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。
(注の見直し)	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3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。
(注の新設)	(新設)		→	注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。
(注の新設)	(新設)		→	注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を

(注の新設)

(新設)

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

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

(注の新設)

(新設)

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師

(注の見直し)

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

(注の見直し)

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

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

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

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

(新設)

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

(新設)

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

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

1 保健師、助産師又は看護師による場合

イ 週3日目まで 430点

ロ 週4日目以降 530点

2 准看護師による場合

イ 週3日目まで 380点

ロ 週4日目以降 480点

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

等の患者以外の患者については、週 3 日（同一の患者について、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して 1 4 日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について 1 4 日

（同一の患者について、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1 月に 1 回、別に厚生労働大臣が定める者については、2 回に限る。）とする。

注 2 注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は 1 4 日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1 日に 2 回又は 3 回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ 4 5 0 点又は 8 0 0 点を加算する。

注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

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

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

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

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

に 200 点を加算する。

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

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

C 0 0 5－2 在宅患者訪問点滴注射 管理指導料（1 週につき） （注の見直し）	注 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第 8 8 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者 1 人につき週 1 回に限り算定する。	注 1 0 居住系施設入居者等訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。 注 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第 8 8 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者 1 人につき週 1 回に限り算定する。
C 0 0 6 在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1 単位） （名称の見直し）	在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1 単位	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1

(項目の見直し)

300点

単位)

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合

300点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

255点

(注の見直し)

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

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

(注の見直し)	注2 在宅訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。	定する場合において同じ。)まで算定する。 注2 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。
C 0 0 7 訪問看護指示料		
(注の見直し)	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。	注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
(注の見直し)	注2 患者の主治医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交	注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、

	付した場合は、患者１人につき月１回に限り、所定点数に１００点を加算する。		その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者１人につき月１回（別に厚生労働大臣が定める者については月２回）に限り、所定点数に１００点を加算する。
C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料			
(項目の見直し)	5 5 0 点	→	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 5 5 0 点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 3 8 5 点
(注の見直し)	注 1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月２回に限り算定する。	→	注 1 １については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月２回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

(注の見直し)	注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。	注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (項目の見直し)	530点	1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 530点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 450点
(注の見直し)	注1 居宅において療養を行っている通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合は、月2回に限り算定する。	注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導

(新設)

(新設)

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

C 0 1 0 在宅患者連携指導料

9 0 0 点

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

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

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

注4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。

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

注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料及び区分番号

(新設)

(新設)

C 0 0 3 に掲げる在宅末期医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料
2 0 0 点

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

第1款 在宅療養指導管理料

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

(注の見直し)

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

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

C102-2 在宅血液透析指導管理料

(注の見直し)

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

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

C 1 1 3 寝たきり老人訪問指導管理
料

(削除)

4 3 0 点

(削除)

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

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

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

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

料を算定している患者については算定しない。

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

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

第2款 在宅療養指導管理材料加算

(通則の見直し)

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

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

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

(項目の見直し)

1 月 2 0 回以上測定する場合

4 0 0 点

2 月 4 0 回以上測定する場合

5 8 0 点

3 月 6 0 回以上測定する場合

8 6 0 点

4 月 8 0 回以上測定する場合

1, 1 4 0 点

(新設)

5 月 1 0 0 回以上測定する場合

1, 3 2 0 点

(新設)

6 月 1 2 0 回以上測定する場合

1, 5 0 0 点

(4 の注の削除)

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

(削除)

(注の見直し)

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

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

	(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。		患者(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
(注の新設)	(新設)	注2	4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
C 1 5 2 間歇注入シリンジポンプ加算 (点数の見直し)	1, 0 0 0 点	→	1, 5 0 0 点
C 1 5 8 酸素濃縮装置加算 (点数の見直し)	4, 6 2 0 点	→	4, 0 0 0 点
C 1 6 1 注入ポンプ加算 (点数の見直し)	1, 0 0 0 点	→	1, 2 5 0 点

(新設)

(新設)

C 1 7 0 呼吸同調式デマンドバルブ加算

3 0 0 点

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 3 部 検 査		
第 1 節 検体検査料		
第 1 款 検体検査実施料		
(点数の見直し)	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。	3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5 項目を限度として、第 1 節第 1 款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ 5 点を加算する。
(血液学的検査) D 0 0 6 出血・凝固検査		
(注の見直し) (点数の見直し)	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて P I V K A II、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-D ダイマー精密測定、プロテイン S 精密測	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて本区分の 13 から 23 までに掲げる検査を 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目

	定、α 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体、第Ⅷ因子様抗原、血小板第4因子（PF4）精密測定、β-トロンボグロブリン精密測定、トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（TAT）精密測定、プロテインC、フィブリンモノマー複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定、トロンボモジュリン精密測定、tPA・PAI-1複合体、凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、ⅩⅢ）及びフィブリノペプチイド精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 550点 ロ 5項目以上 770点		数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 750点
（生化学的検査（Ⅰ）） D007 血液化学検査			
（注の見直し） （点数の見直し）	注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスぺプチダーゼ（γ-GTP）、中性脂肪、Na及び	→	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 5項目以上7項目以下 100点 ロ 8項目又は9項目 109点

C1、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミク・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を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 5項目以上7項目以下 102点

ロ 8項目又は9項目 111点

ハ 10項目以上 130点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

ハ 10項目以上

129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

(生化学的検査(Ⅱ))

D008 内分泌学的検査

(注の見直し)

(点数の見直し)

注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定、卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定、Cペプチド(CPR)精密測定、黄体形成ホルモン(LH)、遊離サイロキシシン(FT4)精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定、遊離トリヨードサイロニン(FT3)精密測定、コルチゾール精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシシン結合蛋白(TBG)精密測定、17-ケートジエニックスステロイド(17-KGS)精密測定、テストステロン精密測定、ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定、I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクトーゲン(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、1



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

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

7-ケトジェニックスステロイド分画（17-KGS分画）精密測定、サイクリックAMP（C-AMP）精密測定、エストリオール（E3）精密測定、尿中デオキシピリジノリン精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C-PTHrP）精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）精密測定、プレグナジオール、カテコールアミン精密測定、副甲状腺ホルモン（PTH）精密測定、エストラジオール（E2）精密測定、カテコールアミン分画精密測定、DHEA-S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）精密測定、17-ケトステロイド分画（17-KS分画）精密測定、プレグナントリオール精密測定、エリスロポエチン精密測定、17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定、抗IA-2抗体精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定及びメタネフリン分画精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

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

D 0 0 9 腫瘍マーカー

(注の削除)

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

(注の見直し)

3 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分に掲げる検査(注2に規定するものを除く。)を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	2項目	230点
ロ	3項目	290点
ハ	4項目以上	420点

(削除)

2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	2項目	230点
ロ	3項目	290点
ハ	4項目以上	420点

(免疫学的検査)

D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査

(注の見直し)

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

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

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

イ	3 項目	2 9 0 点
ロ	4 項目	3 6 0 点
ハ	5 項目以上	5 2 0 点

目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	3 項目	2 9 0 点
ロ	4 項目	3 6 0 点
ハ	5 項目以上	5 2 0 点

D 0 1 4 自己抗体検査

(注の見直し)

注 抗 S S－A／R o 抗体、抗 R N P 抗体、抗 S m 抗体、抗 S S－B／L a 抗体、抗 S c l－7 0 抗体、抗 J o－1 抗体、抗 S S－A／R o 抗体精密測定、抗 S S－B／L a 抗体精密測定及び抗 S c l－7 0 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 3 2 0 点又は 4 9 0 点とする。

注 本区分の 8 及び 9 に掲げる検査を 2 項目又は 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 3 2 0 点又は 4 9 0 点とする。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

(注の見直し)

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

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

(注の新設)

(新設)

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

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

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に

			届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 6－4に掲げる遺伝病的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。
D 0 2 7 基本的検体検査判断料 (注の見直し)	注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合するものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)は算定しない。		注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。
第2節 病理学的検査料			

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

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

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

(項目の見直し)	2 コンタクトレンズ検査料 2 イ 初回装用者の場合 1 9 3 点 ロ 既装用者の場合 5 6 点	→	2 コンタクトレンズ検査料 2 5 6 点
(注の見直し)	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た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。	→	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1 を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 2 を算定する。
(注の見直し)	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。	→	注 2 注 1 により当該検査料を算定する場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

(注の見直し)	注 3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去に 1 のイ又は 2 のイを算定した患者に対して、1 のロ又は 2 のロを算定する場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料は算定せず、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料又は区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料を算定する。	→	注 3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料は算定せず、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料又は区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料を算定する。
(削除)	注 4 区分番号 D 2 5 5 から区分番号 D 2 8 2 - 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。	→	(削除)
(臨床心理・神経心理検査)			
(通則の削除)	区分番号 D 2 8 3 から区分番号 D 2 8 5 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。	→	(削除)
D 2 8 3 発達及び知能検査			

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

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

別表1

第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 検体検査料					
第1款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	28	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	蛋白定量	7	→ 7	D001 1	
D001 2	VMA定性	9	→ 9	D001 2	
D001 3	B-J蛋白定性	10	→ 9	D001 2	
D001 3	糖定量	10	→ 9	D001 2	
D001 4	ポルフィリン定性	11	→ 10	D001 3	
D001 4	アミラーゼ定性半定量	11	→ 10	D001 3	
D001 5	ビリルビン定量	14	→ 12	D001 4	
D001 6	胃酸度測定	15	→ 15	D001 5	
D001 7	ウロビリニン定量	16	→ 16	D001 6	
D001 7	ウロビリノーゲン定量	16	→ 16	D001 6	
D001 7	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	→ 16	D001 6	
D001 7	浸透圧測定	16	→ 16	D001 6	
D001 8	ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	→ 17	D001 7	
D001 9	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	38	→ 41	D001 8	
D001 10	アルブミン定性	55	→ 49	D001 9	
D001 11	黄体形成ホルモン(LH) 定性	75	→ 72	D001 10	
D001 11	線維素分解産物(FDP) 測定	75	→ 72	D001 10	
D001 12	マイクロトランスフェリン精密測定(尿中)	120	→ 115	D001 11	
D001 12	ウロポルフィリン定量	120	→ 115	D001 11	
D001 12	アルブミン定量精密測定	120	→ 115	D001 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 12	デルタアミノレブリン酸定量	120	→ 115	D001 11	(新設)
D001 12	ポリアミン	120	→ 115	D001 11	
- -	ミオイノシトール定量	-	→ 120	D001 12	
D001 13	コプロポルフィリン定量	150	→ 150	D001 13	
D001 14	ポルフォビリノーゲン定量	200	→ 200	D001 14	
D001 15	Ⅳ型コラーゲン定量精密測定	210	→ 210	D001 15	
D002 1	尿沈渣顕微鏡検査	23	→ 25	D002 1	
D002 注	染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	28	→ 30	D002-2	
D003	糞便検査			D003	(名称の変更) (名称の変更) (削除) (名称の変更)
D003 1	潜血反応検査	9	→ 9	D003 1	
D003 2	虫卵検査(集卵法)	15	→ 15	D003 2	
D003 3	ウロビリリン定量	16	→ 15	D003 2	
D003 3	ウロビリノーゲン定量	16	→ 15	D003 2	
D003 4	塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 3	
D003 5	虫体検出	23	→ 23	D003 4	
D003 6	脂質定量	28	→ 25	D003 5	
D003 7	ヘモグロビン定性	38	→ 37	D003 6	
D003 8	虫卵培養検査	42	→ 40	D003 7	
D003 9	ヘモグロビン定量	48	→ 42	D003 8	
D003 10	ヘモグロビン及びトランスフェリン	55	→ -	- -	
D003 11	ヘモグロビン及びトランスフェリン	75	→ 60	D003 9	
D003 12	キモトリプシン	130	→ 80	D003 10	
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D004 1	ヒューナー検査	26	→ 20	D004 1	
D004 2	胃液又は十二指腸液一般検査	60	→ 55	D004 2	
D004 3	髄液一般検査	65	→ 65	D004 3	
D004 4	精液一般検査	70	→ 70	D004 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D004 5	頸管粘液検査	75	→ 75	D004 5	(新設)
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	100	→ 100	D004 6	
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	140	→ 135	D004 7	
D004 8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LDH)半定量	170	→ 170	D004 8	
- -	マイクロバブルテスト		→ 200	D004 9	
D004 9	関節液中コンドロカルシン	340	→ 300	D004 10	
D004 10	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	380	→ 380	D004 11	
D004 11	IgGインデックス	500	→ 460	D004 12	
D004 12	髄液オリゴクローナルバンド測定	600	→ 560	D004 13	
D004 12	髄液MBP	600	→ 620	D004 14	
D004 13	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	→ 2,000	D004 15	
- -	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD－DST法)	-	→ 2,000	D004 16	
(血液学的検査)					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度測定	10	→ 9	D005 1	
D005 2	網赤血球数	13	→ 12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧測定	16	→ 15	D005 3	
D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査	16	→ 15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17	→ 17	D005 4	
D005 5	末梢血液像	19	→ 18	D005 5	
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→ 27	D005 5	
D005 6	末梢血液一般検査	23	→ 22	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	38	→ 40	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	44	→ 45	D005 8	
D005 9	自己溶血試験	50	→ 50	D005 9	
D005 10	血液粘稠度測定	55	→ 50	D005 9	
D005 10	ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})	55	→ 50	D005 9	
D005 11	ヘモグロビンF(HbF)	60	→ 60	D005 10	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D005 12	動的赤血球膜物性検査	130	→ 130	D005 11	
D005 13	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定	250	→ 240	D005 12	
D005 14	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定	270	→ 250	D005 13	
D005 15	骨髓像	430	→ 500	D005 14	
D005 15	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→ 40	D005 14	
D005 16	モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)	1,050	→ 1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間測定	15	→ 15	D006 1	
D006 1	プロトロンビン時間測定	15	→ 15	D006 1	
D006 2	凝固時間測定	19	→ 18	D006 2	
D006 3	血餅収縮能	22	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	22	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノーゲン定量	23	→ 23	D006 4	
D006 5	クリオフィブリノーゲン検査	24	→ 23	D006 4	
D006 4	トロンビン時間測定	23	→ 25	D006 5	
D006 7	蛇毒試験	32	→ 28	D006 6	
D006 8	トロンボエラストグラフ	34	→ 28	D006 6	
D006 6	ヘパリン抵抗試験	29	→ 29	D006 7	
D006 6	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	29	→ 29	D006 7	
D006 6	複合凝固因子検査	29	→ 29	D006 7	
D006 10	血小板凝集能	75	→ 50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	→ 65	D006 9	
D006 10	アンチトロンビンⅢ	75	→ 70	D006 10	
D006 10	線維素分解産物(FDP)測定	75	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン	85	→ 80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)	85	→ 80	D006 11	
D006 11	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)	85	→ 80	D006 11	
D006 12	プラスミン活性値測定検査	95	→ 80	D006 11	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006-4	遺伝病的検査	2,000	→ 2,000	D006-4	(名称の変更)
D006-5	染色体検査(全ての費用を含む。)	2,000	→ 2,000	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	→ 400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400	→ 2,400	D006-6	
D006-2	WT1mRNA定量	2,000	→ 2,000	D006-7	(新設)
-	培養細胞による先天性代謝異常診断		→ 2,000	D006-8	(新設)
(生化学的検査(Ⅰ))					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素(BUN)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリフォスファターゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	Na及びCl	11	→ 11	D007 1	
D007 1	K	11	→ 11	D007 1	
D007 1	Ca	11	→ 11	D007 1	
D007 1	Mg	11	→ 11	D007 1	
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸脱水素酵素(LDH)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	酸性フォスファターゼ	11	→ 11	D007 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルドラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	鉄	11	→ 11	D007 1	
D007 1	試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	11	→ 11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15	→ 15	D007 2	
D007 2	β-リポ蛋白	15	→ -	- -	(削除)
D007 3	遊離脂肪酸	16	→ 16	D007 3	
D007 4	HDL-コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	前立腺酸性フォスファターゼ	17	→ 17	D007 4	
D007 4	P及びHPO ₄	17	→ 17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)	17	→ 17	D007 4	
D007 4	グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)	17	→ 17	D007 4	
D007 4	総鉄結合能(TIBC)	17	→ -	- -	(削除)
D007 4	不飽和鉄結合能(UIBC)	17	→ -	- -	(削除)
D007 5	LDL-コレステロール	19	→ 18	D007 5	
D007 5	蛋白分画測定	19	→ 18	D007 5	
D007 6	モノアミノオキシダーゼ(MAO)	23	→ -	- -	(削除)
D007 7	Cu	25	→ 24	D007 6	
D007 7	リパーゼ	25	→ 24	D007 6	
D007 8	イオン化カルシウム	27	→ 27	D007 7	
D007 9	マンガン	29	→ 27	D007 7	
D007 10	ムコ蛋白	32	→ 30	D007 8	
D007 11	ケトン体	34	→ 32	D007 9	

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

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 31	IV型コラーゲン・7S精密測定	170	→ 160	D007 26	(削除)
D007 31	ビタミンB ₁₂ 定量精密測定	170	→ 160	D007 26	
D007 32	葉酸精密測定	180	→ 170	D007 27	
D007 33	アルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定	190	→ 190	D007 28	
D007 34	アセトアミノフェン精密測定	200	→ 190	D007 28	
D007 34	臍分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)	200	→ 190	D007 28	
D007 34	ヒアルロン酸	200	→ 190	D007 28	
D007 34	心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定	200	→ 190	D007 28	
D007 34	ビタミンB ₂ 定量	200	→ -	- -	
D007 34	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	200	→ 200	D007 29	
D007 34	トリプシン	200	→ 200	D007 29	
D007 35	赤血球コプロポルフィリン定量	210	→ 210	D007 30	
D007 36	腓ホスホリパーゼA ₂ (腓PLA ₂)精密測定	220	→ 210	D007 30	
D007 37	リポ蛋白リパーゼ精密測定	230	→ 230	D007 31	
D007 37	肝細胞増殖因子(HGF)	230	→ 230	D007 31	
D007 38	CKアイソフォーム	240	→ 230	D007 31	
D007 38	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定	240	→ 230	D007 31	
D007 39	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定	250	→ 250	D007 32	
D007 40	臍分泌液中α-フェトプロテイン	260	→ 250	D007 32	
D007 41	赤血球プロトポルフィリン定量	280	→ 280	D007 33	
D007 42	ビタミンB ₂	290	→ 280	D007 33	(名称の変更)
D007 38	ビタミンB ₁ 定量	240	→ 290	D007 34	
D007 43	プロカルシトニン(PCT)	320	→ 320	D007 35	
D007 44	ビタミンC定量精密測定	340	→ 330	D007 36	
D007 45	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1,25(OH)2D ₃)	360	→ 400	D007 37	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	102	→ 100	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	111	→ 109	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	130	→ 129	D007 注	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
(生化学的検査(Ⅱ))					
D008	内分泌学的検査			D008	(削除)
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→ 55	D008 1	
D008 2	11－ハイドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	→ 60	D008 2	
D008 3	17－ハイドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)	65	→ 60	D008 2	
D008 4	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画定性	70	→ -	- -	
D008 5	17－ケトステロイド(17-KS)精密測定	75	→ 70	D008 3	
D008 6	ホモバニール酸(HVA)精密測定	80	→ 70	D008 3	
D008 7	T ₃ 摂取率(T ₃ －uptake)精密測定	85	→ -	- -	
D008 9	バニールマンデル酸(VMA)精密測定	100	→ 90	D008 4	
D008 8	5－ハイドロキシインドール酢酸(5－HIAA)精密測定	95	→ 95	D008 5	
D008 10	プロラクチン(PRL)	110	→ 100	D008 6	
D008 11	トリヨードサイロニン(T ₃)精密測定	120	→ 115	D008 7	
D008 11	甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定	120	→ 115	D008 7	
D008 11	レニン活性精密測定	120	→ 115	D008 7	
D008 11	ガストリン精密測定	120	→ 115	D008 7	
D008 11	レニン定量精密測定	120	→ 115	D008 7	
D008 11	インスリン(IRI)精密測定	120	→ 120	D008 8	
D008 11	サイロキシシン(T ₄)精密測定	120	→ 120	D008 8	
D008 12	成長ホルモン(GH)精密測定	130	→ 125	D008 9	
D008 12	卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定	130	→ 125	D008 9	
D008 12	C－ペプチド(CPR)精密測定	130	→ 125	D008 9	
D008 12	黄体形成ホルモン(LH)	130	→ 125	D008 9	
D008 13	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定	140	→ 140	D008 10	
D008 14	サイロキシシン結合能(TBC)精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	遊離サイロキシシン(FT ₄)精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	遊離トリヨードサイロニン(FT ₃)精密測定	150	→ 140	D008 10	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 14	コルチゾール精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	アルドステロン精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	テストステロン精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008 14	サイログロブリン精密測定	150	→ 140	D008 10	
D008	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定	140	→ 140	D008 10	(新設)
D008 14	ヒト胎盤性ラクトーゲン(HPL)	150	→ 150	D008 11	
D008 14	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定	150	→ 150	D008 11	
D008 15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β) 分画	160	→ 150	D008 11	(名称の変更)
D008 15	グルカゴン精密測定	160	→ 150	D008 11	
D008 15	カルシトニン精密測定	160	→ 150	D008 11	
D008 15	I 型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定	160	→ 160	D008 12	
D008 16	オステオカルシン精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008 16	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008 16	尿中 β クロスラプス精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008 16	セクレチン精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008 16	プロジェステロン精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008 16	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG) 定量	170	→ 170	D008 13	
D008 16	遊離テストステロン精密測定	170	→ 170	D008 13	
D008	β クロスラプス精密測定	170	→ 170	D008 13	(新設)
D008	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定	170	→ 170	D008 13	(新設)
D008 17	サイクリックAMP(C-AMP)精密測定	180	→ 180	D008 14	
D008 17	エストリオール(E_3)精密測定	180	→ 180	D008 14	
D008 18	エストロジェン	190	→ 180	D008 14	
D008 19	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)精密測定	200	→ 190	D008 15	
D008 19	副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定	200	→ 190	D008 15	
D008 19	カテコールアミン分画精密測定	200	→ 190	D008 15	
D008 19	DHEA-S精密測定	200	→ 190	D008 15	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 4	癌胎児性抗原(CEA)精密測定	120	→ 115	D009 2	(名称の変更)
D009 4	α -フエトプロテイン(AFP)	120	→ 115	D009 2	
D009 4	組織ポリペプチド抗原(TPA)精密測定	120	→ 115	D009 2	
D009 4	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)精密測定	120	→ 115	D009 2	
D009 5	DUPAN-2精密測定	130	→ 130	D009 3	
D009 5	NCC-ST-439精密測定	130	→ 130	D009 3	
D009 5	CA15-3精密測定	130	→ 130	D009 3	
D009 6	エラスターゼ1精密測定	140	→ 135	D009 4	
D009 6	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	140	→ 140	D009 5	
D009 6	PSA精密測定	140	→ 140	D009 5	
D009 7	塩基性フエトプロテイン(BFP)精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	CA19-9精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	CA72-4精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	CA-50精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	SPan-1抗原精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	シアリルTn抗原精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 7	PIVKA II 精密測定	150	→ 150	D009 6	
D009 8	尿中NMP22精密測定	160	→ 160	D009 7	
D009 8	シアリルLe ^{X-i} (SLX)抗原精密測定	160	→ 160	D009 7	
D009 8	CA125精密測定	160	→ 160	D009 7	
D009 9	シアリルLe ^X (CSLEX)抗原精密測定	170	→ 170	D009 8	
D009 9	フリーPSA／トータルPSA比精密測定	170	→ 170	D009 8	
D009 9	BCA225精密測定	170	→ 170	D009 8	
D009 9	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定	170	→ 170	D009 8	
D009 9	I型コラーゲンCテロペプチド精密測定	170	→ 170	D009 8	
D009 10	SP1精密測定	180	→ 170	D009 8	(新設)
D009	血清中抗p53抗体	170	→ 170	D009 8	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 10	サイトケラチン19フラグメント精密測定	180	→ 180	D009 9	
D009 10	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定	180	→ 180	D009 9	
D009 11	尿中遊離型フコース	190	→ 190	D009 10	
D009 11	CA602精密測定	190	→ 190	D009 10	
D009 11	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L ₃ %)	190	→ 190	D009 10	
D009 11	CA54/61精密測定	190	→ 190	D009 10	
D009 11	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定	190	→ 190	D009 10	
D009 12	γ-セミノプロテイン精密測定	200	→ 200	D009 11	
D009 13	CA130精密測定	210	→ 200	D009 11	
D009 13	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量(HCGβコア定量)精密測定	210	→ 210	D009 12	
D009 14	膵癌胎児性抗原(POA)精密測定	230	→ 220	D009 13	
D009 15	乳頭分泌液中CEA精密測定	310	→ 320	D009 14	
D009 15	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	310	→ 320	D009 14	
D009 15	血清中HER2タンパク測定	310	→ 320	D009 14	
D009 16	インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定	460	→ 460	D009 15	
D009 注	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	42	→ 40	D010 1	
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	210	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	300	→ 300	D010 4	
D010 5	アミノ酸定量			D010 5	
D010 5	イ 1種類につき	320	→ 320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	→ 1,300	D010 5	
D010 6	アミノ酸分析(定性)	370	→ 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	450	→ 450	D010 7	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 8	
(免疫学的検査)					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	クームス試験			D011 2	
D011 2	イ 直接	30	→ 30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 160	D011 3	
D011 4	赤血球不規則抗体検査	170	→ 170	D011 4	
D011 6	α -D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び α -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	210	→ 200	D011 5	
D011 5	PAIgG(血小板関連IgG)	200	→ 210	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体検査	270	→ 270	D011 8	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗streptリジンO価(ASO価)	15	→ 15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体価測定	27	→ 27	D012 2	
D012 3	抗streptキナーゼ価(ASK価)	29	→ 29	D012 3	
D012 4	TPHA試験(定性)	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体価	32	→ 32	D012 4	
D012 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	→ 34	D012 5	
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査(定量)	34	→ 34	D012 5	
D012 6	ツツガムシ抗体価	48	→ -	- -	(削除)
D012 7	TPHA試験(定量)	55	→ 55	D012 6	
D012 8	アデノウイルス抗原	60	→ 60	D012 7	
D012 8	迅速ウレアーゼ試験	60	→ 60	D012 7	
D012 9	ロタウイルス抗原	65	→ 65	D012 8	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 8	ヘリコバクター・ピロリ抗体	60	→ 70	D012 9	
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定	70	→ 70	D012 9	
D012 11	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定	75	→ 75	D012 10	
D012 10	クロストリジウム・ディフィシル抗原	70	→ 80	D012 11	
D012 11	ウイルス抗体価(1項目あたり)	75	→ 80	D012 11	
D012 12	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	80	→ 80	D012 11	
D012 12	百日咳菌抗体価	80	→ 80	D012 11	
D012 13	HTLV－I 抗体価	85	→ 85	D012 12	
D012 14	トキソプラズマ抗体価精密測定	95	→ 95	D012 13	
D012 14	トキソプラズマIgM抗体価精密測定	95	→ 95	D012 13	
D012 16	赤痢アメーバ抗体価	120	→ 100	D012 14	
D012 17	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	130	→ 100	D012 14	
D012 17	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	130	→ 100	D012 14	
D012 16	HIV－1抗体価	120	→ 120	D012 15	
D012 15	抗抗酸菌抗体価精密測定	110	→ 120	D012 15	
D012 16	HIV-1,2抗体価	120	→ 130	D012 16	
D012 17	A群 β 溶連菌迅速試験	130	→ 140	D012 17	
D012 20	ノイラミニダーゼ	160	→ 140	D012 17	
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	140	→ 150	D012 18	
D012 18	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原	140	→ 150	D012 18	
D012 18	インフルエンザウイルス抗原精密測定	140	→ 150	D012 18	
D012 18	カンジダ抗原	140	→ 150	D012 18	
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	140	→ 150	D012 18	
D012 19	RSウイルス抗原精密測定	150	→ 150	D012 18	
D012 19	FTA－ABS試験	150	→ 150	D012 18	
D012 20	D－アラビニトール	160	→ 160	D012 19	
D012 20	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定	160	→ 160	D012 19	
D012 20	大腸菌O157LPS抗原精密測定	160	→ 170	D012 20	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 31	ワイルフェリックス反応	330	→ 300	D012 29	(削除)
D012 32	ヴィダール反応	350	→ -	- -	
D012 33	HIV-2抗体価精密測定	370	→ 380	D012 30	
D012 34	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	400	→ 410	D012 31	
D012 35	HTLV-I 抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)	440	→ 450	D012 32	
D012 36	HIV抗原精密測定	600	→ 600	D012 33	
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	(削除) (名称の変更) (名称の変更) (新設)
D013 1	HBs抗原	29	→ 29	D013 1	
D013 2	HBs抗体価	32	→ 32	D013 2	
D013 3	HBs抗原精密測定	95	→ 95	D013 3	
D013 3	HBs抗体価精密測定	95	→ 95	D013 3	
D013 4	HBe抗原精密測定	110	→ 110	D013 4	
D013 4	HBe抗体価精密測定	110	→ 110	D013 4	
D013 5	HCV抗体価精密測定	120	→ 120	D013 5	
D013 5	HCVコア蛋白質測定	120	→ 120	D013 5	
D013 6	HBc抗体価	140	→ -	- -	
D013 6	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	140	→ -	- -	
D013 7	HBc抗体価	150	→ 150	D013 6	
D013 7	IgM-HA抗体価精密測定	150	→ 150	D013 6	
D013 7	HA抗体価精密測定	150	→ 150	D013 6	
D013 7	IgM-HBc抗体価精密測定	150	→ 150	D013 6	
D013 7	HCVコア抗体価精密測定	150	→ 150	D013 6	
D013 8	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	170	→ 170	D013 7	
D013 9	HCV特異抗体価測定による群別判定	240	→ 240	D013 8	
D013	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)定量	290	→ 290	D013 9	
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	330	→ 330	D013 10	
D013 11	HCV特異抗体価精密測定	340	→ 340	D013 11	
D013 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D013 注	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D013 注	包括項目:4項目	360	→ 360	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	520	→ 520	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	12	→ 11	D014 1	
D014 2	リウマチ因子スクリーニング	17	→ -	- -	(削除)
D014 3	リウマトイド因子	32	→ 30	D014 2	(名称の変更)
D014 4	甲状腺自己抗体検査	38	→ 37	D014 3	
D014 5	抗ガラクトース欠損IgG抗体	46	→ -	- -	(削除)
D014 6	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	55	→ 55	D014 4	
D014 7	抗DNA抗体	60	→ -	- -	(削除)
D014 8	LEテスト	70	→ 70	D014 5	(名称の変更)
D014 9	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	120	→ 110	D014 6	(名称の変更)
D014 9	インスリン抗体精密測定	120	→ 110	D014 6	
D014 9	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	120	→ 120	D014 7	(名称の変更)
D014 9	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)精密測定	120	→ 120	D014 7	
D014 9	抗核抗体価(蛍光抗体法)	120	→ 120	D014 7	(名称の変更)
D014 10	抗SS-A/Ro抗体	150	→ -	- -	(削除)
D014 10	抗SS-B/La抗体	150	→ -	- -	(削除)
D014 10	抗Scl-70抗体	150	→ -	- -	(削除)
D014 10	抗Jo-1抗体	150	→ 150	D014 8	
D014 10	甲状腺自己抗体精密測定	150	→ 150	D014 8	
D014 10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 150	D014 8	
D014 10	抗RNP抗体	150	→ 150	D014 8	
D014 11	抗Sm抗体	170	→ 170	D014 9	
D014 11	抗SS-A/Ro抗体	170	→ 170	D014 9	(名称の変更)
D014 11	抗SS-B/La抗体	170	→ 170	D014 9	(名称の変更)
D014 11	抗Scl-70抗体	170	→ 170	D014 9	(名称の変更)
D014 11	C ₁ q結合免疫複合体精密測定	170	→ 170	D014 9	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 12	抗DNA抗体価	180	→ 180	D014 10	(名称の変更)
D014 13	抗セントロメア抗体精密測定	190	→ 190	D014 11	
D014 14	モノクローナルRF結合免疫複合体精密測定	200	→ 200	D014 12	
D014 15	C ₃ d結合免疫複合体精密測定	210	→ 210	D014 13	
D014 15	IgG型リウマチ因子精密測定	210	→ 210	D014 13	
- -	抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定	-	→ 210	D014 13	(新設)
D014 16	抗ミトコンドリア抗体精密測定	230	→ 230	D014 14	
D014 16	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I (抗CL β_2 GP I) 複合体抗	230	→ 230	D014 14	
D014 16	抗LKM-1抗体精密測定	230	→ 230	D014 14	
D014 17	抗カルジオリピン抗体精密測定	250	→ 250	D014 15	
D014 17	TSHレセプター抗体精密測定	250	→ 250	D014 15	
D014 18	血清中抗デスモグレイン3抗体	270	→ 270	D014 16	
- -	血清中抗BP180NC16a抗体	-	→ 270	D014 16	(新設)
D014 19	ループスアンチコアグラント	290	→ 290	D014 17	
D014 19	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	290	→ 290	D014 17	
D014 19	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)	290	→ 290	D014 17	
D014 19	抗糸球体基底膜抗体精密測定	290	→ 290	D014 17	
D014 20	血清中抗デスモグレイン1抗体	300	→ 300	D014 18	
D014 21	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定	330	→ 350	D014 19	
- -	抗GM1IgG抗体	-	→ 460	D014 20	(新設)
- -	抗GQ1bIgG抗体	-	→ 460	D014 20	(新設)
D014 22	抗アセチルコリンレセプター抗体価	940	→ 900	D014 21	
- -	グルタミン受容体自己抗体	-	→ 1,000	D014 22	(新設)
D014 注	包括項目:2項目	320	→ 320	D014 注	
D014 注	包括項目:3項目以上	490	→ 490	D014 注	
D015	血漿蛋白免疫学的検査			D015	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定性	17	→ 16	D015 1	
D015 1	C反応性蛋白(CRP)定量	17	→ 16	D015 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D015 2	赤血球コプロポルフィリン定性	30	→ 30	D015 2	
D015 2	G-6-Pase	30	→ 30	D015 2	
D015 3	G-6-PDH定性	34	→ 34	D015 3	
D015 3	赤血球プロトポルフィリン定性	34	→ 34	D015 3	
D015 4	血清補体価(CH50)	38	→ 38	D015 4	
D015 4	免疫グロブリン	38	→ 38	D015 4	
D015 5	α_1 -酸性糖蛋白測定	42	→ -	- -	(削除)
D015 5	クリオグロブリン	42	→ 42	D015 5	
D015 6	血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定	48	→ 48	D015 6	
D015 7	トランスフェリン	60	→ 60	D015 7	
D015 8	補体蛋白(C ₃)	75	→ 70	D015 8	
D015 8	補体蛋白(C ₄)	75	→ 70	D015 8	
D015 9	セルロプラスミン	95	→ 90	D015 9	
D015 10	非特異的IgE	110	→ 100	D015 10	
D015 10	特異的IgE	110	→ 110	D015 11	
D015 11	β_2 -マイクログロブリン(β_2 -m)	120	→ 115	D015 12	
D015 11	プレアルブミン	120	→ 115	D015 12	
D015 11	レチノール結合蛋白(RBP)	120	→ -	- -	(削除)
D015 12	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 13	(名称の変更)
D015 13	α_1 -マイクログロブリン	150	→ 150	D015 14	
D015 13	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	→ 150	D015 14	
D015 14	α_1 -酸性糖蛋白精密測定	160	→ -	- -	(削除)
D015 15	C ₃ プロアクチベータ	170	→ 160	D015 15	
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)測定	180	→ 170	D015 16	
D015 16	ヘモペキシシン	180	→ 180	D015 17	
D015 17	血中APRスコア	200	→ 200	D015 18	
D015 17	アトピー鑑別試験	200	→ 200	D015 18	
D015 18	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210	→ 210	D015 19	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D015 19	尿蛋白免疫電気泳動	220	→ 220	D015 20	
D015 20	免疫電気泳動法(同一検体に対し一連につき)	240	→ 240	D015 21	
D015 21	C ₁ インアクチベータ	290	→ 290	D015 22	
D015 22	免疫グロブリンL鎖 κ / λ 比	340	→ 340	D015 23	
D015 23	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロナー γ 測定	410	→ 420	D015 24	
D016	細胞機能検査			D016	
D016 1	表面免疫グロブリン測定検査(一連につき)	170	→ 170	D016 1	
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 2	
D016 3	フローサイトメリー法によるT細胞・B細胞百分率検査	210	→ 210	D016 3	
D016 4	モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査(一連につき)	220	→ 220	D016 4	
D016 5	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	230	→ 220	D016 4	
D016 6	フローサイトメリーのTwo-color分析法による赤血球検査	290	→ 290	D016 5	
D016 6	リンパ球幼若化検査(一連につき)	290	→ 290	D016 5	
(微生物学的検査)					
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017	
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	29	→ 32	D017 1	
D017 2	保温装置使用のアメーバ検査	38	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	17	→ 25	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	120	→ 130	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	120	→ 130	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	120	→ 130	D018 2	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	110	→ 120	D018 3	
D018 4	その他の部位からの検体	95	→ 110	D018 4	
D018 5	簡易培養検査	50	→ 55	D018 5	
D018 注	嫌気性培養加算	65	→ 70	D018 注	
D019 1	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	110	→ 130	D019 1	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 13	血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査	450	→ 450	D023 9	(名称の変更)
D023 14	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	470	→ 450	D023 9	
D023 15	SARSコロナウイルス核酸増幅検査	480	→ 450	D023 9	
D023 16	HIV－Ⅰ 核酸定量検査	510	→ 520	D023 10	
D023 16	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 10	
D023 17	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550	→ 550	D023 11	
D023 18	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000	→ 6,000	D023 12	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')	55	→ 55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験	60	→ 70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	160	→ 150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検出検査	190	→ 200	D023-2 4	
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
(基本的検体検査実施料)					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	140	→ 140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	110	→ 110	D025 2	
第2款 検体検査判断料					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	
D026 2	血液学的検査判断料	135	→ 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(Ⅰ)判断料	155	→ 144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	135	→ 144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅰ)	40	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅱ)	-	→ 100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	→ 300	D026 注	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D027	基本的検体検査判断料	630	→ 604	D027	
第3節 生体検査料 (呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフイー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定、最大換気量測定を含む。)	80	→ 80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	→ 80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→ 130	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	→ 70	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査	135	→ 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	→ 135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	135	→ 135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケータ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	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	バリストカルジオグラフ	90	→ 90	D208 4	
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 320	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査(解析料を含む。)			D210	
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	700	→ 800	D211	
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料			D214 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D214 1	イ 2誘導	100	→ 80	D214 1	
D214 1	ロ 3から4誘導	150	→ 130	D214 1	
D214 1	ハ 5から6誘導	210	→ 180	D214 1	
D214 1	ニ 7誘導以上	260	→ 220	D214 1	
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
(超音波検査等)					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法			D215 2	
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	UCG			D215 3	
D215 3	イ 断層撮影法及びMモード法による検査	780	→ 880	D215 3	
D215 3	ロ Mモード法のみによる検査	400	→ 500	D215 3	
D215 3	ハ 経食道的超音波法	800	→ 1,500	D215 3	
D215 4	ドプラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	-	→ 150	D215 注	(新規)
D215 注	パルスドプラ法加算	200	→ 200	D215 注	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	50	→ 50	D216-2	
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
D217 2	MD法	140	→ 140	D217 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D217 2	SEXA法等	140	→ 140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	→ 80	D217 3	
(監視装置による諸検査)					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	→ 400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	→ 700	D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200	→ 200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50	→ 50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150	→ 150	D220 2	
D220 2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130	→ 130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50	→ 50	D220 2	
D221	削除			D221	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	→ 100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	→ 600	D222 2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	→ 30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(1連につき)	100	→ 100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	→ 100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→ 100	D225-2	
- -	24時間自由行動下血圧測定	-	→ 200	D225-3	(新設)
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	→ 100	D226 1	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	反復睡眠潜時試験(MSLT)	-	→ 5,000	D237-2	(新設)
D238	脳波検査判断料	140	→ 140	D238	
(神経・筋肉検査)					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき))	200	→ 200	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(一連につき)	250	→ 250	D239 2	
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
- -	神経学的検査	-	→ 300	D239-3	(新設)
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130	→ 130	D240 1	
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→ 130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200	→ 200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	140	→ 140	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
(耳鼻咽喉科学的検査)					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	400	→ 400	D244 1	
D244 1	自記オーディオメーターによる聴力検査	400	→ 400	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	400	→ 400	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	400	→ 400	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→ 110	D244 3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→ 40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	100	→ 150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→ 1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	→ 700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	300	→ 300	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350	→ 350	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 3	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 2	頭位及び頭位変換眼振検査	100	→ 150	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→ 400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250	→ 250	D250 5	

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	74	→ 74	D263 1	
D263 2	1以外の場合	74	→ 74	D263 2	
D264	精密眼圧測定	85	→ 85	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	89	→ 89	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	→ 110	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	60	→ 60	D267 1	
D267 2	1以外の場合	38	→ 38	D267 2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	→ 38	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
D270	削除				
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	→ 38	D272	
D272	立体視検査(三杆法、ステレオテスト法による)	38	→ 38	D272	
D272	網膜対応検査(残像法、バゴリニ線條試験による)	38	→ 38	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	38	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	
D282-2	PL (Preferential Looking) 法	100	→ 100	D282-2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	—	→ 200	D282-3 1	
D282-3 1	ア 初回装用者の場合	387	→ —	— —	(削除)
D282-3 1	イ 既装用者の場合	112	→ —	— —	(削除)
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2		→ 56	D282-3 2	
D282-3 2	ア 初回装用者の場合	193	→ —	— —	(削除)
D282-3 2	イ 既装用者の場合	56	→ —	— —	(削除)
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	12	→ 72	D282-4	
(臨床心理・神経心理検査)					
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D283 2	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	
(負荷試験等)					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ ギナドトロピン(LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鉱質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	
D288 1	常用負荷試験 (血糖、尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	脾機能テスト(PFDテスト)	100	→ 100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2回法)	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ビリルビン負荷試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	馬尿酸合成試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	フィッシュバーグ	100	→ 100	D289 2	
D289 2	水利尿試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	アジスカウント (Addis尿沈渣定量検査)	100	→ 100	D289 2	
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	キシローゼ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ヨードカリ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 3	胆道機能テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 3	胃液分泌刺激テスト	700	→ 700	D289 3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D289 4	セクレチン試験	3,000	→ 3,000	D289 4	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100	→ 100	D290	
D290	ルビンテスト	100	→ 100	D290	
- -	尿失禁定量テスト(パッドテスト)	-	→ 100	D290-2	(新設)
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光貼布試験、最小紅斑量(MED)測定			D291	
D291 1	21箇所以内の場合(1箇所につき)	16	→ 16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合(一連につき)	350	→ 350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→ 1,000	D291-2	
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→ 575	D293 2	
D293 3	心機能検査(心拍出量測定を含む。)	990	→ 990	D293 3	
D293 4	肺局所機能検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
D293 4	脳局所血流検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
(内視鏡検査)					
D295	関節鏡検査(片側)	600	→ 600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	

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

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

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D402 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	140	→ 150	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	140	→ 150	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	140	→ 150	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	80	→ 130	D404 1	
D404 2	その他	90	→ 150	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
D405	関節穿刺(片側)	80	→ 100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	50	→ 60	D406	
D406	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	50	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	230	→ 240	D407	
D407 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	230	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	120	→ 200	D409	
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	120	→ 200	D410	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	130	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,450	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,200	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	300	→ 310	D414	
D415	経気管肺生検法	3,100	→ 3,300	D415	
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	6,700	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	4,100	→ 5,550	D416 2	
D416 注	6歳未満の乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。)	465	→ 500	D417 1	(新規)
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,160	→ 2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	620	→ 650	D417 3	
D417 3	ロ 前眼部、その他	310	→ 350	D417 3	
D417 4	耳	380	→ 400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	360	→ 400	D417 5	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	620	→ 650	D417 7	
D417 8	甲状腺	620	→ 650	D417 8	
D417 9	乳腺	620	→ 650	D417 9	
D417 10	直腸	620	→ 650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	360	→ 400	D417 11	
D417 12	末梢神経		→ 620	D417 12	
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	30	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	180	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	350	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	120	→ 180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	110	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	40	→ 50	D419 3	

別表2

第3部 検査（名称を変更する項目）

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

別表3

第3部 検査 (複数検査を1つの告示にする項目)

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

別表4

第3部 検査 (削除する項目)

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 4 部 画像診断 通則 (点数の見直し) (点数の見直し)	4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 1 として、区分番号E 0 0 1又はE 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り所定点数に 5 8 点を加算する。ただし、画像診断管理加算 2 を算定する場合はこの限りでない。 5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画	4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 1 として、区分番号E 0 0 1又は区分番号E 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り所定点数に 7 0 点を加算する。ただし、画像診断管理加算 2 を算定する場合はこの限りでない。 5 区分番号E 1 0 2及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関にお

	像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 2 として、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り所定点数に 8 7 点を加算する。		いて、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 2 として、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り所定点数に 1 8 0 点を加算する。
第 1 節 エックス線診断料			
(通則の見直し)	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 6 0 点 ロ 特殊撮影の場合 6 4 点 ハ 造影剤使用撮影の場合 7 2 点 ニ 乳房撮影の場合 6 0 点	→	4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前 3 号により算定した点数に、一連の撮影について 1 5 点を加算する。
(通則の追加)	(新設)	→	5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、第 1 号から第 3 号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、第 4 号に掲げる加算は算定しない。 イ 単純撮影の場合 6 0 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
(注の移動)	5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。	→	6 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
E003 造影剤注入手技			
(点数の見直し)	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	→	イ 3,600点 ロ
(点数の見直し)	4 静脈造影カテーテル法 1,180点	→	3,600点
第2節 核医学診断料			
(通則の見直し)	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	→	3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に

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

(名称の変更)	3 脳槽ＣＴ造影 2, 3 0 0 点 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。	→	2 脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。） 2, 3 0 0 点 注1 ＣＴ撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(削除)	注2 特殊ＣＴ撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	→	(削除)
(注の見直し)	注3 単純ＣＴ撮影、特殊ＣＴ撮影及び脳槽ＣＴ造影に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。	→	注2 ＣＴ撮影及び脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
(注の見直し)	注4 単純ＣＴ撮影又は特殊ＣＴ撮影について造影剤を使用した場合は、その使用した部位にかかわらず、所定点数に5 0 0 点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。	→	注3 ＣＴ撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に5 0 0 点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

(注の新設)	(新設)	→	注4 C T撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、冠動脈のC T撮影を行った場合は所定点数に600点を加算する。
(注の見直し)	注5 脳槽C T造影に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	→	注5 脳槽C T撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）			
(名称の変更)	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）	→	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）
(項目の見直し) (点数の見直し)	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	→	1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点 2 1以外の場合 1,080点

(削除)	2 特殊MR I 撮影（管腔描出を行った場合） 1, 5 3 0 点	→	(削除)
(注の見直し)	注 1 単純MR I 撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		注 1 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(削除)	注 2 特殊MR I 撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	→	(削除)
(注の見直し)	注 3 単純MR I 撮影又は特殊MR I 撮影に掲げる撮影のうち 2 以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。	→	注 2 1 及び 2 を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
(注の見直し)	注 4 単純MR I 撮影又は特殊MR I 撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に 2 5 0 点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。	→	注 3 MR I 撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に 2 5 0 点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算

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

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

(注の見直し)

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

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

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

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

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であ
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3 診療所又は許可病床数が200床未満の病
院である保険医療機関において、入院中の患
者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾
患を主病とするものに限る。）に対して処方
せんを交付した場合は、月2回に限り、処方
せんの交付1回につき15点を加算する。

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

2 1以外の場合 68点

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 6 部 注射 (通則の追加)	(新設)	6 区分番号G 0 0 2、G 0 0 3、G 0 0 3－3 又はG 0 0 4に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方社会保険事務局長に届け出た保険医 療機関において、入院中の患者以外の患者であ って、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、 治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等に ついて文書により説明を行った上で化学療法を 行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次 に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前 5 号に より算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算 1 5 0 0 点（1 5 歳未満の患者に対して行った場合は、7 0 0 点） ロ 外来化学療法加算 2 3 9 0 点（1 5 歳未満の患者に対して行った場合は、7 0 0 点）

第1節 注射料

(通則の追加)

(項目の新設)

G004 点滴注射（1日につき）

(注の削除)

(注の削除)

(新設)

(新設)

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

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

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

第1款 注射実施料

(削除)

(削除)

	届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪性腫瘍等の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）を加算する。	
G005 中心静脈注射（1日につき） （注の削除）	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。	（削除）
G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 （注の新設）	（新設）	注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。

G 0 0 6 埋込型カテーテルによる中
心静脈栄養（1日につき）

（注の削除）

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

（削除）

（項目の新設）

（新設）

第2款 無菌製剤処理料

G 0 2 0 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる
薬剤が注射される一部の患者）

50点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの）

40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性

			腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。
第2節 薬剤料			
G100 薬剤			
(点数の見直し)	注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が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つて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
(注の見直し)	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	→	注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事

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

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 7 部 リハビリテーション		
通則 (通則の削除)	4 の 2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分 1 つに限り算定できる。	→ (削除)
(通則の削除)	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。	→ (削除)

(通則の見直し)	6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。	→	5 区分番号 J 1 1 7 に掲げる鋼線等による直達牽引（2 日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、区分番号 J 1 1 8—2 に掲げる矯正固定、区分番号 J 1 1 8—3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9—2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9—3 に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号 J 1 1 9—4 に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。
第 1 節 リハビリテーション料 H 0 0 0 心大血管疾患リハビリテーション料			
(点数の見直し)	1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1 単位) 2 5 0 点 2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位) 1 0 0 点	→	2 0 0 点
(注の削除)	2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定	→	(削除)

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

(注の新設)

(新設)

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

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

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単

(点数の見直し)	位)	2 5 0 点	→	2 3 5 点
(点数の見直し)	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位)	1 0 0 点	→	1 9 0 点
(項目の見直し)	(新設)		→	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1 単位) 1 0 0 点
(注の削除)	2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から1 4 0 日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1 本文に規定する基準に係る区分に従って、1 単位につきそれぞれ2 1 0 点又は8 5 点を算定する。		→	(削除)
(注の新設)	(新設)		→	2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から3 0 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき3 0 点を所定点数に加算する。 3 注1 本文の規定にかかわらず、注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は

急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H002 運動器リハビリテーション料
(点数の見直し)

- 1 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)

180点

→

170点
- 2 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)

80点

(注の削除)

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

→

(削除)

(注の新設)

- (新設)

→

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

			つき 30 点を所定点数に加算する。
			3 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り算定できるものとする。
H003 呼吸器リハビリテーション料			
(点数の見直し)	1 呼吸器リハビリテーション料(I) (1 単位) 180 点	→	170 点
	2 呼吸器リハビリテーション料(II) (1 単位) 80 点		
(注の削除)	2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者が治療開始日から 80 日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注 1 本文に規定する基準に係る区分に従つて、1 単位につきそれぞれ 150 点又は 65 点を算定する。	→	(削除)

(注の新設)		(新設) 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。 3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。
H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 (点数の見直し)	480点	300点
(注の見直し)	注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーショ	注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、脳血管疾患等リハビリテーション料(III)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

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

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

H003-3 心大血管疾患リハビリ
テーション医学管理料
(削除)

- 1 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(I) 440点
- 2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(II) 260点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理

(削除)

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

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

H003-4 脳血管疾患等リハビリ

（削除）

テーション医学管理料
(削除)

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(I) 440点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(II) 260点

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

- 2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118―2に掲げる矯正固定、区分番号J118―3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119―2に掲げる腰部又は胸部固定帯

	固定、区分番号 J 1 1 9－3 に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号 J 1 1 9－4 に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。	
H 0 0 3－5 運動器リハビリテーション医学管理料 (削除)	1 運動器リハビリテーション医学管理料(I) 3 4 0 点 2 運動器リハビリテーション医学管理料(II) 2 2 0 点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月 1 回（1 月に 4 日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月 2 回）に限り算定する。	→ (削除)

	2 運動器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号 J 1 1 7 に掲げる鋼線等による直達牽引（2 日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、区分番号 J 1 1 8—2 に掲げる矯正固定、区分番号 J 1 1 8—3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9—2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9—3 に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号 J 1 1 9—4 に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、運動器リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。	
H 0 0 3—6 呼吸器リハビリテーション医学管理料 (削除)	1 呼吸器リハビリテーション医学管理料(I) 3 4 0 点 2 呼吸器リハビリテーション医学管理料(II) 2 2 0 点	→ (削除)

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

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

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）			
（点数の見直し）	1 6歳未満の患者の場合 190点	→	220点
（点数の見直し）	2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点	→	190点
（点数の見直し）	3 18歳以上の患者の場合 100点	→	150点
（注の見直し）	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	→	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。
（新設）	（新設）	→	H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点

			注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。
--	--	--	---

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

	イ 病院の場合	330点		イ 病院の場合	
				(1) 30分以上の場合	360点
				(2) 30分未満の場合	330点
	ロ 診療所の場合	360点		ロ 診療所の場合	
				(1) 30分以上の場合	360点
				(2) 30分未満の場合	350点
(注の見直し)	注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。		→	注2 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
(注の見直し)	注3 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。		→	注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。	
(新設)		(新設)	→	I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）	55点
				注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対	

I 0 1 1 精神科退院指導料

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

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

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

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

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

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

(注の新設)

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

(新設)

(注の見直し)

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

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

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

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

	区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護 ・指導料は算定しない。		
(注の見直し)	注4 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。	→	注5 注3に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。
(注の新設)	(新設)	→	注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC 0 0 5－1－2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 9 部 処 置		
第 1 節 処置料 区分		
(一般処置)		
J 0 0 0 創傷処置 (点数の見直し)	2 1 0 0 平方センチメートル以上 5 0 0 平方センチメートル未満 4 9 点 3 5 0 0 平方センチメートル以上 3, 0 0 0 平方センチメートル未満 7 5 点 4 3, 0 0 0 平方センチメートル以上 6, 0 0 0 平方センチメートル未満 1 4 0 点 5 6, 0 0 0 平方センチメートル以上 2 5 0 点	5 5 点 8 5 点 1 5 5 点 2 7 0 点
J 0 0 1 熱傷処置 (注の新設)	(新設)	注 3 1 については、第 1 度熱傷の場合は第 1 章基本診療料に含まれ算定できない。

J 0 0 1—5 老人処置（１日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

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

（名称の見直し）

J 0 0 1—5 後期高齢者処置（１日につき）

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

J 0 0 1—6 老人精神病棟等処置料（１日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

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

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

（１） １００平方センチメートル以上５００平方センチメートル未満

（名称の見直し）

J 0 0 1—6 後期高齢者精神病棟等処置料（１日につき）

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

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

（１） １００平方センチメートル以上５００平方センチメートル未満

	(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) 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
J 0 0 2 ドレーン法（ドレナージ） （1日につき） （点数の見直し）	1 持続的吸引を行うもの 2 その他のもの	45点 21点	50点 25点
J 0 0 5 脳室穿刺 （点数の見直し）		300点	500点
J 0 0 6 後頭下穿刺 （点数の見直し）		220点	300点

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺
(点数の見直し)

1 4 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 1 骨髓穿刺
(点数の見直し)

1 胸骨

8 0 点 → 1 3 0 点

2 その他

9 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 4 乳腺穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 5 甲状腺穿刺
(点数の見直し)

1 3 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 6 リンパ節等穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

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

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 1 9—2 胸腔内出血排除 (非開胸的) (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 2 0 胃持続ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

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

(注の新設)	(新設)	注 8 区分番号 J 0 3 8 - 2 に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて 1 月に 1 4 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。
J 0 3 8 - 2 持続緩徐式血液濾過 (1 日につき) (注の新設)	(新設)	注 3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。 注 4 区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて 1 月に 1 4 回に限り算定する。ただし、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓の注 8 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。
J 0 3 9 血漿交換療法 (1 日につき) (点数の見直し) (注の新設)	5, 0 0 0 点 (新設)	4, 2 0 0 点 注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。

J 0 4 0 局所灌流（１日につき）
（注の新設）

（新設）

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

J 0 4 1 吸着式血液浄化法（１日につき）
（注の新設）

（新設）

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

J 0 4 1－2 血球成分除去療法（１日につき）
（注の新設）

（新設）

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

（新設）

（新設）

J 0 4 3－4 胃瘻カテーテル交換法
2 0 0 点
注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

J 0 4 3—5 尿路ストーマカテーテル交換法
1 0 0 点
注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理、区分番号 J 0 4 3—3 に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。

(救急処置)

J 0 4 4 救命のための気管内挿管
(点数の見直し)

4 0 0 点 → 5 0 0 点

J 0 4 5 人工呼吸
(点数の見直し)

1 3 0 分までの場合

2 2 0 点 → 2 4 2 点

2 3 0 分を超えて5時間までの場合
2 2 0 点に3 0 分又はその端数を増すごとに
5 0 点を加算して得た点数

2 3 0 分を超えて5時間までの場合
2 4 2 点に3 0 分又はその端数を増すごとに
5 0 点を加算して得た点数

3 5 時間を超えた場合（1 日につき）

7 4 5 点 → 8 1 9 点

J 0 4 7 カウンターショック（１日につき） （点数の見直し）	3, 5 0 0 点	1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2, 5 0 0 点 2 その他の場合 3, 5 0 0 点
J 0 5 0 気管内洗浄 （名称の見直し）	（名称の見直し）	J 0 5 0 気管内洗浄（１日につき）
J 0 5 2—2 熱傷温浴療法（１日につき） （注の見直し）	1, 7 4 0 点 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に算定する。	注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後 6 0 日以内に限り算定する。
（皮膚科処置） J 0 5 3 皮膚科軟膏処置 （削除） （点数の見直し）	1 1 0 0 平方センチメートル未満 4 5 点 2 1 0 0 平方センチメートル以上 5 0 0 平方センチメートル未満 4 9 点 3 5 0 0 平方センチメートル以上 3, 0 0 0 平	（削除） 5 5 点

	方センチメートル未満		
	7 5 点	→	8 5 点
	4 3, 0 0 0 平方センチメートル以上 6, 0 0 0 平方センチメートル未満		
	1 4 0 点	→	1 5 5 点
(注の見直し)	5 6, 0 0 0 平方センチメートル以上		
	2 5 0 点	→	2 7 0 点
	注 1 1 については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。		注 1 1 0 0 平方センチメートル未満の場合は、第 1 章基本診療料に含まれ、算定できない。
J 0 5 4 皮膚科光線療法 (名称の変更) (項目の見直し)	(名称の変更)	→	J 0 5 4 皮膚科光線療法 (1 日につき)
	2 長波紫外線又は中波紫外線療法	→	2 長波紫外線又は中波紫外線療法 (概ね 2 9 0 ナノメートル以上～3 1 5 ナノメートル以下のもの)
	(新設)	→	3 中波紫外線療法 (3 0 8 ナノメートル以上～3 1 3 ナノメートル以下に限定したもの) 3 5 0 点
J 0 5 4—2 皮膚レーザー照射療法 (一連につき)			
(注の見直し)	注 照射面積が 1 0 平方センチメートルを超えた場合は、1 0 平方センチメートル又はその端数	→	注 照射面積が 1 0 平方センチメートルを超えた場合は、1 0 平方センチメートル又はその端数

		を増すごとに所定点数に500点を加算する。 ただし、所定点数の100分の400に相当する 点数を限度とする。		を増すごとに所定点数に500点を加算する。 ただし、8,500点の加算を限度とする。
J055 いぼ焼灼法 (点数の見直し)	1 3箇所以下	200点	→	220点
	2 4箇所以上	250点	→	270点
J055-2 イオントフォレーゼ (点数の見直し)		200点	→	220点
J055-3 臍肉芽腫切除術 (点数の見直し)		200点	→	220点
J056 いぼ冷凍凝固法 (点数の見直し)	1 3箇所以下	200点	→	220点
	2 4箇所以上	250点	→	270点

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

J 0 9 6 耳管処置（耳管通気法、鼓
膜マッサージ及び鼻内処置を含む。
）

（点数の見直し）

1 カテーテルによる耳管通気法（片側）

2 7 点

3 0 点

2 ポリツツェル球による耳管通気法

1 8 点

2 0 点

J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、
単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含
む。）

（名称の見直し）

（注の新設）

J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前
庭の処置を含む。）

注 3 鼻洗浄については、第 1 章基本診療料に含
まれ、別に算定できない。

J 1 0 2 上顎洞穿刺（片側）

（点数の見直し）

5 0 点

6 0 点

J 1 0 5 副鼻腔洗浄又は吸引（注入
を含む。）（片側）

（点数の見直し）

1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合

5 0 点

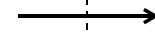
5 5 点

	2 1 以外の場合		
		2 0 点	2 5 点
J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの） （点数の見直し）		1 0 0 点	1 片側 2 両側
（整形外科的処置）			
J 1 1 6 関節穿刺（片側） （点数の見直し）		8 0 点	1 0 0 点
J 1 1 8 介達牽引（1 日につき） （削除）	注 2 同一の患者につき同一月において、介達牽引及び消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）について併せて 5 回以上行った場合は、5 回目以降については所定点数の 1 0 0 分の 5 0 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 1 8 0 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 1 0 0 分の 5 0 に相当する点数により算定する。		（削除）
			1 0 0 点 1 5 0 点

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

(名称の見直し)					
J 1 1 9—4 肛門処置 (名称の見直し)		(名称の見直し)	→	J 1 1 9—4 肛門処置 (1日につき)	
J 1 2 9 治療装具の採型ギプス (名称の見直し)	1 義肢装具採型法	→		1 義肢装具採型法 (1肢につき)	
	2 義肢装具採型法 (四肢切断の場合)	→		2 義肢装具採型法 (四肢切断の場合) (1肢につき)	
	4 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合)	→		4 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合) (1肢につき)	
J 1 2 9—2 練習用仮義足又は仮義手 (名称の見直し)	1 義肢装具採型法 (四肢切断の場合)	→		1 義肢装具採型法 (四肢切断の場合) (1肢につき)	
	2 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合)	→		2 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合) (1肢につき)	
J 1 2 9—3 義肢装具採寸法 (名称の見直し)			→	J 1 2 9—3 義肢装具採寸法 (1肢につき)	

J 1 2 9—4 治療装具採型法
(名称の見直し)



J 1 2 9—4 治療装具採型法 (1肢につき)

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 0 部 手術 通則 (通則の変更)	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。	4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(通則の変更)

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

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

(通則の変更)

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

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

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

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

	、K 7 7 5 並びに K 8 0 5 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。	、K 7 7 5、K 8 0 5 並びに K 9 1 3 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。
(通則の変更)	11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B 型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1 0 0 点を加算する。	11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B 型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号 L 0 0 4 に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1, 0 0 0 点を加算する。
第 1 節 手術料 第 1 款 皮膚・皮下組織 区分 (皮膚、皮下組織)		

K 0 0 6—2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部) (名称の見直し)	K 0 0 6—2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部)	→	K 0 0 6—2 鶏眼・胼胝切除術 (露出部で縫合を伴うもの)
K 0 0 6—3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外) (名称の見直し)	K 0 0 6—3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外)	→	K 0 0 6—3 鶏眼・胼胝切除術 (露出部以外で縫合を伴うもの)
K 0 0 6—4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の見直し) (項目の新設)	K 0 0 6—4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の新設)	→	K 0 0 6—4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)
	1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2, 0 5 0 点	→	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1, 2 8 0 点
	2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3, 2 3 0 点	→	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2, 0 5 0 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, 1 6 0 点	→	3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍 3, 2 3 0 点
		→	4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 1 6 0 点
K 0 0 7 皮膚悪性腫瘍切除術	1 広汎切除		

(点数の見直し)		1 6, 5 0 0 点	→	1 8, 0 0 0 点
	2 単純切除			
(点数の見直し)		9, 4 0 0 点	→	1 1, 0 0 0 点
(形成)				
K 0 1 3 全層、分層植皮術	K 0 1 3 全層、分層植皮術		→	K 0 1 3 分層植皮術
(項目の見直し)				
(点数の見直し)	1 2 5 平方センチメートル未満	5, 8 8 0 点	→	5, 0 0 0 点
	2 2 5 平方センチメートル以上 1 0 0 平方センチメートル未満	8, 0 0 0 点	→	6, 0 0 0 点
	3 1 0 0 平方センチメートル以上 2 0 0 平方センチメートル未満	1 4, 4 0 0 点	→	9, 0 0 0 点
	4 2 0 0 平方センチメートル以上	2 0, 6 0 0 点	→	1 3, 0 0 0 点
(項目の新設)	(新設)		→	K 0 1 3-2 全層植皮術
				1 2 5 平方センチメートル未満 1 0, 0 0 0 点
				2 2 5 平方センチメートル以上 1 0 0 平方センチメートル未満 1 2, 5 0 0 点
				3 1 0 0 平方センチメートル以上 2 0 0 平方センチメートル未満 2 0, 0 0 0 点
				4 2 0 0 平方センチメートル以上

			30,000点
			注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、 頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹 部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を 算定する。
K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管 柄付きのもの） （点数の見直し）	40,000点	→	43,000点
K020 自家遊離複合組織移植術 （顕微鏡下血管柄付きのもの） （点数の見直し）	46,200点	→	49,200点
（項目の新設）	（新設）	→	K047-3 超音波骨折治療法（一連につき） 5,000点 注 開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術 が行われた後に本区分が行われた場合に限り算 定する。
第2款 筋骨格系・四肢・体幹 （四肢骨）			

K 0 4 8 骨内異物（挿入物）除去術 （項目の見直し）	1 肩甲骨、上腕、大腿		1 頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿
（項目の新設）		（新設）	K 0 5 2—3 多発性骨腫摘出術 1 肩甲骨、上腕、大腿 1 0, 3 0 0 点 2 前腕、下腿 7, 2 1 0 点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 3, 3 4 0 点
K 0 5 9 骨移植術（軟骨移植術を含む。）	1 自家骨移植	9, 1 6 0 点	8, 3 0 0 点
（点数の見直し） （項目の見直し）	2 同種骨移植	7, 9 2 0 点	2 同種骨移植（生体） 9, 1 0 0 点
（項目の新設）		（新設）	3 同種骨移植（非生体） 9, 9 0 0 点
（注の新設）		（新設）	注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。

(四肢関節、靱帯) K 0 6 1 関節脱臼非観血的整復術 (点数の見直し) (脊柱、骨盤)	3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	6 0 0 点	8 0 0 点
K 1 3 1 椎弓切除術 (注の変更)	注 3 以上の椎弓について手術を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 6, 0 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 2 4, 2 0 0 点を限度とする。		注 2 椎弓以上について切除を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 6, 0 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 2 4, 2 0 0 点を限度とする。
K 1 3 1—2 内視鏡下椎弓切除術 (注の変更)	注 3 以上の椎弓について手術を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 6, 0 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 2 4, 2 0 0 点を限度とする。		注 2 椎弓以上について切除を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 6, 0 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 2 4, 2 0 0 点を限度とする。
K 1 3 2 椎弓形成手術 (注の変更)	注 3 以上の椎弓について手術を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 9, 5 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 3 8, 2 0 0 点を限度とする。		注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 9, 5 5 0 点を加算する。ただし、加算点数は 3 8, 2 0 0 点を限度とする。

(頭蓋、脳)	
K 1 4 9 減圧開頭術 (項目の見直し) (点数の見直し)	K 1 4 9 減圧開頭術 1 4, 2 0 0 点 1 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合 2 その他の場合 2 1, 3 0 0 点 1 4, 2 0 0 点
K 1 6 0—2 頭蓋内微小血管減圧術 (点数の見直し)	2 3, 0 0 0 点 2 5, 3 0 0 点
(項目の新設)	(新設) K 1 6 4—4 定位的脳内血腫除去術 1 2, 2 0 0 点
K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術 (点数の見直し)	5 0, 7 0 0 点 5 5, 8 0 0 点
K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング (点数の見直し) (点数の見直し)	1 1箇所 7 0, 5 0 0 点 7 2, 0 0 0 点 2 2箇所以上 8 4, 1 0 0 点 8 5, 6 0 0 点

K 1 8 0 頭蓋骨形成手術	1 頭蓋骨のみのもの	9, 7 3 0 点	
	2 硬膜形成を伴うもの	1 4, 0 0 0 点	
(項目の新設)		(新設)	3 骨移動を伴うもの
			2 1, 0 0 0 点
			注 3 については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。
(脊髄、末梢神経、交感神経)			
K 1 9 1 脊髄腫瘍摘出術	1 髄外のもの	3 3, 3 0 0 点	3 6, 7 0 0 点
(点数の見直し)			
第 4 款 眼			
(角膜、強膜)			
K 2 5 9 角膜移植術			
(点数の見直し)		3 0, 6 0 0 点	3 9, 8 0 0 点
(ぶどう膜)			
K 2 6 8 緑内障手術			

(項目の見直し)	2 流出路再建術、濾過手術	1 4, 2 0 0 点 (新設)	2 流出路再建術 3 濾過手術	1 4, 2 0 0 点 2 1, 0 0 0 点
第 5 款 耳鼻咽喉 (外耳)				
K 2 8 7 先天性耳瘻管摘出術 (点数の見直し)		2, 5 5 0 点	3, 0 0 0 点	
(副鼻腔)				
K 3 5 1 上顎洞血瘤腫手術 (点数の見直し)		7, 5 2 0 点	8, 0 0 0 点	
(咽頭、扁桃)				
K 3 6 9 咽頭異物摘出術 (点数の見直し)	2 複雑なもの	1, 3 6 0 点	2, 1 0 0 点	
K 3 7 0 アデノイド切除術 (点数の見直し)		1, 4 3 0 点	1, 6 0 0 点	
K 3 7 7 口蓋扁桃手術 (点数の見直し)	2 摘出	3, 3 0 0 点	3, 6 0 0 点	

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

(注の移動)	1 おとがい形成の場合	4, 9 9 0 点		
	2 短縮又は伸長の場合	1 3, 2 0 0 点		
	注 両側を同時に行った場合は、所定点数に 3, 0 0 0 点を加算する。		→	(注の削除)
(項目の新設)	3 再建の場合	1 8, 5 0 0 点		
		(新設)	→	4 骨移動を伴う場合
				2 7, 8 0 0 点
				注 1 2 については、両側を同時に行った場合は、所定点数に 3, 0 0 0 点を加算する。
				注 2 4 については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。
(唾液腺)				
K 4 5 5 顎下腺悪性腫瘍手術				
(点数の見直し)		1 7, 6 0 0 点	→	2 0, 0 0 0 点
(甲状腺、上皮小体)				
K 4 6 1 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術				

(点数の見直し)	1 片葉のみの場合	6, 3 2 0 点	→	7, 5 0 0 点
(点数の見直し)	2 両葉の場合	7, 7 1 0 点	→	9, 0 0 0 点
K 4 6 4 上皮小体腺腫過形成手術 1 上皮小体摘出術	K 4 6 4 上皮小体腺腫過形成手術 1 上皮小体摘出術	]	→	K 4 6 4 副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 1 副甲状腺（上皮小体）摘出術
2 上皮小体全摘術（一部筋肉移植） （名称の見直し） （甲状腺、上皮小体）	2 上皮小体全摘術（一部筋肉移植）			
K 4 6 5 上皮小体悪性腫瘍手術（広汎） （名称の見直し）	K 4 6 5 上皮小体悪性腫瘍手術（広汎）	→		K 4 6 5 副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
第7款 胸部 （乳腺）				
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術（内視鏡下によるものを含む。） （名称の見直し）	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術（内視鏡下によるものを含む。）	→		K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術				

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

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

		注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。
(項目の新設)	(新設)	K 5 1 4—6 生体部分肺移植術 6 6, 7 0 0 点 注 1 生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺 の摘出のために要した提供者の療養上の費用 として、この表に掲げる所定点数により算定 した点数を加算する。 2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、 所定点数に含まれる。
(食道)		
K 5 2 2 食道狭窄拡張術 (点数の見直し)	1 内視鏡によるもの	5, 5 7 0 点 → 6, 2 0 0 点
K 5 2 2—2 食道ステント留置術 (点数の見直し)		5, 5 7 0 点 → 6, 2 0 0 点
K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視 鏡的粘膜切除術 (項目の見直し)	K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切 除術 6, 8 0 0 点	K 5 2 6—2 内視鏡的食道粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

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

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

					14,000点
					注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。
(項目の新設)		(新設)	→	K599-4 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	
					3,200点
					注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。
(動脈)					
K609 動脈血栓内膜摘出術	2 内頸動脈				
(点数の見直し)		17,700点	→	19,500点	
(項目の新設)		(新設)	→	K609-2 経皮的頸動脈ステント留置術	
					22,100点
					注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
					2 内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。

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

(点数の見直し)

1 開腹して設置した場合

1 1, 8 0 0 点 → 1 3, 8 0 0 点

2 四肢に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 5 0 0 点 → 1 2, 5 0 0 点

3 頭頸部その他に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 8 0 0 点 → 1 2, 8 0 0 点

第9款 腹部

(腹壁、ヘルニア)

K 6 3 3 ヘルニア手術

(点数の見直し)

2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離
開

5, 9 7 0 点 → 6, 2 0 0 点

(点数の見直し)

5 鼠径ヘルニア

5, 5 3 0 点 → 6, 0 0 0 点

K 6 3 9 急性汎発性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

K 6 3 9—2 結核性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

(胃、十二指腸)

K 6 5 5 胃切除術	注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。	→	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。
K 6 5 5—2 腹腔鏡下胃切除術 (注の見直し)	注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。	→	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。
(項目の新設)	(新設)	→	K 6 5 5—4 噴門側胃切除術 1 単純切除術 3 0, 9 0 0 点 2 悪性腫瘍切除術 5 5, 1 0 0 点 注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。
K 6 5 7 胃全摘術 (注の見直し)	注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。	→	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0 0 0 点を加算する。
K 6 5 7—2 腹腔鏡下胃全摘術			

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

(名称の見直し)			
(脾)			
K 7 0 3 脾頭部腫瘍切除術 (点数の見直し)	3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	6 9, 5 0 0 点	7 2, 5 0 0 点
(点数の見直し)	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	7 2, 9 0 0 点	7 8, 9 0 0 点
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)			
K 7 1 8 虫垂切除術 (項目の見直し)	K 7 1 8 虫垂切除術	6, 2 1 0 点 (新設)	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 6, 2 1 0 点 2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 8, 8 8 0 点
K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術 (項目の見直し)	K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術	1 8, 0 0 0 点 (新設)	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 8, 2 1 0 点 2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 1 0, 8 8 0 点

K 7 1 9 結腸切除術 (点数の見直し)	1 小範囲切除 1 3, 7 0 0 点 2 結腸半側切除 1 9, 7 0 0 点	→	1 7, 9 0 0 点 2 5, 7 0 0 点
K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術 (項目の見直し)	K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術 3 5, 7 0 0 点 (新設)	→	1 小範囲切除、結腸半側切除 3 5, 7 0 0 点 2 全切除、亜全切除 4 1, 7 0 0 点
(直腸)			
K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術 (項目の見直し) (名称の変更) (新設)	K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術 4 2, 1 0 0 点 (新設) (新設)	→	K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 1 切除術 4 2, 1 0 0 点 2 低位前方切除術 5 3, 4 0 0 点 3 切断術 6 0, 0 0 0 点
(削除)	K 7 4 0—3 腹腔鏡下直腸低位前方切除術	→	(削除)

		5 3, 4 0 0 点	
(肛門、その周辺)			
K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） (項目の見直し)	(新設)	→ 5 P P H	6, 3 9 0 点
第 1 0 款 尿路系・副腎 (副腎)			
(項目の新設)	(新設)	→ K 7 5 4—3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術	3 6, 0 0 0 点
(項目の新設)	(新設)	→ K 7 6 9—3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術	3 3, 0 0 0 点
(項目の新設)	(新設)	→ K 7 7 2—3 腹腔鏡下小切開腎摘出術	3 7, 1 0 0 点
(項目の新設)	(新設)	→ K 7 7 3—3 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	4 7, 3 0 0 点

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

		を加算する。	
		2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
第11款 男子性器 (精嚢、前立腺)			
(項目の新設)	(新設)	→	K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法 (一連につき) 5,000点
(項目の新設)	(新設)	→	K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 50,300点
第12款 女子性器 (子宮附属器)			
K888 子宮附属器腫瘍摘出術(両側) (点数の見直し)	2 腹腔鏡によるもの	18,600点 →	19,600点
第13款 脳死臓器提供管理料	第13款 脳死臓器提供管理料	→	第13款 臓器提供管理料

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

K 9 3 6 自動縫合器加算

(注の変更)

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

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

K 9 3 6—2 自動吻合器加算

(注の変更)

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

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

(項目の新設)

(新設)

K 9 3 9 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの

2, 0 0 0 点

注 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注 区分番号K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
--

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

	2 1 以外の場合 6, 1 0 0 点	脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 2 4, 9 0 0 点 ロ イ以外の場合 1 8, 3 0 0 点 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K 5 5 2－2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものであって低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 1 6, 6 0 0 点 ロ イ以外の場合 1 2, 2 0 0 点 3 1 若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 1 2, 4 5 0 点 ロ イ以外の場合 9, 1 5 0 点
--	------------------------------------	--

(注の変更)

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

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

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

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9, 130点

ロ イ以外の場合 6, 710点

5 その他の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8, 300点

ロ イ以外の場合 6, 100点

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

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

イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

1, 800点

ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施

、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行う場合を除く。）の場合又は区分番号K 5 5 2—2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）の場合（低体温で行う場合を除く。）は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K 5 5 2—2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行う場合又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。

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

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

時間が2時間を超えた場合

1, 200点

ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

900点

ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

660点

ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

600点

注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 頸・胸部

750点

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

第2節 神経ブロック料

区分

L100 神経ブロック（局所麻酔剤
又はボツリヌス毒素使用）

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

1,500点

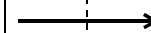
2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神
経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経
節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点

3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経
ブロック、ヒッチコック療法

570点

（項目の見直し）

（新設）



1

2

3

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

400点

5

4 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック
、顔面神経ブロック

340点

L 1 0 4 トリガーポイント注射 (点数の見直し)	5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック 1 7 0 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 9 0 点 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 1 0 2 に掲げる神経幹内注射で算定する。		6 7 注 8 0 点
	5 0 点		

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 1 2 部 放射線治療		
放射線治療料		
M 0 0 0 放射線治療管理料		
(名称の変更)	M 0 0 0 放射線治療管理料	M 0 0 0 放射線治療管理料（分布図の作成 1 回につき）
(新設)	(新設)	4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5, 0 0 0 点
(注の見直し)	注 1 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射又は組織内照射による治療を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。	注 1 線量分布図を作成し、区分番号 M 0 0 1 に掲げる体外照射、区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲げる外部照射、区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲げる腔内照射又は区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回に限り算定する。
(注の見直し)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

(注の新設)

(新設)

しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

M O O 1	体外照射
---------	------

(点数の見直し)

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

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

(項目の見直し)	3 組織内照射 ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7, 5 0 0 点	→ ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新 型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7, 5 0 0 点
----------	--	--

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

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

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

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

第1節 病理標本作製料

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

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

N 0 0 0 病理組織標本作製（1臓器につき）
8 8 0 点

N 0 0 1 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器

につき) 2, 0 0 0 点

N 0 0 2 免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製

1 エストロジェンレセプター 7 2 0 点

2 プロジェステロンレセプター 6 9 0 点

3 H E R 2 タンパク 6 9 0 点

4 その他 (1 臓器につき) 3 5 0 点

注 1 及び 2 の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、主たる病理組織標本作製の所定点数に 1 8 0 点を加算する。

N 0 0 3 術中迅速病理組織標本作製 (1 手術につき) 1, 9 9 0 点

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

N 0 0 4 細胞診 (1 部位につき)

組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

N 0 0 7 病理判断料 1 4 6 点

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

2 区分番号N 0 0 6に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第 3 章 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料		
(通則の見直し)	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。	介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前 2 章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。
第 1 部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項 (名称の変更)	併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項	併設保険医療機関の療養に関する事項
(新設)	(新設)	1 緊急時施設治療管理料 5 0 0 点 注 平成 1 8 年 7 月 1 日から平成 2 4 年 3 月 3 1 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 1

1 年厚生省令第 4 0 号) 附則第 1 3 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1 日に 1 回、1 月に 4 回に限り算定する。

3 その他の診療料

(通則の見直し)

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

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

(項目の見直し)

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

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

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

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

項 目	改 正 案												
第 4 章 経過措置	第 1 章の規定にかかわらず、次の表の第 1 欄に掲げる診療料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち同表の第 2 欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第 3 欄に掲げる患者について、同表の第 4 欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。 <table><tr><th>第 1 欄</th><th>第 2 欄</th><th>第 3 欄</th><th>第 4 欄</th></tr><tr><td>区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算</td><td>保険医療機関</td><td>第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者</td><td>平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間</td></tr><tr><td>区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料</td><td>医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関</td><td>第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者</td><td>当分の間</td></tr></table>	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算	保険医療機関	第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者	平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間	区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料	医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	当分の間
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄										
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算	保険医療機関	第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者	平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間										
区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料	医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	当分の間										

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 基本診療料		
第 1 部 初・再診料		
通則		
(通則の見直し)	1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び老人保健法第 1 7 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料は、1 回として算定する。	1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び高齢者医療確保法第 6 4 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料又は再診料は、1 回として算定する。
第 1 節 初診料		
A 0 0 0 初診料		
(点数の見直し)	1 歯科初診料 1 8 0 点	1 8 2 点

(注の新設)		(新設)	10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。
第2節 再診料			
A002 再診料			
(点数の見直し)	1 歯科再診料	38点	40点
第2部 入院料等			
通則			
(通則の見直し)	1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特		1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合におい

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

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

(新設)		(新設)	→	A 2 0 8 - 2	難病等特別入院診療加算
(新設)		(新設)	→	A 2 0 8 - 3	超重症児（者）入院診療加算・準 超重症児（者）入院診療加算
(削除)	A 2 1 1	夜間勤務等看護加算	→	(削除)	
(新設)		(新設)	→	A 2 1 6 - 2	二類感染症患者療養環境特別加算
(新設)		(新設)	→	A 2 2 1 - 2	緩和ケア診療加算
(新設)		(新設)	→	A 2 2 7	退院調整加算

(新設)	(新設)	A 2 3 9	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
(新設)	(新設)	A 2 4 0	後期高齢者総合評価加算
(新設)	(新設)	A 2 4 1	後期高齢者退院調整加算
(新設)	(新設)	A 2 5 0	地域歯科診療支援病院入院加算
3 0 0 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届けた保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基			

第4節 短期滞在手術基本料 A400 短期滞在手術基本料 (注の見直し)	注1 医科点数表の短期滞在手術基本料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、医科点数表の短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の短期滞在手術基本料の例により算定する。	本料を含む。)を現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。 注1 医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関又は同表の短期滞在手術基本料の注2に規定する保険医療機関において、医科点数表の短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。
---	---	--

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

- 3 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であ
って、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯
冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な
指導管理が必要な者（以下この表において
「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主
治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生
士がフッ化物局所応用による指導管理（フッ
化物洗口に係るものを除く。）を行った場合
は所定点数に80点を加算する。ただし、区
分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料
を算定している患者については当該加算を算
定しない。
- 4 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等
に対して、主治の歯科医師又はその指示に基
づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液
の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場
合は、継続的な歯科口腔衛生指導の実施期間
中に患者1人につき1回に限り所定点数に4
0点を加算する。ただし、区分番号C001
に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している
患者については当該加算を算定しない。
- 5 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総
合指導料、区分番号B001に掲げる歯周疾
患指導管理料、区分番号B002に掲げる歯
科特定疾患療養管理料、区分番号B004-
8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C

(削除)

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

B000-3 歯科疾患総合指導料

1 歯科疾患総合指導料1 130点

2 歯科疾患総合指導料2 110点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関において、区分番号A
000に掲げる初診料を算定した時に、当該
保険医療機関において継続的な管理を希望す
ること等について患者の同意を得て、病名、
症状、治療内容及び治療期間等に関する一連
の治療計画を策定し、口腔内写真等を用いて
、患者に治療計画に基づき総合的な指導を行
った上で、当該指導内容に係る情報を文書に
より提供した場合に1回に限り算定する。

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

(削除)

(新設)

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

(新設)

B000－4 歯科疾患管理料

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 1回目 | 130点 |
| 2 | 2回目以降 | 110点 |

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

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

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

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

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

に掲げる初診料は算定できない。

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

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

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

(削除)

B 0 0 1 歯周疾患指導管理料 1 0 0 点

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

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

ッ化物洗口に係るものを除く。)を行った場合は所定点数に 8 0 点を加算する。ただし、区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

8 4 歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者 1 人につき 1 回に限り所定点数に 4 0 点を加算する。ただし、区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

(削除)

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

3 区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

4 同一の患者につき同一月に歯周疾患指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、第1回目の指導を行ったときに算定する。

5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については当該加算を算定しない。

6 注5に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注4又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り

	算定する。 7 区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4－8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者に対して行った歯周疾患指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。	
B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料		
(注の見直し)	注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った上で、説明した治療計画及び指導内容を文書により提供した場合に、月2回に限り算定する。	注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。
(注の見直し)	4 区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4－8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。	4 区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

	れるものとする。		
(新設)		(新設)	B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料 1 0 0 点 注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料			
(注の見直し)	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I 0 0 9、区分番号I 0 0 9 - 2及び区		注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I 0 0 9、区分番号I 0 0 9 - 2及び区

	分番号 I 0 1 0 に掲げるものを除く。)、第 9 部手術又は第 1 2 部歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号 M 0 0 1 から区分番号 M 0 0 2 に掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った上で、当該医療管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。	分番号 I 0 1 0 に掲げるものを除く。)、第 9 部手術又は第 1 2 部歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号 M 0 0 1 から区分番号 M 0 0 2 までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
(削除)	B 0 0 4 - 7 新製義歯指導料 1 0 0 点 注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後 1 月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、区分番号 M 0 3 5 に掲げる新製義歯調整料の算定に併せて患者に対し新製した義歯の取扱い、保存、清掃等につき必要な指導を行った上で、当該指導の内容に係る情報を文書により提供した場合に、1 回に限り算定する。	(削除)
(削除)	B 0 0 4 - 8 歯科疾患継続指導料 1 2 0 点 注 1 区分番号 B 0 0 0 - 3 に掲げる歯科疾患総合指導料の注 1 に規定する治療計画に基づく	(削除)

治療が終了し、区分番号D 0 0 2－4に掲げる歯科疾患継続管理診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、患者の同意を得て、再診時に指導管理を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。ただし、歯科疾患継続指導料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して6月を経過した場合は、算定できない。

2 歯科疾患継続指導料の算定期間中においては、区分番号B 0 0 1－2に掲げる歯科衛生実地指導料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査の1の歯周基本検査、区分番号I 0 0 3に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療の1のスクレーリング及び区分番号M 0 3 6に掲げる有床義歯調整料に係る費用を除き、第2章の特掲診療料に係る費用は当該所定点数に含まれるものとする。

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

4 注3に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合

		指導料の注4又は区分番号B001に掲げる 歯周疾患指導管理料の注5に規定する機械的 歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月 を経過した日以降に実施した場合に限り算定 する。	
B007 退院前訪問指導料			
(注の見直し)	注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者 の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又 はその家族等に対して、退院後の療養上の指 導を行った場合に、当該入院中1回（入院後 早期に退院前訪問指導の必要があると認めら れる場合は、2回）に限り算定する。	→	注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者 の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又 はその家族等に対して、退院後の在宅での療 養上の指導を行った場合に、当該入院中1回 （入院後早期に退院前訪問指導の必要がある と認められる場合は、2回）に限り算定す る。
B008 薬剤管理指導料			
(項目の見直し)	350点	→	1 救命救急入院料等を算定している患者に対し て行う場合 430点 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射 されている患者に対して行う場合（1に該当す る場合を除く。） 380点 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合

(注の見直し)

注1 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものに入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

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

(注の見直し)

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

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

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

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

	剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。		した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。
(新設)		(新設)	B011-4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点 注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。
(新設)		(新設)	B013 義歯管理料（1口腔につき） 1 新製有床義歯管理料 100点 2 有床義歯管理料 70点 3 有床義歯長期管理料 60点 注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を

(新設)

(新設)

→ B 0 1 4 退院時共同指導料 1

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

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

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

4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に 4 0 点を加算する。

(新設)

(新設)

1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等（社会福祉施設等を含む。）における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう（以下この表において同じ。）。）の場合

600点

2 1以外の場合

300点

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

B015 退院時共同指導料2

300点

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

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

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

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

4 区分番号B006に掲げる開放型病院共同

指導料Ⅲは、別に算定できない。

(新設)

(新設)

B 0 1 6 後期高齢者終末期相談支援料

2 0 0 点

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

(新設)

(新設)

B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料 3 0 5 点

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

(新設)		に限り算定する。 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器、材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 (新設) → B 0 1 8 医療機器安全管理料（一連につき） 1, 0 0 0 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届けた保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。
------	--	--

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

	に対し、個別の患者ごとに、当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療については、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。 イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療	に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。 イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療
(注の新設)	(新設)	4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。
(注の削除)	6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、	(削除)

	看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。							
（注の新設）	（新設）	9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。ただし、区分番号I081に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。 <table> <tr> <td>イ</td> <td>1回目</td> <td>232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td>90点</td> </tr> </table>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点
イ	1回目	232点						
ロ	2回目以降	90点						
C001 訪問歯科衛生指導料								
（注の見直し）	注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口	注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合						

	腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者１人につき、月４回（同一月内に１及び２を行った場合は併せて月４回）に限り算定する。		は、患者１人につき、月４回（同一月内に１及び２を行った場合は併せて月４回）に限り算定する。
（注の見直し）	２ 「複雑なもの」は、患者と１対１で２０分以上行った場合に算定し、「簡単なもの」は、１人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該訪問衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により情報提供を行った場合に限り算定する。	→	２ １については、患者と１対１で２０分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、２については、１人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。
（新設）		（新設） →	C 0 0 1－２ 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 1 8 0 点 注１ 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾

C 0 0 2 救急搬送診療料

(点数の見直し)

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

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

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

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

6 5 0 点 → 1, 3 0 0 点

(項目の見直し)	550点	1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 550点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点
(注の見直し)	注1 居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。	注1 1については、在宅において療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。
(注の見直し)	2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。	2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

(削除)

C 0 0 6 老人訪問口腔指導管理料 4 3 0 点

(削除)

注 1 区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定した保険医療機関において、居宅又は介護保険施設（介護保険法第 8 条第 2 2 項に規定する介護保険施設をいう。）等において療養を行っている通院が困難な患者に対して、訪問して、老人保健法に規定する医療として計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその患者の家族等に対して療養上必要な指導を行った際に、行おうとする歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、必要となる保健福祉サービスその他療養上必要な事項に関する情報を文書により提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、初診料に含まれるものとする。

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

い。

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

(新設)

(新設)

C 0 0 7 在宅患者連携指導料 9 0 0 点

注1 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が2 0 0床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定できる。

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

(新設)

(新設)

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

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

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料
200点

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

--	--	--	--	--

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

	から起算して1年を経過するまでは再度算定 できない。		
(削除)	D 0 0 5 下顎運動路描記法 (MMG)	3 0 0 点	(削除)
(削除)	D 0 0 6 チェックバイト検査	4 0 0 点	(削除)
(削除)	D 0 0 7 ゴシックアーチ描記法	5 0 0 点	(削除)
(削除)	D 0 0 8 パントグラフ描記法	6 0 0 点	(削除)
(新設)		(新設)	D 0 0 9 顎運動関連検査 (1装置につき1回) 3 8 0 点 注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法 (MMG)、 ゴシックアーチ描記法若しくはパントグ

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 4 部 画像診断		
通則	4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前 3 号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。	
(点数の見直し)	イ 歯科エックス線撮影の場合（1 回につき） 1 0 点 ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 9 5 点 ハ その他の場合 6 0 点	5 点 5 0 点 3 0 点
(通則の新設)	(新設)	5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第 1 号から第 3 号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルム費用は算定しない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。

(通則の見直し)

5 区分番号E 0 0 0 (1のイに係るものを除く。)及びE 2 0 0に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

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

6 区分番号E 0 0 0 (1のイに係るものを除く。)及び区分番号E 2 0 0に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

(通則の見直し)

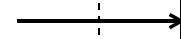
6 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E 0 0 0 (1のイに係るものを除く。)又はE 2 0 0に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を

7 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E 0 0 0 (1のイに係るものを除く。)又は区分番号E 2 0 0に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、そ

	送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月 1 回に限り所定点数に 5 8 点を加算する。		の結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月 1 回に限り所定点数に 7 0 点を加算する。
第 1 節 診断料			
E 0 0 0 写真診断			
(注の削除)	注 1 1 の歯科エックス線撮影について、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に 1 0 点を加算する。	→	(削除)
(注の見直し)	2 1 の歯科エックス線撮影について、一連の症状を確認するため、同一部位に対し単純撮影を行った場合における第 2 枚目以後の撮影に係るイ(2)の所定点数及び注 1 に規定する加算については、それぞれの所定点数の 1 0 0 分の 5 0 に相当する点数により算定する。	→	注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における 2 枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の 1 0 0 分の 5 0 に相当する点数により算定する。
第 2 節 撮影料			
E 1 0 0 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織			

(注の新設)

(新設)



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

(注の見直し)

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

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

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

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

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

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

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

(項目の見直し)

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

- 2 1以外の場合 68点

(注の見直し)

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

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 6 部 注射 通則 (通則の新設)	(新設)	6 区分番号 G 0 0 2、G 0 0 3 又は G 0 0 4 に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入又は点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前各号により算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算 1 5 0 0 点（1 5 歳未満の患者に対して行った場合は、7 0 0 点） ロ 外来化学療法加算 2 3 9 0 点（1 5 歳未満の患者に対して行った場合は、7 0 0 点）

第1節 注射料

(通則の新設)

(新設)

通則

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

(新設)

(新設)

第1款 注射実施料

G004 点滴注射 (1日につき)

(注の削除)

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

(削除)

(注の削除)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)を加算する。

(削除)

G005 中心静脈注射(1日につき)

(注の削除)

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

(削除)

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

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

第2節 薬剤料

G100 薬剤

(注の見直し)

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

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

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

(注の見直し)

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

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

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 7 部 リハビリテーション 第 1 節 リハビリテーション料 H 0 0 0 脳血管疾患等リハビリテーション料 (項目の見直し)	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1 単位) 2 5 0 点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位) 1 0 0 点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1 単位) 2 3 5 点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位) 1 9 0 点 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1 単位) 1 0 0 点
(注の見直し)	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た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	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術

	又は急性増悪から１８０日以内に限り１日６単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、１８０日を超えて１日６単位を限度として所定点数を算定することができる。		又は急性増悪から１８０日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、１８０日を超えて所定点数を算定することができる。
(注の見直し)	２ 注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から１４０日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注１本文に規定する基準に係る区分に従って、１単位につきそれぞれ２１０点又は８５点を算定する。	→	２ 注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から３０日に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき３０点を所定点数に加算する。
(注の新設)		(新設) →	３ 注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、それぞれ発症、手術又は急性増悪から１８０日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月１３単位に限り算定する。

(削除)

H000-2 脳血管疾患等リハビリテーション
医学管理料

1 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(Ⅰ) 440点

2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(Ⅱ) 260点

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

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

(削除)

H002 障害児（者）リハビリテー
ション料（1単位）

(点数の見直し)

- | | | |
|---|-----------------|------|
| 1 | 6歳未満の患者の場合 | 190点 |
| 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 |

- | |
|------|
| 220点 |
| 190点 |
| 150点 |

(注の見直し)

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

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

(新設)

(新設)

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）
50点

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

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

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

(点数の見直し)	108点	120点
I005 抜髄 (1歯につき)		
(注の新設)	(新設)	注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯
(注の見直し)	注1 区分番号I001の1に掲げる直接歯髄覆	2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆
I008 根管充填 (1歯につき)		
(注の見直し)	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2

	ない。		い。
I 0 0 9 - 2 創傷処置			
(点数の見直し)	2 1 0 0 平方センチメートル以上 5 0 0 平方センチメートル未満 4 9 点 3 5 0 0 平方センチメートル以上 7 5 点	→	5 5 点 8 5 点
I 0 1 1 歯周基本治療			
(注の削除)	1 スケーリング (3 分の 1 顎につき) 6 4 点 注 同時に 3 分の 1 顎を超えて行った場合は、3 分の 1 顎を増すごとに、所定点数に 4 2 点を加算する。	→	(全体の注へ)
(点数の見直し)	2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき) イ 前歯 6 0 点 ロ 小臼歯 6 4 点 ハ 大臼歯 7 0 点	→	5 8 点 6 2 点 6 8 点
	3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)		

(点数の見直し)	イ 前歯 ロ 小白歯 ハ 大白歯	60点 64点 70点	→	58点 62点 68点
(注の新設)		(新設)	→	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。
(注の見直し)	注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。		→	2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1については、注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。
(注の新設)		(新設)	→	3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降は、算定できない。
(新設)		(新設)	→	I011-2 歯周病安定期治療(1口腔につき)

0 分の 3 0 に相当する点数により算定する。

I 0 1 7 - 2 床副子調整（1 口腔につき）

（注の削除）

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 1 2 0 点

注 新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注 1 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。

I 0 2 1 根管内異物除去（1 歯につき）

（点数の見直し）

1 4 0 点

1 5 0 点

I 0 2 7 人工呼吸

(点数の見直し)

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 30分までの場合 | 220点 |
| 2 | 30分を超えて5時間までの場合 | |
| | 220点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 | |
| 3 | 5時間を超えた場合(1日につき) | |
| | | 745点 |

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 30分までの場合 | 242点 |
| 2 | 30分を超えて5時間までの場合 | |
| | 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 | |
| 3 | 5時間を超えた場合(1日につき) | |
| | | 819点 |

第2節 処置医療機器等加算

(削除)

- | | | |
|---------|------------------------|-----|
| I 0 8 0 | ラバー加算 | 10点 |
| 注 | ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。 | |

(削除)

I 0 8 1 周辺装置加算

(注の見直し)

- | | |
|---|--|
| 注 | 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損 |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| 注 | 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術 |
|---|--|

	補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。		、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。
--	---	--	--

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 9 部 手術 通則 (通則の見直し) (通則の見直し)	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8 の 2、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4，0 0 0 点を、両側の場合は 6，0 0 0 点を加算する。 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MR S A）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B 型肝炎感染患者（H B s 又は H B e 抗原陽性の者に限る。）若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4，0 0 0 点を、両側の場合は 6，0 0 0 点を加算する。 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MR S A）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B 型肝炎感染患者（H B s 又は H B e 抗原陽性の者に限る。）若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区

	定点数に 1 0 0 点を加算する。		分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号 L 0 0 4 に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1, 0 0 0 点を加算する。
第 1 節 手術料			
J 0 0 0 抜歯手術（1 歯につき）			
（点数の見直し）	1 乳歯	1 2 0 点	1 3 0 点
（点数の見直し）	4 難抜歯	4 6 0 点	4 7 0 点
（注の削除）	注 歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。		（全体の注へ）
（点数の見直し）	5 埋伏歯	1, 0 0 0 点	1, 0 5 0 点
（注の削除）	注 1 完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。		（全体の注へ）

	2 下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。		
(注の新設)	(新設)	注1 4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。 2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。 3 5については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。	
J 0 0 1 ヘミセクション（分割抜歯）			
(点数の見直し)	460点	→	470点
J 0 0 3 歯根嚢胞摘出手術			
(点数の見直し)	1 歯冠大のもの 770点 2 拇指頭大のもの 1,300点	→	800点 1,350点

J 0 0 4 歯根端切除手術（1 歯につき）			
（点数の見直し）		1, 3 0 0 点	1, 3 5 0 点
（削除）	J 0 0 5 歯肉息肉除去手術 注 区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄又は区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置と併せて行った 場合に限り算定する。	5 4 点	（削除）
J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術			
（点数の見直し）		1 7, 6 0 0 点	2 0, 0 0 0 点
J 0 6 3 歯周外科手術（3 分の 1 顎につき）		（項目の見直し）	J 0 6 3 歯周外科手術（1 歯につき）
（点数の見直し）	1 歯周ポケット搔爬術 2 新付着手術 3 歯肉切除手術	2 0 0 点 3 0 0 点 4 0 0 点	7 5 点 1 5 0 点 3 0 0 点

(注の削除)

(項目の新設)

(注の見直し)

4 歯肉剥離掻爬手術

1, 0 0 0 点

6 0 0 点

注 歯肉剥離掻爬手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に 1 1 0 点を加算する。

(削除)

(新設)

5 歯周組織再生誘導手術

イ 1 次手術 (吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの)

6 3 0 点

ロ 2 次手術 (非吸収性膜の除去)

3 0 0 点

注 1 同時に 3 分の 1 顎を超えて行った場合は、3 分の 1 顎を増すごとに、所定点数の 1 0 0 分の 3 0 に相当する点数を加算する。

2 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用を含むものとする。

注 1 4 については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に 1 1 0 点を加算する。

2 5 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。

3 区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数 (注 1 の加算を含む。) の 1 0 0 分の 3 0 に相当する点数により算定する。

				4 暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。
J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）				
	1 自家骨移植			
（点数の見直し）	ロ 困難なもの	9, 1 6 0 点	ロ 困難なもの	8, 3 0 0 点
（項目の見直し）	2 同種骨移植	7, 9 2 0 点	2 同種骨移植（生体） 3 同種骨移植（非生体）	9, 1 0 0 点 9, 9 0 0 点
（注の新設）		（新設）	注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術				
（注の見直し）	注 口腔内から組織採取を行った場合を除く。		注 2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。	
J 0 7 5 下顎骨形成術				

	2 短縮又は伸長の場合	13,200点	
(注の削除)	注 両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。		(全体の注へ)
(注の新設)		(新設)	注 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。
J089 全層、分層植皮術		(項目の見直し)	J089 分層植皮術
(点数の見直し)	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		5,000点 6,000点 9,000点 13,000点
(新設)		(新設)	J089-2 全層植皮術 1 25平方センチメートル未満

		10,000点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点 4 200平方センチメートル以上 30,000点 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。
J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）		
（点数の見直し）	40,000点	43,000点
J096 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）		
（点数の見直し）	46,200点	49,200点

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術	(項目の見直し)	J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)
(新設)	(新設)	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1, 280点
(項目の見直し)	1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2, 050点 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3, 230点 3 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2, 050点 3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍 3, 230点 4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点
第3節 手術医療機器等加算		
J 2 0 0 - 3 周辺装置加算		
(注の見直し)	注 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺	注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して

	装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。	必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。
(新設)	(新設)	J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2, 0 0 0 点 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2, 0 0 0 点 注1 1については、区分番号 J 0 8 6、J 0 8 7 及び J 0 8 7 - 2 に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 2については、区分番号 J 0 1 9 - 2、J 0 3 8 から J 0 4 0 まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 9、J 0 7 0 - 2、J 0 7 5 及び J 0 7 6 に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 0 部 麻 酔 第 1 節 麻酔料 (新設)	(新設)	K 0 0 3 静脈内鎮静法 1 2 0 点 注 区分番号 K 0 0 2 に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 1 部 放射線治療		
放射線治療料		
L 0 0 0 放射線治療管理料	(項目の見直し)	L 0 0 0 放射線治療管理料 (分布図の作成 1 回につき)
(項目の新設)	(新設)	4 強度変調放射線治療 (IMRT) による体外照射を行った場合 5, 0 0 0 点
(注の見直し)	注 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射又は組織内照射による治療を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。	注 1 線量分布図を作成し、医科点数表の区分番号 M 0 0 1 に掲げる体外照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲げる外部照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲げる腔内照射又は医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回に限り算定する。

(注の新設)

(新設)

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。
- 3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

L 0 0 1 体外照射

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

(点数の見直し)

イ 1回目

700点

500点

ロ 2回目

210点

150点

3 高エネルギー放射線治療

(注の削除)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

(全体の注へ)

(項目の新設)

(新設)

4 強度変調放射線治療 (IMRT)

イ 1回目

3,000点

ロ 2回目

1,000点

(注の新設)

(新設)

注1 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会

保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき）

（項目の見直し）

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

3, 0 0 0 点

ロ その他の場合

1, 5 0 0 点

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

3, 0 0 0 点

ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

1, 0 0 0 点

ハ その他の場合

1, 5 0 0 点

3 組織内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7, 5 0 0 点

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

7, 5 0 0 点

（項目の見直し）

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章第 1 2 部 歯冠修復及び欠損補綴 通則 (通則の見直し) (通則の見直し)	6 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M 0 2 9及びM 0 3 6に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M 0 1 0、M 0 1 1、M 0 1 4、M 0 1 5及びM 0 1 7からM 0 2 6までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の1 0 0分の5 0に相当する点数を加算する。 7 区分番号M 0 0 0－2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行	6 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M 0 2 9に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M 0 1 0、M 0 1 1、M 0 1 4、M 0 1 5及びM 0 1 7からM 0 2 6までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の1 0 0分の5 0に相当する点数を加算する。 7 区分番号M 0 0 0－2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行

	った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物 を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損 補綴の費用は、所定点数の100分の70に相 当する点数により算定する。		った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッ ジを含む。以下この表において同じ。）を製作 し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯 冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の10 0分の70に相当する点数により算定する。
（通則の新設）		（新設）	8 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の 診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、 特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ 、別に算定できない。
第1節 歯冠修復及び欠損補綴料 M000 補綴時診断料（1口腔につ き）			
（注の見直し）	注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等を 記載した治療計画書を作成し、患者に対し、 その内容について説明を行った上で、文書によ り情報提供を行った場合に算定する。		注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等につ いて、患者に対し、説明を行った場合に算 定する。

(注の見直し)	2 同一患者につき補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合においては、第1回目の診断を行ったときに算定する。	2 同一患者につき、補綴時診断料を算定している診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。
M001 歯冠形成（1歯につき）		
(注の削除)	1 生活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 300点 注 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に490点を加算する。	(全体の注へ)
(注の削除)	2 失活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 160点 注1 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。 2 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。 ロ ジャケット冠 160点	(全体の注へ)

(注の削除)	注 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。	→ (全体の注へ)						
	3 窩洞形成							
(点数の見直し)	イ 単純なもの ロ 複雑なもの	<table> <tr> <td>4 4点</td><td>→</td><td>5 4点</td></tr> <tr> <td>6 8点</td><td></td><td>8 0点</td></tr> </table>	4 4点	→	5 4点	6 8点		8 0点
4 4点	→	5 4点						
6 8点		8 0点						
(注の新設)	(新設)	注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。 2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。 3 2のイについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。 4 2のロについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。 5 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関におい						

M001-2 齲蝕歯即時充填形成 (1 歯につき) (注の新設)		て、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。
M002 支台築造 (1 歯につき) (点数の見直し) (点数の見直し)	1 メタルコア イ 大白歯 ロ 小白歯及び前歯 2 その他	(新設) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齲蝕歯即時充填形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。 170点 → 176点 144点 → 150点 120点 → 126点

(注の見直し)	注1 窩洞形成、印象採得、装着等の費用を含むものとする。	注1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(新設)	(新設)	M002-2 支台築造印象（1歯につき） 20点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
(新設)	(新設)	M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき） 30点 注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鋳造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。 2 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M005 装着	2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ	

(注の削除)

- (1) ワンピースキャストブリッジ
(-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 150点

注 仮着を行った場合は、40点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 300点

注 仮着を行った場合は、80点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (2) その他のブリッジ 70点

注 支台装置ごとの装着に係る費用を含むものとする。

(全体の注へ)

(注の新設)

(新設)

- 注 1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。
2 2のイの(1)の(□)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。
3 2のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M009 充填（1歯につき）

（点数の見直し）

- 1 単純なもの
- 2 複雑なもの

52点
100点

100点
148点

（注の見直し）

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に1歯につき43点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M010 鑄造歯冠修復（1個につき）

（注の削除）

- 3 5分の4冠（小臼歯）

310点

注 大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 3については、大臼歯の生活歯をブリッジ

の支台に用いる場合であっても算定できる。

M011 前装鑄造冠（1歯につき）

（点数の見直し）

1, 200点 → 1, 174点

M017 ポンティック（ダミー）
（1歯につき）

（注の見直し）

注 前装鑄造ポンティック（ダミー）については、所定点数に772点を加算する。 → 注1 前装鑄造ポンティック（ダミー）については、所定点数に746点を加算する。

（注の新設）

（新設） → 2 金属裏装ポンティック（ダミー）については、所定点数に320点を加算する。

M018 有床義歯

（点数の見直し）

1 局部義歯（1床につき）

イ 1歯から4歯まで 525点 → 540点
ロ 5歯から8歯まで 650点 → 665点

M020 鑄造鉤（１個につき） （点数の見直し）	1 双歯鉤 2 両翼鉤	220点 205点	224点 208点
M021 線鉤（１個につき） （点数の見直し）	1 双歯鉤 2 両翼鉤（レストつき） 3 レストのないもの	195点 135点 115点	200点 140点 120点
（削除）	M028 充填物の研磨（１歯につき） 注 保険医療材料料を含むものとする。	14点	（削除）
（削除）	M035 新製義歯調整料（１口腔につき） 注1 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後１月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に１回に限り算定する。 2 区分番号M036に掲げる有床義歯調整料	120点	（削除）

	は同一月において算定できない。	
(削除)	M036 有床義歯調整料（1口腔につき） 60点 注1 有床義歯装着後1月を超えた期間において、適合を図るための調整を行った場合に、月1回に限り算定する。 2 咬合機能の回復が困難な患者に対して、有床義歯の調整を行った場合は、所定点数に40点を加算する。 3 区分番号M035に掲げる新製義歯調整料は同一月において算定できない。	(削除)
第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算		
(削除)	M090 ラバー加算 10点 注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。ただし、歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001の3のイ及びM001-2に掲げるものに限る。）については、臼歯に対して歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合（隣接面以外の	(削除)

	部分に対してのみ歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合に限る。)に限り加算する。	
M091 周辺装置加算 (注の見直し)	注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。	注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 3 部 歯 科 矯 正 第 1 節 歯科矯正料 N 0 0 0 歯科矯正診断料		
(注の見直し)	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、病名、症状、治療内容、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。
(注の見直し)	2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき 1 回に限り算定する。	2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するとき、それぞれ 1 回に限り算定する。

N 0 0 1 顎口腔機能診断料

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

N 0 0 2 歯科矯正管理料

(注の見直し)

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導及び機械的歯面清掃等を行うとともに

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の

	に経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について説明し、文書により情報提供を行った場合に算定する。		移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。
(注の見直し)	4 区分番号B 0 0 0－3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4－8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。	→	4 区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。
N 0 0 4 模型調製（1組につき）	1 平行模型 5 0 0 点		
(注の削除)	注 顎態模型を調製した場合は、2 0 0 点を加算する。	→	(全体の注へ)
	2 予測模型 3 0 0 点		
(注の削除)	注 予測歯 1 歯につき 6 0 点を加算する。	→	(全体の注へ)

(注の新設)	(新設)	注 1 1については、顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。 2 2については、予測歯1歯につき60点を加算する。
N008 装着		
	1 装置（1装置につき）	
	イ 可撤式装置	300点
(注の削除)	注 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。	(全体の注へ)
	ロ 固定式装置	400点
(注の削除)	注 1 固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。 2 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。	(全体の注へ)

	3	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	
（注の削除）		注 エナメルエッチング料及びブラケットボンド料を含むものとする。	（全体の注へ）
（注の新設）		（新設）	注1 1のイについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。 2 1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。 3 1のロについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。 4 3については、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
N018 マルチブラケット装置（1装置につき）			
（注の見直し）		注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

	プⅢ及びステップⅣの各々につき最初の 1 装置 に限り算定する。	プⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の 1 装置に 限り算定する。
N 0 1 9 保定装置（1 装置につき）	1 プレートタイプリテーナー 1, 5 0 0 点	
（注の削除）	注 人工歯を使用して製作した場合の費用を含 むものとする。	（全体の注へ）
	2 メタルリテーナー 6, 8 0 0 点	
（注の削除）	注 鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した 場合の費用を含むものとする。	（全体の注へ）
（注の新設）	（新設）	注 1 1 については、人工歯を使用して製作した 場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。 2 2 については、鉤等の費用及び人工歯を使 用して製作した場合の費用は、所定点数に含 まれるものとする。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 4 部 病理診断 (新設)	(新設)	第 1 4 部 病理診断 通則 1 病理診断の費用は、各区分により算定する。 2 第 1 4 部に規定する病理診断・判断料以外の病理診断・判断料の算定は、医科点数表の例による。 病理診断・判断料 区分 0 0 0 0 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 4 1 0 点 注 1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号 N 0 0 0 に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号 N 0 0 1 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号 N 0 0 2 に掲げる免疫染色（免

疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

- 2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1 手術につき）は別に算定できない。

〇〇〇 1 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 1 4 6 点

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

- 2 区分番号〇〇〇 0に掲げる口腔病理判断料を算定した場合には、算定しない。



3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1節 調剤技術料		
00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） （点数の見直し）	42点	40点
（注の見直し）	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この表において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。
（注の新設）	（新設）	注3 後発医薬品の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。

(注の新設)	(新設)	注 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における 2 回目の調剤に限り、5 点を算定する。なお、当該調剤においては第 2 節薬学管理料（区分番号 1 0 に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号 1 1 に掲げる薬剤情報提供料（後期高齢者である患者にあっては、区分番号 1 8 に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を除く。）は算定しない。
0 1 調剤料 (点数の見直し) (注の見直し) (注の見直し)	5 一包化薬 9 7 点 注 2 剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が 7 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。 注 4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後 1 0 時から午前 6 時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休	8 9 点 注 2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が 7 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。 注 4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後 1 0 時から午前 6 時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休

	日（深夜を除く。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の１００分の１００、１００分の１４０又は１００分の２００に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の１００分の１００に相当する点数を加算する。		日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の１００分の１００、１００分の１４０又は１００分の２００に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の１００分の１００に相当する点数を加算する。
（注の新設）	（新設）	→	注５ 午後７時（土曜日にあつては午後１時）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付１回につき４０点を加算する。
（注の見直し）	注５ 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に１調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の１００分の２０に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤	→	注６ 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の１００分の２０に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤

	を行った場合を除く。) (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 (新設) (2) (略) ロ～ハ (略)	を行った場合を除く。) (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点 (3) (略) ロ～ハ (略)
第2節 薬学管理料		
10 薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき)		
(名称の見直し)	薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき) 22点	薬剤服用歴管理指導料 (処方せんの受付1回につき) 30点
(点数の見直し)		
(注の見直し)	注1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定する。	注1 患者 (後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。) について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本

			的な説明を行うこと。 ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。
(注の削除)	注 2 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合は、所定点数に 2 2 点を加算する。	→	(削除)
(注の見直し)	注 3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に 8 点を加算する。	→	注 2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に 2 2 点を加算する。
(注の見直し)	注 5 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	→	注 4 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。
1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受			

付 1 回につき)

(注の見直し)

注 1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月 4 回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月 4 回）に限り算定する。

注 1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月 4 回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月 4 回）に限り算定する。

1 3 長期投薬情報提供料

(項目の見直し)

1 長期投薬情報提供料 1（処方せんの受付 1 回につき）

服薬期間が 1 4 日又は
その端数を増すごとに 1 8 点

2 長期投薬情報提供料 2（服薬指導 1 回につき）
2 8 点

1 長期投薬情報提供料 1（情報提供 1 回につき）
1 8 点

2

(注の見直し)

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

注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に

	な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する。		係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。
(新設)		(新設)	1 4 の 2 外来服薬支援料 1 8 5 点
1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料			注 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。
(項目の見直し)	1 月の 1 回目の算定の場合 5 0 0 点		1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 5 0 0 点
	2 月の 2 回目以降の算定の場合		

(注の見直し)

(注の見直し)

300点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

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

2 居住系施設入居者等である患者の場合

350点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

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

(新設)

(新設)

1 5 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

5 0 0 点

注 1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月 4 回に限り算定する。

注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1 回につき所定点数に 1 0 0 点を加算する。

注 3 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

(新規)

(新規)

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

7 0 0 点

(新規)

(新規)

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

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

注3 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

15の4 退院時共同指導料

600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

(新規)

(新規)

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本

的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合

20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合

10点

注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当

		該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。 (新規) → 1 9 後期高齢者終末期相談支援料 2 0 0 点 注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。
--	--	---

別紙 2

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
通則 (通則の見直し)	1 健康保険法（以下「健保法」という。）第8条第4項に規定する指定訪問看護及び老人保健法（以下「老健法」という。）第46条の5の2第4項に規定する指定老人訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、1により算定される額に2により算定される額及び3又は4により算定される額を加えた額とする。	1 健康保険法（以下「健保法」という。）第8条第4項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律第78条第4項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、1により算定される額に2により算定される額及び3、4又は5により算定される額を加えた額とする。
1 訪問看護基本療養費（1日につき）		
イ 訪問看護基本療養費(I) (額の見直し)	(1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 (一) 週3日目まで 5,300円 (二) 週4日目以降 6,300円 (2) 准看護師による場合 (一) 週3日目まで 4,800円	(一) 週3日目まで 5,550円 (二) 週4日目以降 6,550円 (一) 週3日目まで 5,050円

(新設)

(ロ) 週4日目以降

5,800円

6,050円

(新設)

ハ 訪問看護基本療養費(Ⅲ)

(1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、
作業療法士又は言語聴覚士による場合

(イ) 週3日目まで 4,300円

(ロ) 週4日目以降 5,300円

(2) 准看護師による場合

(イ) 週3日目まで 3,800円

(ロ) 週4日目以降 4,800円

(注の見直し)

注1 イについては、指定訪問看護を受けようとする者に対して、その主治医（健保法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関又は老健法第25条第3項第2号に規定する病院及び診療所（以下「保険医療機関等」という。）の保険医又は介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、健保法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪

注1 イについては、指定訪問看護を受けようとする者（注2に規定する者及び注3に規定する居住系施設入居者等を除く。）に対して、その主治医（健保法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の保険医又は介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、健保法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以

(注の見直し)

問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）１人につき週３日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。ただし、当該指定訪問看護につき訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合は所定額は算定しない。

注２ ロについては、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、障害者自立支援法（平成１７年法律第１２３号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第４８条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設に入所している複数のものに対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関等の保険医に限る。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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

下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）１人につき週３日（同一の利用者について、イ及びハを併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

注２ ロについては、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、障害者自立支援法（平成１７年法律第１２３号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第４８条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設に入所している複数のものに対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関等の保険医に限る。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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

(注の新設)

届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。）が指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。ただし、当該指定訪問看護につき訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定した場合は所定額は算定しない。

(新設)

届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。）が指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。

注3 ハについては、指定訪問看護を受けようとする者が老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多

機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）である場合に、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、利用者1人につき週3日（同一の利用者について、イ及びハを併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

(注の見直し)

注3 指定訪問看護を受けようとする者の主治医（介護老人保健施設の医師を除く。）から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書（以下「特別訪問看護指示書」という。）の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から14日以内に行った指定訪問看護については14日を限度として算定する。

注4 指定訪問看護を受けようとする者の主治医（介護老人保健施設の医師を除く。）から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書（以下「特別訪問看護指示書」という。）の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については2回）に限り、当該指示があった日から起算して14日以内に行った指定訪問看護については14日を限度として算定する

(注の見直し)

注4 イについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注3に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

注5 イ及びハについては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注4に規定する14日を限度として所定額を算定する利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

(注の見直し)

注7 利用者又はその家族等の求めに応じて行われた主治医（診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）別表第一に規定

注8 利用者又はその家族等の求めに応じて行われた主治医（診療報酬の算定方法（平成
年厚生労働省告示第 号）別表第一に規定

(注の新設)

する在宅療養支援診療所（以下「在宅療養支援診療所」という。）の保険医に限る。）の指示により、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

(新設)

する在宅療養支援診療所又は同表第一に規定する在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示により、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

(注の見直し)

注8 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師若しくは看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定

注9 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。

注10 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定

	する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合		する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合
2 訪問看護管理療養費 イ 月の初日の訪問の場合 ロ 月の2日目以降の訪問の場合 （1日につき） （注の見直し）	注2 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訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準により24時間連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間連絡体制加算として、所定額に1月につき2,500円を加算する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて24時間連絡体制加算を算定している場合は、算定しない。	→	注2 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訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準により24時間の対応体制又は連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、当該基準に係る区分に応じ、次に掲げる額のいずれかを所定額に1月につき加算する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいてイ又はロに掲げる加算を算定している場合は、算定しない。 イ 24時間対応体制加算 5,400円 ロ 24時間連絡体制加算 2,500円
（注の見直し）	注4 指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関等又は介護老人保健施設（当該指定訪問看護を行う指定訪問看護	→	注4 指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中である場合において、

	事業者以外の者が開設するものに限る。)に入院中又は入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関等若しくは介護老人保健施設（当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。）の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、居宅における療養上必要な指導を行った場合には、初日の指定訪問看護が行われたときに、地域連携退院時共同指導加算として、イの所定金額に4,200円を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医と共同して指導を実施した場合にはイの所定金額に6,000円を加算する。		その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関若しくは介護老人保健施設の職員と共同し、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、初日の指定訪問看護が行われたときに、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り所定額に6,000円を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者及び別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。
(注の見直し)	注5 地域連携退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合は、算定しない。	→	注5 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合は、算定しない。
(注の新設)	(新設)	→	注6 指定訪問看護を受けようとする者が第1号注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者及び本号注3に規定する別に厚

(注の新設)

(新設)

生労働大臣が定める状態等にある利用者である場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に療養上必要な指導を行った場合には、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた日に6,000円を加算する。

注7 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り、所定額に3,000円を加算する。

(注の新設)

(新設)

注8 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより

(新設)

(新設)

、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定額に2,000円を加算する。

4 後期高齢者終末期相談支援療養費

2,000円

注 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である利用者（在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものに限る。）に対して、利用者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、利用者1人につき1回に限り算定する。

4 訪問看護ターミナルケア療養費 イ ターミナルケア療養費 1 ロ ターミナルケア療養費 2 (項目の見直し) (注の見直し)	15,000円 12,000円 注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、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療養費2の所定額を算定する。ただし、当該主治医が在宅療養支援診療所の保険医である場合には、ターミナルケア療養費1の所定額を算定する。	5 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円 注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を算定する。
--	---	---

別紙 3

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養

項 目	現 行	改 正 案
第一条	(新設)	七 薬事法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認を受けた者が製造し、又は輸入した当該承認に係る医療機器の使用であつて、当該承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係るもの（別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。）

別紙 4

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
本文	1 診療報酬の算定方法第1項ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であつて、別表11の診断群分類点数表に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養並びに老人保健法（昭和57年法律第80号）第17条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、別表により算定するものとする。	1 診療報酬の算定方法第1項ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であつて、別表11の診断群分類点数表に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

一 当該病院に入院した後 24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児

二 治験（薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 2 条第 16 項に規定する治験をいう。）の対象患者

三 臓器の移植術を受ける患者（診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分 K014、K514—4、K605—2、K605—4、K697—5、K697—7、K709—3、K709—5、K780、K922 又は K922—2 に規定する皮膚移植術、同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植、同種死体肝移植術、同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術、同種腎移植術、骨髄移植又は臍帯血移植を受けるものに限る。）

一 当該病院に入院した後 24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児

二 治験（薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 2 条第 16 項に規定する治験をいう。）の対象患者

三 臓器の移植術を受ける患者（診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号 K014、K514—4、K514—6、K605—2、K605—4、K697—5、K697—7、K709—3、K709—5、K780、K780—2、K922 又は K922—2 に規定する皮膚移植術、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術、同種死体腎移植術、生体腎移植術、骨髄移植又は臍帯血移植を受けるものに限る。）

四 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養
(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条
第1号に規定する先進医療である療養を受ける患
者

五 医科点数表区分A106、A306、A30
8、A308—2、A309、A310又はA4
00に規定する障害者施設等入院基本料、特殊疾
患入院医療管理料、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又は短期滞在
手術基本料を算定する患者

六 その他厚生労働大臣が別に定める者

2 前項に規定する療養以外の療養に要する費用の額
は、医科点数表若しくは診療報酬の算定方法別表第
二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」とい
う。)、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院
時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する
基準(平成18年厚生労働省告示第99号)又は保
険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算

四 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養
(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第
1号に規定する先進医療である療養を受ける患者

五 医科点数表区分番号A106、A306、A3
08、A308—2、A309、A310又はA
400(3を除く。)に規定する障害者施設等入
院基本料、特殊疾患入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料
又は短期滞在手術基本料(3を除く。)を算定す
る患者

六 その他厚生労働大臣が別に定める者

2 前項に規定する療養以外の療養に要する費用の額
は、医科点数表若しくは診療報酬の算定方法別表第
二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」とい
う。)、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院
時生活療養費に係る生活療養の費用の算定に関する
基準(平成18年厚生労働省告示第99号)又は保険
外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定

	定方法により算定する。 3 第1項の規定による療養に要する費用の額の算定を開始する日の前日までに入院した患者に係る療養のうち、当該開始する日から2月以内に行ったものに要する費用の額の算定については、前項の規定の例による。	方法（平成18年厚生労働省告示第496号）により算定する。 3 第1項の規定による療養に要する費用の額の算定を開始する日の前日までに入院した患者に係る療養のうち、当該開始する日から2月以内に行ったものに要する費用の額の算定については、前項の規定の例による。
--	--	--

別表

1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12、13又は14の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。

2 所定点数には、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料、同部第2節入院基本料等加算（区分A200、A204、A204-2、A207、A214及びA234に掲げる加算に限る。）、同表第2章第1部医学管理等の費用（区分B001-4及びB001-5に限る。）、同表第2章第3部検査の費用（区分D104、D105、D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げる検査を除く。）、同章第4部画像診断の費用（通則4及び6に掲げる画像診断管理加算1並びに通則5及び7に掲げる画像診断-管理加算2並びに区分E003（3のイに限る。）を除く。）、同章第5部投薬の費用、同章第6部注射の費用、同章第7部第2節薬剤料、同章第8部第2節薬剤料並びに同章第9部処置の費用（区分J001（5に限

1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12、13又は14の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。

2 所定点数には、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料、同部第2節入院基本料等加算（区分番号A200、A204、A204-2、A207、A207-2、A214及びA234に掲げる加算に限る。）、同部第4節短期滞在手術基本料（3に限る。）、同表第2章第1部医学管理等の費用（区分番号B001-4及びB001-5に限る。）、同表第2章第3部検査の費用（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げる検査を除く。）、同章第4部画像診断の費用（通則4及び6に掲げる画像診断管理加算1並びに通則5及び7に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003（3のイに限る。）を除く。）、同章第5部投薬の費用、同章第6部注射の費用、同章第7部第2節薬剤料、同章第8部第2節

る。)、J 0 1 0-2、J 0 1 7、J 0 1 7-2、J 0 2 7 (1に限る。)、J 0 3 8からJ 0 4 1-2まで、J 0 4 2 (2に限る。)、J 0 4 7、J 0 4 9、J 0 5 2-2、J 0 5 4-2、J 0 6 2、J 1 2 2 (5及び6に限る。)、J 1 2 3からJ 1 2 8まで、J 1 2 9 (4に限る。)(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を除く。)及びJ 1 2 9-2 (2に限る。)に掲げる処置料を除く。)が含まれるものとする。

3 所定点数に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院(医科点数表第1章第2部第1節入院基本料A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。)であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

薬剤料、同章第9部処置(区分番号J 0 0 1 (5に限る。)、J 0 1 0-2、J 0 1 7、J 0 1 7-2、J 0 2 7 (1に限る。)、J 0 3 8からJ 0 4 1-2まで、J 0 4 2 (2に限る。)、J 0 4 7、J 0 4 9、J 0 5 2-2、J 0 5 4-2、J 0 6 2、J 1 2 2 (5及び6に限る。)、J 1 2 3からJ 1 2 8まで、J 1 2 9 (4に限る。)(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を除く。)及びJ 1 2 9-2 (2に限る。)に掲げる処置料を除く。)並びに同章第13部第1節病理標本作製料の費用が含まれるものとする。

3 所定点数に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院(医科点数表第1章第2部第1節入院基本料A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。)であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料

救命救急入院料1

(新規)
(7日以内の期間) 7, 079点
(8日以上14日以内の期間) 5, 569点

(3日以内の期間) 7, 688点
(4日以上7日以内の期間) 6, 763点
(8日以上14日以内の期間) 5, 478点

救命救急入院料2

(新規)
(7日以内の期間) 8, 479点
(8日以上14日以内の期間) 6, 969点

(3日以内の期間) 9, 188点
(4日以上7日以内の期間) 8, 128点
(8日以上14日以内の期間) 6, 878点

(新規)

注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であつて、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医が、当該患者の精神療法に関わる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3, 000点を加算する。

注1 基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。

2 基本診療料の施設基準等（平成 年厚生労働省告示第 号）第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。

2 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加

3 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加

区分番号A 3 0 1に掲げる特定集中治療室管理料	算する。		算する。	
	3 注2に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5, 0 0 0点を加算する。		4 注3に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5, 0 0 0点を加算する。	
特定集中治療室管理料	(7日以内の期間)	6, 8 3 9点	(7日以内の期間)	6, 7 4 8点
	(8日以上14日以内の期間)	5, 4 0 9点	(8日以上14日以内の期間)	5, 3 1 8点
	注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の5に相当する点数を加算する。		注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の5に相当する点数を加算する。	
区分番号A 3 0 1-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料				
ハイケアユニット入院医療管理料	(14日以内の期間)	1, 7 7 9点	(14日以内の期間)	1, 6 8 8点
	(15日以上21日以内の期間)	2, 2 2 4点	(15日以上21日以内の期間)	2, 1 9 3点

区分番号A301-3に掲げる脳卒中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	(14日以内の期間)	3,779点	(14日以内の期間)	3,688点	
区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料					
新生児特定集中治療室管理料	(14日以内の期間)	6,579点	(14日以内の期間)	6,488点	
	(15日以上30日以内の期間)	7,024点	(15日以上30日以内の期間)	6,993点	
	(31日以上90日以内の期間)	7,231点	(31日以上90日以内の期間)	7,200点	
区分番号A303に掲げる総合周産期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1	(14日以内の期間)	5,079点	(14日以内の期間)	4,988点	
総合周産期特定集中治療室管理料2	(14日以内の期間)	6,679点	(14日以内の期間)	6,588点	
	(15日以上30日以内の期間)	7,124点	(15日以上30日以内の期間)	7,093点	
	(31日以上90日以内の期間)	7,331点	(31日以上90日以内の期間)	7,300点	
区分番号A304に掲げる広範囲熱傷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	(14日以内の期間)	5,969点	(14日以内の期間)	5,878点
	(15日以上30日以内の期間)	6,414点	(15日以上30日以内の期間)	6,383点
	(31日以上60日以内の期間)	6,621点	(31日以上60日以内の期間)	6,590点
区分番号A305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料				
一類感染症患者入院医療管理料	(7日以内の期間)	6,969点	(7日以内の期間)	6,878点
	(8日以上14日以内の期間)	5,769点	(8日以上14日以内の期間)	5,678点
5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表第1章第2部第1節入院基本料A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。				
5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表第1章第2部第1節入院基本料A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。				

区分番号A 3 0 0に掲げる救命救急入院料			
救命救急入院料 1	(新規)		(3日以内の期間) 7, 8 8 8 点
	(7日以内の期間)	7, 3 0 6 点	(4日以上7日以内の期間) 6, 9 6 3 点
	(8日以上14日以内の期間)	5, 7 9 6 点	(8日以上14日以内の期間) 5, 6 7 8 点
救命救急入院料 2	(新規)		(3日以内の期間) 9, 3 8 8 点
	(7日以内の期間)	8, 7 0 6 点	(4日以上7日以内の期間) 8, 3 2 8 点
	(8日以上14日以内の期間)	7, 1 9 6 点	(8日以上14日以内の期間) 7, 0 7 8 点
	(新規)		注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であつて、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が、当該患者の精神療法に関わる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3, 0 0 0点を加算する。
	注1 基本診療料の施設基準等第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。		2 基本診療料の施設基準等第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。
	2 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。		3 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。
	3 注2に規定する加算を算定する病院におい		4 注3に規定する加算を算定する病院におい

	て、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。		て、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。	
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料				
特定集中治療室管理料	(7日以内の期間)	7,066点	(7日以内の期間)	6,948点
	(8日以上14日以内の期間)	5,636点	(8日以上14日以内の期間)	5,518点
	注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の5に相当する点数を加算する。		注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の5に相当する点数を加算する。	
区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料				
ハイケアユニット入院医療管理料	(14日以内の期間)	2,006点	(14日以内の期間)	1,888点
	(15日以上21日以内の期間)	2,224点	(15日以上21日以内の期間)	2,193点
区分番号A301-3に掲げる脳卒中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	(14日以内の期間)	4,006点	(14日以内の期間)	3,888点

区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料				
新生児特定集中治療室管理料	(14日以内の期間)	6,806点	(14日以内の期間)	6,688点
	(15日以上30日以内の期間)	7,024点	(15日以上30日以内の期間)	6,993点
	(31日以上90日以内の期間)	7,231点	(31日以上90日以内の期間)	7,200点
区分番号A303に掲げる総合周産期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1	(14日以内の期間)	5,306点	(14日以内の期間)	5,188点
総合周産期特定集中治療室管理料2	(14日以内の期間)	6,906点	(14日以内の期間)	6,788点
	(15日以上30日以内の期間)	7,124点	(15日以上30日以内の期間)	7,093点
	(31日以上90日以内の期間)	7,331点	(31日以上90日以内の期間)	7,300点
区分番号A304に掲げる広範囲熱傷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	(14日以内の期間)	6,196点	(14日以内の期間)	6,078点
	(15日以上30日以内の期間)	6,414点	(15日以上30日以内の期間)	6,383点
	(31日以上60日以内の期間)	6,621点	(31日以上60日以内の期間)	6,590点
区分番号A305に掲げる一類感染症患				

者入院医療管理料				
一類感染症患者入院医療管理料	(7日以内の期間)	7, 196点	(7日以内の期間)	7, 078点
	(8日以上14日以内の期間)	5, 996点	(8日以上14日以内の期間)	5, 878点
区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料				
小児入院医療管理料1	(新規)		(14日以内の期間)	2, 688点
	(新規)		(15日以上30日以内の期間)	2, 993点
	(新規)		(31日以上)	3, 200点
小児入院医療管理料2	(14日以内の期間)	1, 906点	(14日以内の期間)	1, 788点
	(15日以上30日以内の期間)	2, 124点	(15日以上30日以内の期間)	2, 093点
	(31日以上)	2, 331点	(31日以上)	2, 300点
小児入院医療管理料3	(14日以内の期間)	1, 306点	(14日以内の期間)	1, 188点
	(15日以上30日以内の期間)	1, 524点	(15日以上30日以内の期間)	1, 493点
	(31日以上)	1, 731点	(31日以上)	1, 700点
小児入院医療管理料4	(14日以内の期間)	406点	(14日以内の期間)	288点
	(15日以上30日以内の期間)	624点	(15日以上30日以内の期間)	593点
	(31日以上)	831点	(31日以上)	800点
注 基本診療料の施設基準等第9の9の(5)に規定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病院の病棟において小児入院医療管			注 基本診療料の施設基準等第9の9の(6)に規定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病院の病棟において小児入院医療管	

区分番号A 3 0 0に掲げる救命救急入院料	理が行われた場合には、1 0 0点を加算する。		理が行われた場合には、10 0 点を加算する。		
	6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。		6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものについては、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。		
	救命救急入院料 1	(新規)	(3日以内の期間)	7, 9 7 2 点	
		(7日以内の期間)	7, 3 0 3 点	(4日以上7日以内の期間)	7, 0 4 7 点
		(8日以上1 4日以内の期間)	5, 7 9 3 点	(8日以上1 4日以内の期間)	5, 7 6 2 点
	救命救急入院料 2	(新規)	(3日以内の期間)	9, 4 7 2 点	
		(7日以内の期間)	8, 7 0 3 点	(4日以上7日以内の期間)	8, 4 1 2 点
		(8日以上1 4日以内の期間)	7, 1 9 3 点	(8日以上1 4日以内の期間)	7, 1 6 2 点
		(新規)	注 1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健及び精神		

	注1 基本診療料の施設基準等第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。 2 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。 3 注2に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。	障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が、当該患者の精神療法に関わる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。 2 基本診療料の施設基準等第9の2の(3)に規定する基準に該当する場合には、500点を加算する。 3 基本診療料の施設基準等第9の2の(4)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。 4 注3に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料		
特定集中治療室管理料	(7日以内の期間) 7,063点 (8日以上14日以内の期間) 5,633点 注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の	(7日以内の期間) 7,032点 (8日以上14日以内の期間) 5,602点 注 基本診療料の施設基準等第9の3の(2)に規定する基準に該当する場合には、上記点数の100分の

	5に相当する点数を加算する。		5に相当する点数を加算する。	
区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料				
ハイケアユニット入院医療管理料	(14日以内の期間)	2,003点	(14日以内の期間)	1,972点
	(15日以上21日以内の期間)	2,239点	(15日以上21日以内の期間)	2,208点
区分番号A301-3に掲げる脳卒中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	(14日以内の期間)	4,003点	(14日以内の期間)	3,972点
区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料				
新生児特定集中治療室管理料	(14日以内の期間)	6,803点	(14日以内の期間)	6,772点
	(15日以上30日以内の期間)	7,039点	(15日以上30日以内の期間)	7,008点
	(31日以上90日以内の期間)	7,231点	(31日以上90日以内の期間)	7,200点
区分番号A303に掲げる総合周産期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1	(14日以内の期間)	5,303点	(14日以内の期間)	5,272点

総合周産期特定集中治療室管理料 2	(14日以内の期間)	6,903点	(14日以内の期間)	6,872点
	(15日以上30日以内の期間)	7,139点	(15日以上30日以内の期間)	7,108点
	(31日以上90日以内の期間)	7,331点	(31日以上90日以内の期間)	7,300点
区分番号A304に掲げる広範囲熱傷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	(14日以内の期間)	6,193点	(14日以内の期間)	6,162点
	(15日以上30日以内の期間)	6,429点	(15日以上30日以内の期間)	6,398点
	(31日以上60日以内の期間)	6,621点	(31日以上60日以内の期間)	6,590点
区分番号A305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料				
一類感染症患者入院医療管理料	(7日以内の期間)	7,193点	(7日以内の期間)	7,162点
	(8日以上14日以内の期間)	5,993点	(8日以上14日以内の期間)	5,962点
区分番号A307に掲げる小児入院医療管理料				
小児入院医療管理料 1	(新規)		(14日以内の期間)	2,772点
	(新規)		(15日以上30日以内の期間)	3,008点
	(新規)		(31日以上90日以内の期間)	3,200点
小児入院医療管理料 2	(14日以内の期間)	1,903点	(14日以内の期間)	1,872点

小児入院医療管理料 3	(15 日以上 30 日以内の期間)	2, 139 点	(15 日以上 30 日以内の期間)	2, 108 点
	(31 日以上 の期間)	2, 331 点	(31 日以上 の期間)	2, 300 点
	(14 日以内の期間)	1, 303 点	(14 日以内の期間)	1, 272 点
	(15 日以上 30 日以内の期間)	1, 539 点	(15 日以上 30 日以内の期間)	1, 508 点
	(31 日以上 の期間)	1, 731 点	(31 日以上 の期間)	1, 700 点
小児入院医療管理料 4	(14 日以内の期間)	403 点	(14 日以内の期間)	372 点
	(15 日以上 30 日以内の期間)	639 点	(15 日以上 30 日以内の期間)	608 点
	(31 日以上 の期間)	831 点	(31 日以上 の期間)	800 点
注 基本診療料の施設基準等第9の9の(5)に規定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病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、100点を加算する。			注 基本診療料の施設基準等第9の9の(6)に規定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病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、100点を加算する。	
7 11の診断群分類点数表に掲げる特定入院期間の欄に掲げる期間を超えた入院期間における療養に要する費用の額については、1から6まで及び8から10までの規定にかかわらず、第2項の規定の例により算定するものとする。			7 11の診断群分類点数表に掲げる特定入院期間の欄に掲げる期間を超えた入院期間における療養に要する費用の額については、1から6まで及び8から10までの規定にかかわらず、第2項の規定の例により算定するものとする。	
8 退院の日（一般病棟以外の病棟への転棟等の日を含む。以下同じ。）における療養に適用する診断群分類区分と退院の日前の日における療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、前月までに療			8 退院の日（一般病棟以外の病棟への転棟等の日を含む。以下同じ。）における療養に適用する診断群分類区分と退院の日前の日における療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、前月までに療	

養に要する費用の額として算定した額と、同月までの療養について退院の日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日の点数において調整する。

9 この表により算定する費用の額は、1 点の単価を 1 0 円として、それぞれこの表により算定した点数に乘じて得た額とする。

1 0 この表により病院が保険者又は市町村（特別区を含む。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に 1 円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

1 1 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。

養に要する費用の額として算定した額と、同月までの療養について退院の日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日の点数において調整する。

9 この表により算定する費用の額は、1 点の単価を 1 0 円として、それぞれこの表により算定した点数に乘じて得た額とする。

1 0 この表により病院が保険者又は市町村（特別区を含む。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に 1 円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

1 1 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。

診断群分類点数表は別添のとおり

別表	1 2 4に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院についてそれぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。	1 2 4に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院についてそれぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。
区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（1のイに限る。）	0. 1 4 3 8	0. 1 7 3 6
区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（1のロに限る。）	0. 0 5 2 8	0. 0 7 3 0
区分番号A 2 0 0に掲げる入院時医学管理加算	0. 0 1 3 3	(削除)
区分番号A 2 0 4－2に掲げる臨床研修病院入院診療加算（1に限る。）	0. 0 0 1 0	0. 0 0 1 2
区分番号A 2 0 4－2に掲げる臨床研修病院入院診療加算（2に限る。）	0. 0 0 0 5	0. 0 0 0 6
区分番号A 2 0 7に掲げる診療録管理体	0. 0 0 0 8	0. 0 0 0 9

制加算		
区分番号A 2 3 4に掲げる医療安全対策加算	0. 0 0 1 3	0. 0 0 1 5
	1 3 5に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院について、それぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。	1 3 5に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院について、それぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。
区分番号A 1 0 5に掲げる専門病院入院基本料（1に限る。）	0. 0 9 9 0	0. 1 2 4 4
区分番号A 1 0 5に掲げる専門病院入院基本料（2に限る。）	0. 0 0 6 9	0. 0 2 3 9
区分番号A 1 0 5に掲げる専門病院入院基本料（注1ただし書きに規定する準7対1入院基本料を算定する病院（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する病院の病棟を除く。）に限る。）	（新規）	0. 1 0 0 9
区分番号A 1 0 5に掲げる専門病院入院	（新規）	0. 1 1 2 7

基本料（注１ただし書きに規定する準７ 対１入院基本料を算定する病院（別に厚 生労働大臣が定める地域に所在する病院 の病棟に限る。）に限る。）			
区分番号Ａ２００に掲げる入院時医学管 理加算		０．０１３３	（削除）
区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修 病院入院診療加算（１に限る。）		０．００１０	０．００１２
区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修 病院入院診療加算（２に限る。）		０．０００５	０．０００６
区分番号Ａ２０７に掲げる診療録管理体 制加算		０．０００８	０．０００９
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（１に限る。）	（新規）		０．０１１３
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（２に限る。）	（新規）		０．００５９
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務	（新規）		０．００４２

作業補助体制加算（３に限る。）			
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（４に限る。）	（新規）		０．００３４
区分番号Ａ２１４に掲げる看護補助加算 （１に限る。）	（新規）		０．０４３０
区分番号Ａ２１４に掲げる看護補助加算 （２に限る。）	（新規）		０．０３３１
区分番号Ａ２１４に掲げる看護補助加算 （３に限る。）	（新規）		０．０２２１
区分番号Ａ２３４に掲げる医療安全対策 加算		０．００１３	０．００１５
基本診療料の施設基準等第５の６の(2) ロ①に規定する基準を満たさない病院で あって、基本診療料の施設基準等第８の １３の(2)に規定する基準を満たすもの		－０．０２３０	（削除）
基本診療料の施設基準等第５の６の(2) ロ①に規定する基準を満たさない病院		－０．０３２０	（削除）

であって、基本診療料の施設基準等第8の13の(3)に規定する基準を満たすもの（前項に該当するものを除く。）		
基本診療料の施設基準等第5の6の(2)ロ①に規定する基準を満たさない病院（前二項に該当するものを除く。）	－0.0500	（削除）
（経過措置） 基本診療料の施設基準等第5の6の(2)ロ①に規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第5の6の(2)ハ①に規定する基準を満たすもの	（新規）	－0.0581
	14 6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院（区分A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院である病院）についてそれぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。	14 6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、次の表の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院（区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院である病院）についてそれぞれ右欄に掲げる係数とを合算して得た係数とする。

区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院 基本料（1に限る。）		0 . 1 0 6 9	0 . 1 0 0 5
区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院 基本料（注1ただし書きに規定する準7 対1入院基本料を算定する病院（別に厚 生労働大臣が定める地域に所在する病院 の病棟を除く。）に限る。）	（新規）		0 . 0 7 6 9
区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院 基本料（注1ただし書きに規定する準7 対1入院基本料を算定する病院（別に厚 生労働大臣が定める地域に所在する病院 の病棟に限る。）に限る。）	（新規）		0 . 0 8 8 7
区分番号A 2 0 0に掲げる入院時医学管 理加算		0 . 0 1 3 3	0 . 0 2 9 9
区分番号A 2 0 4に掲げる地域医療支援 病院入院診療加算		0 . 0 2 9 4	0 . 0 3 2 1
区分番号A 2 0 4－2に掲げる臨床研修		0 . 0 0 1 0	0 . 0 0 1 2

病院入院診療加算（１に限る。）		
区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修 病院入院診療加算（２に限る。）	０．０００５	０．０００６
区分番号Ａ２０７に掲げる診療録管理体制加算	０．０００８	０．０００９
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（１に限る。）	（新規）	０．０１１３
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（２に限る。）	（新規）	０．００５９
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（３に限る。）	（新規）	０．００４２
区分番号Ａ２０７－２に掲げる医師事務 作業補助体制加算（４に限る。）	（新規）	０．００３４
区分番号Ａ２１４に掲げる看護補助加算 （１に限る。）	（新規）	０．０４３０
区分番号Ａ２１４に掲げる看護補助加算	（新規）	０．０３３１

(2に限る。)			
区分番号A 2 1 4に掲げる看護補助加算 (3に限る。)	(新規)		0. 0 2 2 1
区分番号A 2 3 4に掲げる医療安全対策 加算		0. 0 0 1 3	0. 0 0 1 5
基本診療料の施設基準等第5の2の(1) ロ①に規定する基準を満たさない病院 であって、基本診療料の施設基準等第 8の13の(2)に規定する基準を満たす もの		－ 0. 0 3 4 8	(削除)
基本診療料の施設基準等第5の2の(1) ロ①に規定する基準を満たさない病院 であって、基本診療料の施設基準等第 8の13の(3)に規定する基準を満たす もの（前項に該当するものを除く。）		－ 0. 0 4 5 2	(削除)
基本診療料の施設基準等第5の2の(1) ロ①に規定する基準を満たさない病院 (前二項に該当するものを除く。)		－ 0. 0 6 6 2	(削除)

(経過措置 1) 基本診療料の施設基準等第 5 の 2 の (1) ロ①に規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 2 の (1) ハ①に規定する基準を満たすもの	(新規)	— 0 . 0 8 2 0
(経過措置 2) 基本診療料の施設基準等第 5 の 2 の (1) ロ①に規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 2 の (1) ニ①に規定する基準を満たすもの (前項に該当するものを除く。)	(新規)	— 0 . 1 3 6 4

診斷群分類点数表

診断群分類点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1	010010xx99x00x	脳腫瘍	なし		なし	なし		4	8	3,414	2,635	2,240	21
2	010010xx99x01x	脳腫瘍	なし		なし	あり		6	13	3,107	2,412	2,050	35
3	010010xx99x1xx	脳腫瘍	なし		1あり			15	37	3,138	2,468	2,098	89
4	010010xx99x2xx	脳腫瘍	なし		2あり			8	15	4,259	3,148	2,676	34
5	010010xx99x4xx	脳腫瘍	なし		4あり			19	38	2,981	2,224	1,890	79
6	010010xx99x5xx	脳腫瘍	なし		5あり			3	14	5,133	3,505	2,979	37
7	010010xx97x0xx	脳腫瘍	その他の手術あり		なし			10	21	2,953	2,253	1,915	52
8	010010xx97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			28	56	3,280	2,439	2,073	115
9	010010xx97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			22	43	2,886	2,133	1,813	88
10	010010xx97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			35	70	3,223	2,394	2,035	133
11	010010xx97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			22	44	3,565	2,656	2,258	93
12	010010xx01x0xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし			12	24	2,941	2,206	1,875	41
13	010010xx01x1xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり			17	34	3,054	2,281	1,939	69
14	010010xx01x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			18	36	3,281	2,449	2,082	68
15	010010xx01x3xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり			28	56	2,642	1,965	1,670	101
16	010010xx01x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			37	74	2,862	2,125	1,806	115
17	010010xx01x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			23	45	3,216	2,377	2,020	89
18	010010xx01x6xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		6あり			38	75	3,634	2,686	2,283	103
19	010020x099x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	なし		あり			6	18	4,488	3,659	3,110	48
20	010020x003x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳血管内手術		なし			12	24	3,663	2,747	2,335	43
21	010020x003x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳血管内手術		あり			15	29	4,416	3,264	2,774	59
22	010020x002x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ等		あり			26	51	4,228	3,125	2,656	107
23	010020x001x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		なし			16	32	3,571	2,669	2,269	56
24	010020x001x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		あり			20	40	3,965	2,956	2,513	77
25	010020x199x10x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	なし		あり	なし		3	6	5,140	4,022	3,419	12
26	010020x199x11x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	なし		あり	あり		6	12	4,772	3,631	3,086	31
27	010020x103x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳血管内手術		あり			16	32	4,593	3,432	2,917	71
28	010020x102x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ等		あり			9	37	4,605	3,833	3,258	97
29	010020x101x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		なし			25	50	3,407	2,536	2,156	100
30	010020x101x10x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		あり	なし		12	30	4,723	3,730	3,171	70
31	010020x101x11x	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		あり	あり		29	58	4,012	2,983	2,536	117
32	010030xx99x0xx	未破裂脳動脈瘤	なし		なし			2	4	4,165	3,350	2,848	6
33	010030xx03x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術		なし			6	11	2,979	2,202	1,872	19
34	010030xx03x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術		あり			8	17	3,391	2,605	2,214	48
35	010030xx01x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等		なし			9	17	2,800	2,069	1,759	27

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
36	010030xx01x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等		あり			11	22	3,103	2,330	1,981	46
37	010040x099x00x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	なし		なし	なし		3	16	4,293	2,343	1,992	36
38	010040x099x01x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	なし		なし	あり		14	27	2,606	1,926	1,637	53
39	010040x099x10x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	なし		あり	なし		4	16	3,236	2,709	2,303	47
40	010040x099x11x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	なし		あり	あり		17	34	3,447	2,574	2,188	77
41	010040x097x00x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	その他の手術あり		なし	なし		8	18	2,838	2,209	1,878	44
42	010040x097x01x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	その他の手術あり		なし	あり		25	49	2,506	1,852	1,574	96
43	010040x097x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	その他の手術あり		あり			26	51	3,277	2,422	2,059	112
44	010040x002x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ等		なし			21	42	2,793	2,082	1,770	82
45	010040x001x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	脳血管内手術+脳動静脈奇形摘出術等		なし			16	31	2,839	2,098	1,783	57
46	010040x001x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30未満)	脳血管内手術+脳動静脈奇形摘出術等		あり			20	40	3,347	2,496	2,122	85
47	010040x199x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	なし		なし			3	18	3,923	2,779	2,362	49
48	010040x197x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	その他の手術あり		なし			26	51	2,713	2,005	1,704	103
49	010040x197x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	その他の手術あり		あり			21	45	3,579	2,723	2,315	101
50	010040x102x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ等		なし			21	41	3,003	2,220	1,887	92
51	010040x102x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ等		あり			12	36	4,023	3,258	2,769	86
52	010040x101x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	脳血管内手術+脳動静脈奇形摘出術等		なし			20	39	2,857	2,112	1,795	81
53	010040x101x10x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	脳血管内手術+脳動静脈奇形摘出術等		あり	なし		13	34	3,935	3,129	2,660	80
54	010040x101x11x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS30以上)	脳血管内手術+脳動静脈奇形摘出術等		あり	あり		25	50	3,494	2,601	2,211	109
55	010050xx99x0xx	非外傷性硬膜下血腫	なし		なし			4	11	2,996	2,438	2,072	29
56	010050xx02x0xx	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等		なし			6	11	2,859	2,113	1,796	20
57	010050xx02x1xx	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等		あり			11	26	3,351	2,622	2,229	64
58	010060x099x00x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		なし	なし		3	10	3,649	2,674	2,273	23
59	010060x099x01x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		なし	あり		10	19	2,884	2,132	1,812	43
60	010060x099x10x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		1あり	なし		8	19	3,435	2,702	2,297	48
61	010060x099x11x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		1あり	あり		17	37	3,245	2,483	2,111	85
62	010060x099x20x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		2あり	なし		3	13	6,094	3,544	3,012	28
63	010060x099x21x	脳梗塞(JCS30未満)	なし		2あり	あり		12	24	3,457	2,593	2,204	49
64	010060x099x3xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし		3あり			6	19	4,730	2,892	2,458	40
65	010060x099x4xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし		4あり			7	25	6,362	3,730	3,171	52
66	010060x097x0xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		なし			10	25	2,656	2,102	1,787	63
67	010060x097x1xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		1あり			25	53	2,961	2,244	1,907	115
68	010060x097x20x	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		2あり	なし		14	28	3,321	2,485	2,112	61
69	010060x097x21x	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		2あり	あり		22	44	3,195	2,381	2,024	92
70	010060x097x3xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		3あり			25	49	3,219	2,380	2,023	98
71	010060x002x0xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		なし			6	12	3,021	2,299	1,954	22

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
72	010060x002x2xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		2あり			9	18	3,741	2,819	2,396	36
73	010060x002x30x	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		3あり	なし		12	23	3,808	2,814	2,392	51
74	010060x002x31x	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		3あり	あり		19	37	3,465	2,561	2,177	79
75	010060x001x0xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		なし			9	17	2,789	2,061	1,752	28
76	010060x001x1xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		1あり			10	19	3,207	2,370	2,015	35
77	010060x001x2xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		2あり			13	26	3,392	2,541	2,160	46
78	010060x001x3xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		3あり			18	35	3,604	2,664	2,264	76
79	010060x199x0xx	脳梗塞(JCS30以上)	なし		なし			5	18	3,197	2,651	2,253	50
80	010060x199x1xx	脳梗塞(JCS30以上)	なし		1あり			6	20	4,163	3,426	2,912	57
81	010060x199x3xx	脳梗塞(JCS30以上)	なし		3あり			10	25	4,003	3,167	2,692	60
82	010060x199x4xx	脳梗塞(JCS30以上)	なし		4あり			13	25	5,587	4,130	3,511	54
83	010060x197x0xx	脳梗塞(JCS30以上)	その他の手術あり		なし			22	43	2,669	1,973	1,677	89
84	010060x197x3xx	脳梗塞(JCS30以上)	その他の手術あり		3あり			30	59	3,263	2,412	2,050	113
85	010070xx99xxxx	脳血管障害(その他)	なし					4	12	3,104	2,547	2,165	33
86	010070xx97xxxx	脳血管障害(その他)	あり					9	17	2,774	2,050	1,743	42
87	010080xx99x00x	脳脊髄の感染を伴う炎症	なし		なし	なし		5	9	2,852	2,108	1,792	18
88	010080xx99x01x	脳脊髄の感染を伴う炎症	なし		なし	あり		8	18	3,141	2,445	2,078	45
89	010080xx99x1xx	脳脊髄の感染を伴う炎症	なし		1あり			14	31	4,010	3,087	2,624	72
90	010080xx99x4xx	脳脊髄の感染を伴う炎症	なし		4あり			13	26	4,209	3,153	2,680	57
91	010080xx97x0xx	脳脊髄の感染を伴う炎症	あり		なし			17	34	2,887	2,156	1,833	71
92	010080xx97x1xx	脳脊髄の感染を伴う炎症	あり		1あり			28	56	3,761	2,797	2,377	114
93	010080xx97x4xx	脳脊髄の感染を伴う炎症	あり		4あり			33	65	3,997	2,954	2,511	131
94	010086xxxxxxxx	プリオン病						9	31	2,955	2,430	2,066	85
95	010090xxxxx0xx	多発性硬化症			なし			9	18	2,986	2,250	1,913	40
96	010090xxxxx3xx	多発性硬化症			3あり			20	39	4,531	3,349	2,847	93
97	010090xxxxx4xx	多発性硬化症			4あり			13	25	3,067	2,267	1,927	53
98	010100xxxxx0xx	脱髄性疾患(その他)			なし			12	25	2,892	2,196	1,867	58
99	010110xxxxx0xx	免疫介在性・炎症性ニューロパチー			なし			8	15	2,793	2,064	1,754	36
100	010110xxxxx4xx	免疫介在性・炎症性ニューロパチー			4あり			6	25	13,584	7,354	6,251	59
101	010111xxxxx0xx	遺伝性ニューロパチー			なし			8	16	2,695	2,036	1,731	36
102	010120xx99xxxx	特発性(単)ニューロパチー	なし					3	7	2,698	2,170	1,845	18
103	010120xx97xxxx	特発性(単)ニューロパチー	その他の手術あり					7	13	2,384	1,762	1,498	25
104	010120xx01xxxx	特発性(単)ニューロパチー	三叉神経節後線維切断術等					8	16	2,645	1,998	1,698	26
105	010130xx99x0xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	なし		なし			4	20	4,154	2,090	1,777	50
106	010130xx99x3xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	なし		3あり			14	31	4,931	3,796	3,227	79
107	010130xx01x0xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	縦隔腫瘍、胸腺摘出術等		なし			18	44	2,402	1,884	1,601	106

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
108	010140xxxx0xx	筋疾患(その他)			なし			5	12	2,977	2,367	2,012	28
109	010140xxxx1xx	筋疾患(その他)			あり			8	24	3,306	2,686	2,283	65
110	010155xxxx0xx	運動ニューロン疾患等			なし			8	16	2,884	2,178	1,851	34
111	010155xxxx1xx	運動ニューロン疾患等			あり			10	28	3,409	2,742	2,331	73
112	010160xx99x0xx	パーキンソン病	なし		なし			9	18	2,593	1,954	1,661	40
113	010160xx99x1xx	パーキンソン病	なし		あり			12	24	3,149	2,362	2,008	49
114	010160xx97x0xx	パーキンソン病	あり		なし			13	28	2,553	1,953	1,660	62
115	010160xx97x1xx	パーキンソン病	あり		あり			26	52	2,871	2,136	1,816	109
116	010170xx99x0xx	基底核等の変性疾患	なし		なし			8	16	2,801	2,116	1,799	35
117	010170xx99x1xx	基底核等の変性疾患	なし		あり			11	21	3,343	2,471	2,100	41
118	010170xx97x0xx	基底核等の変性疾患	あり		なし			14	28	2,651	1,984	1,686	60
119	010170xx97x1xx	基底核等の変性疾患	あり		あり			24	47	2,999	2,216	1,884	92
120	010180xx99x0xx	不随意運動	なし		なし			5	11	2,954	2,312	1,965	27
121	010180xx99x1xx	不随意運動	なし		あり			3	7	4,005	3,221	2,738	17
122	010190xxxx0xx	遺伝性運動失調症			なし			8	16	2,979	2,250	1,913	34
123	010200xx99x0xx	水頭症	なし		なし			5	10	2,818	2,156	1,833	22
124	010200xx97x0xx	水頭症	その他の手術あり		なし			8	18	2,614	2,035	1,730	48
125	010200xx01x0xx	水頭症	水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)等		なし			12	24	2,598	1,949	1,657	49
126	010200xx01x1xx	水頭症	水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)等		あり			26	51	3,326	2,459	2,090	110
127	010210xxxx0xx	アルツハイマー病			なし			4	11	2,914	2,371	2,015	28
128	010210xxxx1xx	アルツハイマー病			あり			8	15	3,431	2,536	2,156	30
129	010220xxxx0xx	認知症性疾患(アルツハイマーを除く。)、 その他の変性疾患			なし			4	10	2,930	2,357	2,003	24
130	010220xxxx1xx	認知症性疾患(アルツハイマーを除く。)、 その他の変性疾患			あり			12	24	3,219	2,414	2,052	55
131	010230xx99x00x	てんかん	なし		なし	なし		3	6	2,987	2,337	1,986	13
132	010230xx99x01x	てんかん	なし		なし	あり		5	11	2,769	2,167	1,842	26
133	010230xx99x1xx	てんかん	なし		1あり			6	17	3,439	2,787	2,369	46
134	010230xx99x20x	てんかん	なし		2あり	なし		8	15	3,773	2,789	2,371	34
135	010230xx99x21x	てんかん	なし		2あり	あり		13	26	3,176	2,379	2,022	62
136	010230xx97x0xx	てんかん	あり		なし			11	22	2,829	2,124	1,805	50
137	010240xxxxxxxx	片頭痛、頭痛症候群(その他)						3	5	3,190	2,358	2,004	10
138	010260xxxxxxxx	ウェルニッケ脳症						9	22	2,866	2,262	1,923	55
139	010280xxxx0xx	ジストニー、筋無力症			なし			9	18	2,717	2,048	1,741	39
140	010290xxxxxxxx	自律神経系の障害						3	7	3,058	2,459	2,090	18
141	010310xx99x0xx	脳の障害(その他)	なし		なし			4	8	2,987	2,305	1,959	18
142	010310xx97x0xx	脳の障害(その他)	あり		なし			11	21	2,570	1,900	1,615	42
143	010310xx97x1xx	脳の障害(その他)	あり		あり			22	43	3,983	2,944	2,502	98

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
144	02001xx97x0xx	角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍		あり	なし			6	11	2,487	1,838	1,562	23
145	020040xx99x0xx	網膜芽細胞腫		なし	なし			2	3	3,358	2,482	2,110	5
146	020040xx97x0xx	網膜芽細胞腫		あり	なし			3	5	2,571	1,900	1,615	11
147	02006xxx97xxxx	眼の良性腫瘍		あり				3	5	2,455	1,815	1,543	10
148	020080xx97xxxx	眼窩腫瘍		あり				5	11	2,556	2,000	1,700	23
149	020110xx99xxxx	白内障、水晶体の疾患		なし				2	3	2,311	1,708	1,452	6
150	020110xx97x0x0	白内障、水晶体の疾患		あり	なし		片眼	2	4	2,363	1,900	1,615	7
151	020110xx97x0x1	白内障、水晶体の疾患		あり	なし		両眼	5	9	2,347	1,735	1,475	14
152	020110xx97x1x0	白内障、水晶体の疾患		あり	あり		片眼	3	5	2,829	2,091	1,777	7
153	020110xx97x1x1	白内障、水晶体の疾患		あり	あり		両眼	5	10	2,884	2,207	1,876	15
154	020120xx99xxxx	急性前部ぶどう膜炎		なし				7	14	2,724	2,064	1,754	28
155	020120xx97xxxx	急性前部ぶどう膜炎		あり				9	18	2,531	1,908	1,622	43
156	020130xx99xxxx	原田病		なし				9	17	2,661	1,967	1,672	34
157	020150xx99xxxx	斜視(外傷性・癒着性を除く。)		なし				4	11	2,881	2,344	1,992	26
158	020150xx97xxxx	斜視(外傷性・癒着性を除く。)		あり				2	4	2,253	1,812	1,540	5
159	020160xx99xxxx	網膜剥離		なし				4	7	2,513	1,857	1,578	15
160	020160xx97xxx0	網膜剥離		あり			片眼	7	14	2,389	1,810	1,539	23
161	020160xx97xxx1	網膜剥離		あり			両眼	14	27	2,249	1,663	1,414	49
162	020180xx99xxxx	糖尿病性増殖性網膜症		なし				3	5	2,569	1,899	1,614	12
163	020180xx97x0x0	糖尿病性増殖性網膜症		あり	なし		片眼	7	13	2,408	1,780	1,513	23
164	020180xx97x0x1	糖尿病性増殖性網膜症		あり	なし		両眼	14	27	2,325	1,718	1,460	51
165	020180xx97x1x0	糖尿病性増殖性網膜症		あり	あり		片眼	7	13	3,018	2,231	1,896	23
166	020200xx99xxxx	黄斑、後極変性		なし				2	3	2,402	1,776	1,510	6
167	020200xx970xxx	黄斑、後極変性		あり	なし			3	5	2,200	1,626	1,382	10
168	020200xx971xxx	黄斑、後極変性		あり	あり			7	13	2,307	1,705	1,449	20
169	020210xx99xxxx	網膜血管閉塞症		なし				4	8	3,232	2,494	2,120	15
170	020210xx97xxxx	網膜血管閉塞症		その他の手術あり				5	10	2,348	1,797	1,527	19
171	020210xx01xxxx	網膜血管閉塞症		増殖性硝子体網膜症手術				8	16	2,363	1,785	1,517	29
172	020220xx99xx0x	緑内障		なし		なし		2	3	2,416	1,786	1,518	5
173	020220xx99xx1x	緑内障		なし		あり		3	7	2,516	2,023	1,720	14
174	020220xx97xxx0	緑内障		あり			片眼	6	11	2,382	1,761	1,497	20
175	020220xx97xxx1	緑内障		あり			両眼	9	17	2,340	1,730	1,471	35
176	020230xx97xxxx	眼瞼下垂		あり				3	5	2,171	1,605	1,364	10
177	020240xx99xxxx	硝子体疾患		なし				3	5	2,433	1,798	1,528	11
178	020240xx97xxx0	硝子体疾患		あり			片眼	6	12	2,380	1,811	1,539	20
179	020240xx97xxx1	硝子体疾患		あり			両眼	13	25	2,331	1,723	1,465	46

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
180	020250xx97xxxx	結膜の障害	あり					2	4	2,293	1,844	1,567	8
181	020280xx99xxxx	角膜の障害	なし					7	13	2,600	1,922	1,634	27
182	020280xx97xxxx	角膜の障害	あり					7	14	2,470	1,872	1,591	27
183	020290xx97xxxx	涙器の疾患	あり					4	7	2,272	1,679	1,427	13
184	020320xx99xxxx	眼瞼、涙器、眼窩の疾患	なし					4	8	2,753	2,125	1,806	16
185	020320xx97xxxx	眼瞼、涙器、眼窩の疾患	あり					3	5	2,224	1,644	1,397	8
186	020340xx99xxxx	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	なし					5	10	2,836	2,170	1,845	22
187	020340xx97xxxx	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	あり					6	11	2,488	1,839	1,563	24
188	020350xx99xxxx	脈絡膜の疾患	なし					4	7	2,524	1,866	1,586	13
189	020350xx97xxxx	脈絡膜の疾患	あり					5	10	2,376	1,818	1,545	20
190	020360xx99xxxx	眼球の障害	なし					7	13	2,692	1,990	1,692	27
191	020360xx97xxxx	眼球の障害	あり					8	16	2,710	2,047	1,740	32
192	020370xx99xxxx	視神経の疾患	なし					6	12	2,912	2,216	1,884	25
193	03001xxx99x00x	頭頸部悪性腫瘍	なし		なし	なし		5	11	2,832	2,216	1,884	28
194	03001xxx99x01x	頭頸部悪性腫瘍	なし		なし	あり		8	18	2,836	2,207	1,876	43
195	03001xxx99x1xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		1あり			13	33	3,239	2,563	2,179	81
196	03001xxx99x2xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		2あり			18	36	2,237	1,670	1,420	73
197	03001xxx99x3xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		3あり			29	58	2,664	1,981	1,684	106
198	03001xxx99x4xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		4あり			4	19	5,519	2,681	2,279	40
199	03001xxx97xxxx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり					8	29	2,695	2,227	1,893	84
200	03001xxx0100xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	なし			8	15	2,552	1,887	1,604	31
201	03001xxx0101xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	1あり			23	45	2,866	2,118	1,800	92
202	03001xxx0102xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	2あり			33	66	2,257	1,677	1,425	112
203	03001xxx0103xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	3あり			44	87	2,530	1,870	1,590	144
204	03001xxx0104xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	4あり			24	48	2,761	2,056	1,748	97
205	03001xxx0110xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	なし			8	15	2,403	1,776	1,510	36
206	03001xxx0111xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	1あり			24	48	2,930	2,181	1,854	90
207	03001xxx0112xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	2あり			41	81	2,449	1,810	1,539	133
208	03001xxx0113xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	3あり			54	107	2,661	1,967	1,672	170
209	03001xxx0114xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	4あり			35	70	2,917	2,167	1,842	138
210	030150xx99x0xx	口腔・咽頭の腫瘍	なし		なし			4	7	2,906	2,148	1,826	16
211	030150xx97x0xx	口腔・咽頭の腫瘍	あり		なし			5	9	2,533	1,872	1,591	15
212	030160xxxxxxxx	大唾液腺の良性腫瘍						5	10	2,483	1,900	1,615	14
213	030180xx99xxxx	口内炎、口腔疾患	なし					4	7	2,700	1,996	1,697	13
214	030180xx97xxxx	口内炎、口腔疾患	あり					4	7	2,566	1,897	1,612	15
215	030190xx99xxxx	唾液腺炎、唾液腺腫瘍	なし					4	8	2,879	2,222	1,889	13

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
216	030190xx97xxxx	唾液腺炎、唾液腺膿瘍	あり					7	13	2,772	2,049	1,742	26
217	030200xxxxxxxx	腺内唾石						4	8	2,420	1,868	1,588	13
218	030220xxxxxxxx	ガマ腫						4	8	2,423	1,870	1,590	12
219	030230xxxxxxxx	扁桃、アデノイドの慢性疾患						5	9	2,333	1,725	1,466	12
220	030240xx99xxxx	扁桃周囲膿瘍	なし					3	6	2,952	2,311	1,964	8
221	030240xx97xxxx	扁桃周囲膿瘍	あり					4	7	2,982	2,204	1,873	10
222	030245xxxxxxxx	伝染性単核球症						5	9	2,593	1,917	1,629	14
223	030250xx990xxx	睡眠時無呼吸	なし	なし				2	3	2,318	1,713	1,456	5
224	030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	なし	あり				2	3	3,942	2,914	2,477	2
225	030250xx970xxx	睡眠時無呼吸	あり	なし				5	10	2,304	1,763	1,499	13
226	030270xxxxxxxx	上気道炎						3	5	2,448	1,809	1,538	8
227	030280xx97xxxx	声帯ポリープ、結節	あり					4	7	2,430	1,796	1,527	11
228	030290xx97xxxx	声帯麻痺	あり					6	12	2,398	1,825	1,551	24
229	030300xx99xxxx	声帯の疾患(その他)	なし					3	6	2,855	2,234	1,899	9
230	030300xx97xxxx	声帯の疾患(その他)	その他の手術あり					5	10	2,463	1,885	1,602	22
231	030300xx01xxxx	声帯の疾患(その他)	喉頭又は声帯ポリープ切除術等					4	7	2,521	1,863	1,584	11
232	030320xxxxxxxx	鼻中隔弯曲症						4	8	2,340	1,806	1,535	11
233	030330xx99xxxx	急性副鼻腔炎	なし					4	7	2,826	2,089	1,776	10
234	030340xxxxxxxx	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>						4	7	2,318	1,713	1,456	12
235	030350xxxxxxxx	慢性副鼻腔炎						5	9	2,462	1,819	1,546	12
236	030360xxxxxxxx	副鼻腔嚢胞、鼻前庭嚢胞						5	9	2,424	1,792	1,523	13
237	030370xxxxxxxx	鼻ポリープ						3	6	2,457	1,923	1,635	10
238	030380xxxxxxxx	鼻出血						4	7	2,567	1,897	1,612	13
239	030390xx99xxxx	顔面神経障害	なし					6	11	2,814	2,080	1,768	17
240	030390xx970xxx	顔面神経障害	あり	なし				7	13	2,508	1,854	1,576	22
241	030390xx971xxx	顔面神経障害	あり	あり				7	14	2,331	1,766	1,501	22
242	030400xx99xxxx	前庭機能障害	なし					3	6	2,932	2,294	1,950	11
243	030400xx97xxxx	前庭機能障害	あり					6	12	2,502	1,904	1,618	19
244	030410xxxxxxxx	めまい(末梢前庭以外)						3	6	2,956	2,314	1,967	12
245	030425xx99xxxx	聴覚の障害(その他)	なし					5	10	2,738	2,095	1,781	17
246	030425xx97xxxx	聴覚の障害(その他)	あり					7	14	2,345	1,777	1,510	23
247	030428xxxxxxxx	突発性難聴						6	11	2,830	2,091	1,777	17
248	030430xx99xxxx	滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞	なし					2	4	2,434	1,958	1,664	9
249	030430xx97xx0x	滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞	あり			なし		2	3	2,141	1,583	1,346	4
250	030430xx97xx1x	滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞	あり			あり		3	6	2,292	1,794	1,525	9
251	030440xx99xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	なし					4	7	2,566	1,896	1,612	11

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
252	030440xx97xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	その他の手術あり					5	10	2,524	1,931	1,641	18
253	030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術					3	6	2,276	1,781	1,514	11
254	030440xx01xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓室形成手術					8	15	2,308	1,706	1,450	24
255	030450xx99xxxx	外耳の障害(その他)	なし					4	7	2,672	1,975	1,679	15
256	030450xx97xxxx	外耳の障害(その他)	あり					5	9	2,384	1,762	1,498	20
257	030460xx99xxxx	中耳・乳様突起の障害	なし					4	7	2,509	1,855	1,577	10
258	030460xx97xxxx	中耳・乳様突起の障害	その他の手術あり					3	6	2,382	1,864	1,584	12
259	030460xx01xxxx	中耳・乳様突起の障害	鼓室形成手術					7	14	2,301	1,743	1,482	23
260	030470xxxxxxxx	内耳の障害(その他)						6	11	2,785	2,058	1,749	20
261	030475xxxxxxxx	耳硬化症						6	12	2,341	1,781	1,514	18
262	040010xx99x0xx	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	なし		なし			4	9	3,317	2,624	2,230	23
263	040010xx99x2xx	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	なし		2あり			21	41	2,567	1,897	1,612	79
264	040010xx99x3xx	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	なし		3あり			3	18	6,559	2,843	2,417	43
265	040010xx97x0xx	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	13	3,044	2,250	1,913	28
266	040010xx01x0xx	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	縦隔悪性腫瘍手術等		なし			8	16	2,864	2,163	1,839	25
267	040020xx99xxxx	縦隔の良性腫瘍	なし					3	6	3,661	2,865	2,435	15
268	040020xx01xxxx	縦隔の良性腫瘍	縦隔腫瘍、胸腺摘出術等					6	12	2,911	2,215	1,883	20
269	040030xx99xxxx	呼吸器系の良性腫瘍	なし					2	4	3,419	2,750	2,338	8
270	040030xx01xxxx	呼吸器系の良性腫瘍	肺切除術 気管支形成を伴う肺切除等					6	12	2,995	2,279	1,937	20
271	040040xx9900xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	なし			6	13	3,019	2,344	1,992	30
272	040040xx9901xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	1あり			13	27	3,360	2,546	2,164	61
273	040040xx9902xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	2あり			15	30	2,488	1,861	1,582	61
274	040040xx9903xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	3あり			21	41	3,070	2,269	1,929	82
275	040040xx9904xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	4あり			3	16	5,306	2,894	2,460	38
276	040040xx9905xx	肺の悪性腫瘍	なし	なし	5あり			3	21	7,015	3,323	2,825	51
277	040040xx99100x	肺の悪性腫瘍	なし	あり	なし	なし		2	4	3,466	2,788	2,370	9
278	040040xx99101x	肺の悪性腫瘍	なし	あり	なし	あり		4	11	3,426	2,787	2,369	27
279	040040xx9911xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	1あり			4	21	3,718	3,148	2,676	56
280	040040xx9912xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	2あり			21	41	2,628	1,942	1,651	79
281	040040xx9913xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	3あり			31	61	2,971	2,196	1,867	105
282	040040xx9914xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	4あり			20	40	3,192	2,380	2,023	81
283	040040xx9915xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	5あり			26	52	3,315	2,467	2,097	97
284	040040xx97x0xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	17	2,937	2,324	1,975	41
285	040040xx97x1xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			19	37	3,436	2,540	2,159	79
286	040040xx97x2xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			23	46	2,811	2,094	1,780	85
287	040040xx97x3xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			34	68	3,095	2,299	1,954	122

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
288	040040xx97x4xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり			18	36	3,386	2,527	2,148	81
289	040040xx97x5xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり			28	55	3,439	2,542	2,161	112
290	040040xx01x0xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		なし			8	16	2,862	2,162	1,838	26
291	040040xx01x1xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		1あり			11	21	3,052	2,256	1,918	40
292	040040xx01x4xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		4あり			14	27	2,928	2,164	1,839	53
293	040050xx99x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		なし			6	13	2,955	2,295	1,951	31
294	040050xx99x1xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		1あり			10	24	3,477	2,732	2,322	58
295	040050xx99x3xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		3あり			12	24	3,054	2,291	1,947	51
296	040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		4あり			7	13	8,547	6,317	5,369	30
297	040050xx97x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	その他の手術あり		なし			8	15	3,016	2,230	1,896	30
298	040050xx97x3xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	その他の手術あり		3あり			19	38	3,108	2,319	1,971	82
299	040050xx01x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	肺切除術 1側肺全摘等		なし			6	12	2,929	2,229	1,895	22
300	040060xx99xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	なし					3	6	2,702	2,115	1,798	8
301	040060xx97xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	その他の手術あり					5	10	2,476	1,895	1,611	14
302	040060xx01xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	咽後膿瘍切開術等					8	16	3,020	2,282	1,940	27
303	040070xxxxxxxx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎						3	6	2,415	1,890	1,607	9
304	040080xx99x00x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		なし	なし		4	8	2,654	2,048	1,741	16
305	040080xx99x01x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		なし	あり		8	15	2,952	2,182	1,855	33
306	040080xx99x1xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		あり			10	21	3,978	3,034	2,579	50
307	040080xx97x00x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	あり		なし	なし		10	30	2,711	2,198	1,868	76
308	040080xx97x01x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	あり		なし	あり		22	43	2,913	2,153	1,830	91
309	040080xx97x1xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	あり		あり			26	52	4,188	3,116	2,649	115
310	040090xxxxxxxx	下気道感染症(その他)						4	7	2,589	1,913	1,626	13
311	040100xxxxx00x	喘息			なし	なし		4	7	2,564	1,895	1,611	11
312	040100xxxxx01x	喘息			なし	あり		6	12	2,877	2,189	1,861	26
313	040100xxxxx1xx	喘息			あり			7	14	3,497	2,650	2,253	32
314	040110xxxxx0xx	間質性肺炎			なし			10	20	2,951	2,219	1,886	48
315	040110xxxxx1xx	間質性肺炎			あり			15	33	4,807	3,692	3,138	80
316	040120xx99x0xx	慢性閉塞性肺疾患	なし		なし			7	14	2,850	2,159	1,835	31
317	040120xx99x1xx	慢性閉塞性肺疾患	なし		あり			14	27	3,322	2,456	2,088	64
318	040120xx97x0xx	慢性閉塞性肺疾患	あり		なし			10	19	2,745	2,029	1,725	43
319	040130xx99x0xx	呼吸不全(その他)	なし		なし			6	12	2,879	2,190	1,862	28
320	040130xx99x1xx	呼吸不全(その他)	なし		あり			9	19	3,574	2,735	2,325	47
321	040130xx97x0xx	呼吸不全(その他)	あり		なし			14	31	2,875	2,213	1,881	74
322	040130xx97x1xx	呼吸不全(その他)	あり		あり			24	48	3,892	2,898	2,463	108
323	040140xx99xxxx	気道出血(その他)	なし					4	8	3,080	2,377	2,020	17

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
324	040140xx97xxxx	気道出血(その他)	あり					7	13	3,081	2,277	1,935	27
325	040150xx99x0xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	なし		なし			11	21	3,152	2,329	1,980	46
326	040150xx97x0xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	あり		なし			16	32	3,041	2,273	1,932	76
327	040150xx97x1xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	あり		あり			28	56	4,517	3,360	2,856	121
328	040160xxxxxxxx	呼吸器の結核						4	16	3,117	2,609	2,218	44
329	040170xxxxxxxx	抗酸菌関連疾患(肺結核以外)						4	12	3,021	2,479	2,107	32
330	040180xx99xxxx	気管支狭窄など気管通過障害	なし					4	7	2,868	2,120	1,802	18
331	040180xx97xxxx	気管支狭窄など気管通過障害	あり					7	16	2,688	2,104	1,788	41
332	040190xx99xxxx	胸水、胸膜の疾患(その他)	なし					8	15	2,971	2,196	1,867	35
333	040190xx97xxxx	胸水、胸膜の疾患(その他)	あり					16	32	3,053	2,281	1,939	74
334	040200xx99x00x	気胸	なし		なし	なし		4	8	2,896	2,235	1,900	14
335	040200xx99x01x	気胸	なし		なし	あり		7	13	2,875	2,125	1,806	26
336	040200xx97x0xx	気胸	その他の手術あり		なし			8	15	2,871	2,122	1,804	33
337	040200xx01x00x	気胸	肺切除術等		なし	なし		5	10	3,006	2,300	1,955	17
338	040200xx01x01x	気胸	肺切除術等		なし	あり		9	17	2,872	2,123	1,805	32
339	040210xx99xxxx	気管支拡張症	なし					6	12	2,927	2,227	1,893	24
340	040210xx97xxxx	気管支拡張症	あり					9	17	3,005	2,221	1,888	36
341	040220xx99x0xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	なし		なし			3	7	3,051	2,454	2,086	16
342	040220xx97x0xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	あり		なし			10	19	2,699	1,995	1,696	38
343	040220xx97x1xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	あり		あり			17	33	3,608	2,667	2,267	73
344	040230xx99xxxx	血胸、血気胸、乳び胸	なし					6	12	3,212	2,444	2,077	26
345	040230xx97xxxx	血胸、血気胸、乳び胸	あり					6	12	3,317	2,524	2,145	27
346	040240xx99x0xx	肺循環疾患	なし		なし			7	16	3,642	2,851	2,423	39
347	040240xx99x1xx	肺循環疾患	なし		あり			8	19	5,548	4,364	3,709	46
348	040240xx97x1xx	肺循環疾患	あり		あり			20	40	6,123	4,566	3,881	90
349	040260xx99x0xx	原発性肺高血圧	なし		なし			6	16	3,554	2,859	2,430	41
350	040260xx99x1xx	原発性肺高血圧	なし		あり			9	23	7,731	6,146	5,224	62
351	040310xxxxxxxx	その他の呼吸器の障害						5	11	2,931	2,294	1,950	29
352	050020xx01xxxx	心臓の良性腫瘍	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術					13	26	3,251	2,435	2,070	48
353	050030xx9900xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	なし			4	12	3,604	2,958	2,514	31
354	050030xx9902xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	2あり			9	17	3,825	2,827	2,403	33
355	050030xx99100x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	あり	なし	なし		3	7	4,532	2,963	2,519	16
356	050030xx99101x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	あり	なし	あり		3	12	5,046	2,826	2,402	26
357	050030xx9912xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	あり	2あり			9	17	4,000	2,957	2,513	33
358	050030xx97x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	その他の手術あり		なし			12	27	3,623	2,804	2,383	69
359	050030xx97x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	その他の手術あり		4あり			5	18	4,879	4,047	3,440	48

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
360	050030xx03x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		なし			8	15	3,034	2,242	1,906	27
361	050030xx03x10x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	なし		9	17	3,517	2,599	2,209	37
362	050030xx03x11x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	あり		15	30	3,911	2,925	2,486	74
363	050030xx03x2xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		2あり			10	19	3,580	2,646	2,249	33
364	050030xx03x3xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		3あり			9	17	3,655	2,701	2,296	32
365	050030xx03x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		4あり			11	21	3,648	2,696	2,292	42
366	050030xx02x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	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)等		なし			17	34	3,406	2,544	2,162	67
367	050030xx02x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	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)等		4あり			17	33	4,330	3,200	2,720	67
368	050040xx97xxxx	急性心筋梗塞の続発性合併症	その他の手術あり					9	25	5,522	4,441	3,775	65
369	050040xx01xxxx	急性心筋梗塞の続発性合併症	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術					16	32	6,580	4,917	4,179	74
370	050050xx99000x	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	なし	なし		3	6	3,295	2,579	2,192	13
371	050050xx99001x	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	なし	あり		5	10	3,041	2,327	1,978	23
372	050050xx9901xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	1あり			4	10	3,481	2,800	2,380	24
373	050050xx9902xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	2あり			6	12	4,065	3,093	2,629	24
374	050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	なし			2	4	4,172	3,356	2,853	5
375	050050xx9911xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	1あり			2	4	4,615	3,712	3,155	6
376	050050xx9912xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	2あり			4	10	5,413	3,841	3,265	20
377	050050xx97x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		なし			9	17	3,270	2,417	2,054	39
378	050050xx97x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		2あり			14	28	3,517	2,633	2,238	55
379	050050xx97x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		4あり			3	6	4,079	3,192	2,713	16
380	050050xx03x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		なし			3	6	2,759	2,160	1,836	12
381	050050xx03x10x	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	なし		4	7	3,118	2,305	1,959	14
382	050050xx03x11x	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	あり		5	11	3,222	2,521	2,143	25
383	050050xx03x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		2あり			9	17	3,702	2,736	2,326	35
384	050050xx03x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		4あり			7	13	3,039	2,246	1,909	30
385	050050xx02x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	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)等		なし			14	27	3,268	2,416	2,054	46
386	050050xx02x1xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	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)等		1あり			18	35	4,058	2,999	2,549	72
387	050050xx02x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	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)等		2あり			21	41	3,547	2,621	2,228	76
388	050050xx02x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	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)等		4あり			15	30	3,685	2,756	2,343	56
389	050060xx9900xx	心筋症	なし	なし	なし			7	14	2,919	2,212	1,880	31
390	050060xx9910xx	心筋症	なし	あり	なし			4	7	4,583	3,387	2,879	16
391	050060xx9912xx	心筋症	なし	あり	2あり			9	17	4,765	3,522	2,994	34
392	050060xx97x0xx	心筋症	あり		なし			11	21	3,064	2,265	1,925	46
393	050065xx9900xx	拡張型心筋症	なし	なし	なし			8	16	2,915	2,202	1,872	36
394	050065xx9902xx	拡張型心筋症	なし	なし	2あり			12	23	3,562	2,633	2,238	51
395	050065xx9910xx	拡張型心筋症	なし	あり	なし			3	10	4,767	3,493	2,969	26

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
396	050065xx912xx	拡張型心筋症	なし	あり	2あり			11	21	4,169	3,082	2,620	43
397	050065xx97x0xx	拡張型心筋症	あり		なし			12	24	3,053	2,290	1,947	51
398	050065xx97x2xx	拡張型心筋症	あり		2あり			21	41	3,380	2,498	2,123	83
399	050070xx9900xx	頻脈性不整脈	なし	なし	なし			3	7	3,078	2,476	2,105	18
400	050070xx99100x	頻脈性不整脈	なし	あり	なし	なし		3	8	7,453	5,162	4,388	17
401	050070xx99101x	頻脈性不整脈	なし	あり	なし	あり		4	14	5,385	3,718	3,160	31
402	050070xx97x0xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		なし			10	19	2,972	2,197	1,867	41
403	050070xx97x1xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		1あり			15	35	3,896	3,032	2,577	85
404	050070xx97x4xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		4あり			12	23	3,321	2,455	2,087	53
405	050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術		なし			4	7	2,920	2,158	1,834	13
406	050070xx01x1xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術		1あり			5	9	3,213	2,374	2,018	18
407	050080xx9900xx	弁膜症	なし	なし	なし			6	11	2,988	2,209	1,878	25
408	050080xx9910xx	弁膜症	なし	あり	なし			3	7	5,240	3,426	2,912	14
409	050080xx9911xx	弁膜症	なし	あり	1あり			4	9	4,836	3,827	3,253	21
410	050080xx97x0xx	弁膜症	その他の手術あり		なし			9	20	3,209	2,486	2,113	46
411	050080xx03x0xx	弁膜症	経皮的僧帽弁拡張術等		なし			7	13	2,986	2,207	1,876	28
412	050080xx02x0xx	弁膜症	弁置換術等		なし			15	29	3,168	2,341	1,990	53
413	050080xx02x1xx	弁膜症	弁置換術等		1あり			23	45	4,152	3,069	2,609	90
414	050080xx02x4xx	弁膜症	弁置換術等		4あり			17	33	3,367	2,489	2,116	62
415	050080xx01x0xx	弁膜症	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)等		なし			16	32	3,342	2,498	2,123	57
416	050085xx9910xx	連合弁膜症	なし	あり	なし			3	6	5,094	3,986	3,388	14
417	050085xx01x0xx	連合弁膜症	弁置換術 3弁のもの等		なし			16	31	3,362	2,485	2,112	54
418	050090xx99x0xx	心内膜炎	なし		なし			10	25	3,131	2,478	2,106	58
419	050090xx97x0xx	心内膜炎	あり		なし			26	51	3,915	2,894	2,460	99
420	050100xx99xxxx	心筋炎	なし					7	13	3,567	2,636	2,241	28
421	050100xx97xxxx	心筋炎	あり					11	29	7,900	6,297	5,352	76
422	050110xx99xxxx	急性心膜炎	なし					6	11	3,275	2,421	2,058	23
423	050130xxxx00xx	心不全		なし	なし			10	19	2,923	2,161	1,837	41
424	050130xxxx01xx	心不全		なし	1あり			10	24	3,501	2,751	2,338	61
425	050130xxxx02xx	心不全		なし	2あり			13	26	3,390	2,539	2,158	53
426	050130xxxx04xx	心不全		なし	4あり			11	29	5,509	4,391	3,732	75
427	050130xxxx100x	心不全		あり	なし	なし		4	16	4,145	2,950	2,508	36
428	050130xxxx101x	心不全		あり	なし	あり		13	26	3,338	2,501	2,126	50
429	050130xxxx11xx	心不全		あり	1あり			10	23	3,956	3,083	2,621	58
430	050130xxxx12xx	心不全		あり	2あり			15	30	3,648	2,728	2,319	60
431	050130xxxx14xx	心不全		あり	4あり			20	42	4,534	3,432	2,917	96

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
432	050140xxxx0xx	高血圧性疾患			なし			6	12	2,945	2,241	1,905	25
433	050161xx9900xx	解離性大動脈瘤	なし	なし				8	18	3,525	2,744	2,332	39
434	050161xx9910xx	解離性大動脈瘤	なし	あり	なし			3	12	4,335	3,264	2,774	32
435	050161xx97x0xx	解離性大動脈瘤	その他の手術あり		なし			14	31	3,815	2,937	2,496	75
436	050161xx04x0xx	解離性大動脈瘤	ステントグラフト内挿術		なし			13	26	3,245	2,431	2,066	54
437	050161xx02x0xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等		なし			20	39	3,898	2,881	2,449	79
438	050161xx01x0xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 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等		なし			16	32	4,391	3,281	2,789	65
439	050162xx97x0xx	破裂性大動脈瘤	その他の手術あり		なし			4	16	4,442	3,718	3,160	43
440	050162xx03x0xx	破裂性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		なし			12	24	4,484	3,363	2,859	51
441	050162xx01x0xx	破裂性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 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等		なし			18	35	4,639	3,429	2,915	77
442	050163xx9900xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	なし	なし				5	9	3,619	2,675	2,274	20
443	050163xx9910xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	なし	あり	なし			3	6	4,155	3,252	2,764	14
444	050163xx97x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	その他の手術あり		なし			8	16	3,119	2,357	2,003	35
445	050163xx04x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	ステントグラフト内挿術		なし			9	18	3,038	2,290	1,947	32
446	050163xx03x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		なし			12	23	3,116	2,303	1,958	38
447	050163xx03x1xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		1あり			16	31	3,857	2,851	2,423	62
448	050163xx02x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等		なし			16	32	3,621	2,706	2,300	62
449	050163xx01x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 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等		なし			17	33	3,533	2,611	2,219	59
450	050170xx9900xx	閉塞性動脈疾患	なし	なし	なし			4	12	3,412	2,800	2,380	28
451	050170xx9901xx	閉塞性動脈疾患	なし	なし	1あり			4	10	4,035	3,245	2,758	26
452	050170xx9910xx	閉塞性動脈疾患	なし	あり	なし			3	5	4,384	3,240	2,754	10
453	050170xx9911xx	閉塞性動脈疾患	なし	あり	1あり			2	4	5,166	4,155	3,532	9
454	050170xx97x0xx	閉塞性動脈疾患	その他の手術あり		なし			9	17	3,061	2,263	1,924	40
455	050170xx03x00x	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		なし	なし		4	7	2,711	2,004	1,703	14
456	050170xx03x01x	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		なし	あり		5	12	2,859	2,273	1,932	29
457	050170xx03x1xx	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		1あり			4	9	3,128	2,475	2,104	22
458	050170xx02x0xx	閉塞性動脈疾患	四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等		なし			22	44	2,634	1,962	1,668	95
459	050170xx02x1xx	閉塞性動脈疾患	四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等		1あり			27	54	3,036	2,259	1,920	115
460	050170xx01x0xx	閉塞性動脈疾患	血管移植術、バイパス移植術等		なし			12	23	3,016	2,229	1,895	46
461	050170xx01x1xx	閉塞性動脈疾患	血管移植術、バイパス移植術等		1あり			16	31	3,434	2,538	2,157	69
462	050180xx99xxxx	静脈・リンパ管疾患	なし					7	14	2,892	2,192	1,863	28
463	050180xx97xxxx	静脈・リンパ管疾患	その他の手術あり					11	22	2,956	2,220	1,887	50
464	050180xx01xxxx	静脈・リンパ管疾患	下肢静脈瘤手術等					3	5	2,339	1,729	1,470	9
465	050190xx99x0xx	肺塞栓症	なし		なし			8	15	3,391	2,506	2,130	32
466	050190xx99x2xx	肺塞栓症	なし		2あり			10	19	3,544	2,619	2,226	39
467	050190xx99x3xx	肺塞栓症	なし		3あり			11	21	4,507	3,331	2,831	38

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
468	050190xx97x0xx	肺塞栓症		あり	なし			12	23	3,298	2,437	2,071	53
469	050190xx97x2xx	肺塞栓症		あり	2あり			16	32	3,354	2,507	2,131	63
470	050190xx97x3xx	肺塞栓症		あり	3あり			13	26	4,248	3,182	2,705	53
471	050200xx99xxxx	循環器疾患(その他)		なし				4	8	3,221	2,486	2,113	19
472	050200xx97xxxx	循環器疾患(その他)		あり				6	16	2,780	2,236	1,901	43
473	050210xx9900xx	徐脈性不整脈		なし	なし			4	8	3,730	2,878	2,446	17
474	050210xx9910xx	徐脈性不整脈		なし	あり			3	7	7,869	5,145	4,373	16
475	050210xx97x0xx	徐脈性不整脈		あり	なし			7	13	2,754	2,035	1,730	24
476	050210xx97x1xx	徐脈性不整脈		あり	1あり			9	18	3,286	2,476	2,105	38
477	050340xx99xxxx	その他の循環器の障害		なし				4	10	3,289	2,646	2,249	23
478	050340xx97xxxx	その他の循環器の障害		あり				8	17	3,046	2,340	1,989	42
479	060010xx99x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		なし	なし			6	11	2,972	2,197	1,867	24
480	060010xx99x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		なし	1あり			12	24	3,257	2,442	2,076	54
481	060010xx99x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		なし	2あり			21	42	2,766	2,062	1,753	87
482	060010xx99x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		なし	3あり			5	12	3,823	2,744	2,332	25
483	060010xx97x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		その他の手術あり	なし			7	14	2,884	2,186	1,858	32
484	060010xx97x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		その他の手術あり	1あり			16	32	3,324	2,484	2,111	69
485	060010xx97x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		その他の手術あり	2あり			34	67	2,873	2,124	1,805	116
486	060010xx97x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		その他の手術あり	3あり			14	32	3,295	2,555	2,172	74
487	060010xx02x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		内視鏡的食道粘膜切除術等	なし			6	12	2,688	2,045	1,738	23
488	060010xx02x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		内視鏡的食道粘膜切除術等	1あり			19	37	3,077	2,274	1,933	78
489	060010xx02x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		内視鏡的食道粘膜切除術等	2あり			36	72	2,796	2,077	1,765	133
490	060010xx02x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		内視鏡的食道粘膜切除術等	3あり			12	26	3,177	2,437	2,071	63
491	060010xx01x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	なし			15	30	2,767	2,069	1,759	53
492	060010xx01x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	1あり			20	40	3,265	2,434	2,069	71
493	060010xx01x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	2あり			46	92	2,901	2,153	1,830	141
494	060010xx01x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	3あり			32	63	3,102	2,292	1,948	110
495	060020xx99x0xx	胃の悪性腫瘍		なし	なし			6	11	2,885	2,133	1,813	23
496	060020xx99x1xx	胃の悪性腫瘍		なし	1あり			12	25	3,065	2,327	1,978	57
497	060020xx99x2xx	胃の悪性腫瘍		なし	2あり			18	36	2,871	2,143	1,822	78
498	060020xx99x3xx	胃の悪性腫瘍		なし	3あり			3	11	4,280	2,752	2,339	27
499	060020xx97x0xx	胃の悪性腫瘍		その他の手術あり	なし			8	16	2,807	2,120	1,802	36
500	060020xx97x1xx	胃の悪性腫瘍		その他の手術あり	1あり			18	35	3,086	2,281	1,939	73
501	060020xx97x2xx	胃の悪性腫瘍		その他の手術あり	2あり			28	56	2,987	2,222	1,889	118
502	060020xx97x3xx	胃の悪性腫瘍		その他の手術あり	3あり			17	34	3,080	2,300	1,955	78
503	060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍		内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	なし			6	11	2,655	1,963	1,669	17

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
504	060020xx04x1xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術		1あり			9	18	3,178	2,395	2,036	41
505	060020xx03x0xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		なし			7	13	2,674	1,977	1,680	22
506	060020xx03x1xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		1あり			18	36	3,038	2,267	1,927	72
507	060020xx03x3xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		3あり			19	37	2,874	2,124	1,805	74
508	060020xx02x0xx	胃の悪性腫瘍	胃切除術 悪性腫瘍手術等		なし			10	20	2,684	2,019	1,716	32
509	060020xx02x1xx	胃の悪性腫瘍	胃切除術 悪性腫瘍手術等		1あり			16	32	2,912	2,176	1,850	60
510	060020xx02x3xx	胃の悪性腫瘍	胃切除術 悪性腫瘍手術等		3あり			17	34	2,743	2,048	1,741	59
511	060020xx01x0xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		なし			12	23	2,693	1,991	1,692	37
512	060020xx01x1xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		1あり			18	36	2,920	2,179	1,852	66
513	060020xx01x3xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		3あり			21	41	2,814	2,080	1,768	71
514	060030xx99x0xx	小腸の悪性腫瘍	なし		なし			5	11	2,989	2,339	1,988	26
515	060030xx99x3xx	小腸の悪性腫瘍	なし		3あり			3	8	5,598	3,877	3,295	20
516	060030xx97x0xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			8	16	2,797	2,113	1,796	34
517	060030xx97x1xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			22	43	3,127	2,311	1,964	82
518	060030xx97x3xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			16	36	3,487	2,691	2,287	89
519	060030xx01x0xx	小腸の悪性腫瘍	小腸切除術等		なし			11	21	2,735	2,021	1,718	38
520	060030xx01x1xx	小腸の悪性腫瘍	小腸切除術等		1あり			17	34	2,997	2,238	1,902	69
521	060035xx99x00x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		なし	なし		3	6	2,811	2,200	1,870	14
522	060035xx99x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		なし	あり		4	9	2,927	2,316	1,969	21
523	060035xx99x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		1あり			10	23	3,078	2,398	2,038	55
524	060035xx99x2xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		2あり			15	30	2,723	2,036	1,731	64
525	060035xx99x3xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		3あり			3	5	4,804	3,551	3,018	10
526	060035xx99x4xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		4あり			2	4	7,125	5,731	4,871	6
527	060035xx99x5xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		5あり			3	5	10,930	8,079	6,867	8
528	060035xx97x0xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			3	11	2,823	2,363	2,009	28
529	060035xx97x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			19	37	3,100	2,292	1,948	74
530	060035xx97x30x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	なし		7	18	3,392	2,708	2,302	47
531	060035xx97x31x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	あり		11	30	3,274	2,622	2,229	72
532	060035xx97x40x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	なし		6	12	4,913	3,738	3,177	29
533	060035xx97x41x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	あり		7	24	4,289	3,532	3,002	64
534	060035xx03x00x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術		なし	なし		3	5	2,751	2,033	1,728	9
535	060035xx03x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術		なし	あり		4	8	2,801	2,162	1,838	16
536	060035xx02x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	腸吻合術等		1あり			20	40	3,083	2,299	1,954	79
537	060035xx0100xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	なし			10	19	2,696	1,993	1,694	32
538	060035xx0101xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	1あり			15	30	2,966	2,218	1,885	53
539	060035xx0103xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	3あり			16	32	2,777	2,075	1,764	55

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
540	060035xx0104xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	4あり			21	41	3,360	2,484	2,111	77
541	060035xx0110xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	なし			15	29	2,759	2,039	1,733	51
542	060035xx0111xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	1あり			23	45	3,118	2,305	1,959	87
543	060035xx0113xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	3あり			22	43	2,856	2,111	1,794	72
544	060035xx0114xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	4あり			19	37	3,296	2,436	2,071	60
545	060040xx99x0xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		なし			4	9	2,946	2,331	1,981	22
546	060040xx99x1xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		1あり			11	24	3,062	2,355	2,002	59
547	060040xx99x2xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		2あり			13	29	2,620	2,022	1,719	63
548	060040xx99x3xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		3あり			3	5	4,942	3,653	3,105	8
549	060040xx99x4xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		4あり			2	4	7,377	5,934	5,044	6
550	060040xx99x5xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし		5あり			3	5	10,765	7,957	6,763	9
551	060040xx97000x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし	なし		4	11	2,791	2,271	1,930	26
552	060040xx97001x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし	あり		8	17	2,818	2,165	1,840	40
553	060040xx9701xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	1あり			18	36	3,142	2,345	1,993	82
554	060040xx9703xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	3あり			6	22	3,454	2,863	2,434	63
555	060040xx9710xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	なし			8	16	2,515	1,900	1,615	34
556	060040xx9711xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	1あり			18	36	2,873	2,144	1,822	74
557	060040xx9713xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	3あり			7	19	3,473	2,794	2,375	48
558	060040xx97140x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり	なし		6	12	5,097	3,878	3,296	30
559	060040xx97141x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり	あり		7	21	4,339	3,531	3,001	55
560	060040xx03x00x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術		なし	なし		3	6	2,737	2,142	1,821	10
561	060040xx03x01x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術		なし	あり		5	9	2,809	2,076	1,765	17
562	060040xx02x0xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)等		なし			6	11	2,581	1,908	1,622	19
563	060040xx0100xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	なし			11	21	2,661	1,966	1,671	35
564	060040xx0101xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	1あり			17	33	2,867	2,119	1,801	59
565	060040xx0103xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	3あり			17	34	2,746	2,050	1,743	58
566	060040xx0110xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	なし			16	31	2,589	1,913	1,626	53
567	060040xx0111xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	1あり			23	45	2,858	2,112	1,795	82
568	060040xx0113xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	3あり			23	45	2,723	2,012	1,710	79
569	060040xx0114xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	4あり			23	46	3,284	2,446	2,079	81
570	060050xx99x0xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし		なし			6	12	3,150	2,397	2,037	27
571	060050xx99x1xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし		1あり			12	23	3,169	2,342	1,991	53
572	060050xx99x2xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし		2あり			16	31	2,747	2,030	1,726	63
573	060050xx99x30x	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし		3あり	なし		3	10	5,463	3,385	2,877	23
574	060050xx99x31x	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし		3あり	あり		4	16	5,397	3,075	2,614	39
575	060050xx9700xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	なし			9	19	2,936	2,246	1,909	44

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
576	060050xx9701xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	1あり			16	32	3,381	2,527	2,148	70
577	060050xx9703xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	3あり			12	28	3,497	2,728	2,319	69
578	060050xx97100x	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	なし	なし		7	14	2,736	2,074	1,763	32
579	060050xx97101x	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	なし	あり		11	21	2,907	2,149	1,827	47
580	060050xx9711xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	1あり			18	35	3,438	2,541	2,160	76
581	060050xx9712xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	2あり			24	47	2,743	2,027	1,723	87
582	060050xx9713xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	3あり			8	15	2,699	1,995	1,696	28
583	060050xx0300xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	なし			6	12	2,939	2,236	1,901	21
584	060050xx0301xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	1あり			10	19	3,245	2,398	2,038	41
585	060050xx0303xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	3あり			12	23	3,265	2,414	2,052	45
586	060050xx0310xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	あり	なし			12	23	2,832	2,093	1,779	42
587	060050xx0313xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	あり	3あり			12	23	2,718	2,009	1,708	40
588	060050xx0200xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	なし			10	20	2,842	2,138	1,817	33
589	060050xx0201xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	1あり			13	25	3,158	2,334	1,984	44
590	060050xx0203xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	3あり			17	33	3,080	2,277	1,935	65
591	060050xx0210xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	なし			11	22	2,838	2,131	1,811	37
592	060050xx0211xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	1あり			14	28	3,160	2,365	2,010	52
593	060050xx0213xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	3あり			20	39	2,955	2,184	1,856	68
594	060050xx0100xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せ行う場合等	なし	なし			13	26	2,938	2,201	1,871	45
595	060050xx0101xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せ行う場合等	なし	1あり			15	29	3,274	2,420	2,057	55
596	060050xx0111xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せ行う場合等	あり	1あり			16	32	3,224	2,409	2,048	63
597	060060xx99x0xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし	なし				6	12	2,956	2,249	1,912	28
598	060060xx99x1xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		1あり			15	29	3,112	2,300	1,955	61
599	060060xx99x4xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		4あり			2	14	5,515	2,859	2,430	34
600	060060xx9700xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし			9	18	2,907	2,191	1,862	39
601	060060xx9701xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	1あり			19	37	3,186	2,355	2,002	77
602	060060xx9704xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	4あり			12	28	3,056	2,383	2,026	61
603	060060xx9710xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	なし			11	22	2,841	2,134	1,814	47
604	060060xx9711xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	1あり			24	48	3,153	2,347	1,995	94
605	060060xx9714xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり			18	36	2,935	2,191	1,862	76
606	060060xx0300xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	なし	なし			10	20	2,776	2,088	1,775	37
607	060060xx0301xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	なし	1あり			17	33	3,055	2,258	1,919	66
608	060060xx0200xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	なし	なし			17	34	2,769	2,068	1,758	61
609	060060xx0201xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	なし	1あり			23	45	3,133	2,316	1,969	81
610	060060xx0211xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	あり	1あり			33	66	3,051	2,267	1,927	105
611	06007xxx99x0xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		なし			6	11	3,043	2,249	1,912	26

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
612	06007xxx99x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		1あり			13	25	3,171	2,344	1,992	56
613	06007xxx99x3xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		3あり			23	46	2,681	1,997	1,697	82
614	06007xxx99x4xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		4あり			9	19	3,281	2,510	2,134	43
615	06007xxx97x0xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		なし			10	19	2,908	2,149	1,827	41
616	06007xxx97x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		1あり			21	41	3,168	2,342	1,991	84
617	06007xxx97x3xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		3あり			37	73	2,724	2,014	1,712	126
618	06007xxx97x4xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		4あり			18	36	3,008	2,245	1,908	75
619	06007xxx02x0xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。.)の場合等		なし			13	26	2,815	2,109	1,793	49
620	06007xxx02x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。.)の場合等		1あり			19	38	3,058	2,282	1,940	68
621	06007xxx02x4xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。.)の場合等		4あり			25	49	2,977	2,200	1,870	81
622	06007xxx0100xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	なし			18	36	2,761	2,061	1,752	60
623	06007xxx0101xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	1あり			21	42	3,085	2,299	1,954	72
624	06007xxx0104xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	4あり			29	58	3,129	2,327	1,978	93
625	06007xxx0111xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	あり	1あり			29	57	3,024	2,235	1,900	95
626	060090xx99xxxx	胃の良性腫瘍	なし					3	5	3,061	2,262	1,923	12
627	060090xx97xxxx	胃の良性腫瘍	その他の手術あり					6	12	2,770	2,108	1,792	23
628	060090xx02xxxx	胃の良性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 その他のポリープ・粘膜切除術等					4	8	2,678	2,066	1,756	14
629	060090xx01xxxx	胃の良性腫瘍	胃全摘術 単純全摘術等					8	15	2,750	2,032	1,727	24
630	060100xx99xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	なし			なし		3	5	2,743	2,028	1,724	10
631	060100xx99xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	なし			あり		4	8	2,842	2,193	1,864	16
632	060100xx97xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	その他の手術あり			なし		5	9	2,696	1,992	1,693	20
633	060100xx97xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	その他の手術あり			あり		7	13	2,817	2,082	1,770	24
634	060100xx03xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	直腸切除・切断術等					12	24	2,666	2,000	1,700	43
635	060100xx02xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 その他のポリープ・粘膜切除術等					2	3	2,819	2,084	1,771	5
636	060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	結腸切除術等					10	20	2,838	2,135	1,815	36
637	060130xx99x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	なし		なし			4	8	2,853	2,201	1,871	16
638	060130xx99x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	なし		あり			9	22	3,107	2,453	2,085	54
639	060130xx97x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	その他の手術あり		なし			7	13	2,833	2,094	1,780	27
640	060130xx97x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	その他の手術あり		あり			12	25	3,406	2,586	2,198	61
641	060130xx02x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		なし			5	10	2,673	2,046	1,739	22
642	060130xx02x10x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		あり	なし		10	24	3,293	2,587	2,199	58
643	060130xx02x11x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		あり	あり		18	38	3,402	2,581	2,194	90
644	060130xx01x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	食道アカラシア形成手術等		なし			9	17	2,712	2,004	1,703	33
645	060130xx01x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	食道アカラシア形成手術等		あり			19	37	3,134	2,316	1,969	82
646	060140xx99x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	なし		なし			5	9	2,856	2,111	1,794	18
647	060140xx99x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	なし		あり			11	22	3,215	2,414	2,052	50

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
648	060140xx97x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	その他の手術あり		なし			7	13	2,841	2,100	1,785	25
649	060140xx97x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	その他の手術あり		あり			13	26	3,364	2,520	2,142	60
650	060140xx02x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	内視鏡的消化管止血術		なし			6	12	2,751	2,093	1,779	20
651	060140xx02x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	内視鏡的消化管止血術		あり			11	21	3,303	2,442	2,076	47
652	060140xx01x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	胃切除術 単純切除術等		なし			8	16	3,028	2,287	1,944	30
653	060140xx01x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	胃切除術 単純切除術等		あり			17	33	3,358	2,482	2,110	67
654	060150xx99xxxx	虫垂炎	なし					3	6	3,184	2,492	2,118	9
655	060150xx02xx0x	虫垂炎	虫垂切除術等			なし		4	7	3,204	2,368	2,013	10
656	060150xx02xx1x	虫垂炎	虫垂切除術等			あり		6	11	3,155	2,332	1,982	19
657	060150xx01xxxx	虫垂炎	結腸切除術 小範囲切除等					8	16	3,052	2,306	1,960	28
658	060160x099xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	なし					2	4	2,956	2,378	2,021	7
659	060160x003xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)					3	6	2,459	1,924	1,635	9
660	060160x002xx0x	鼠径ヘルニア(15歳以上)	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア			なし		3	6	2,274	1,780	1,513	10
661	060160x002xx1x	鼠径ヘルニア(15歳以上)	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア			あり		6	11	2,836	2,096	1,782	18
662	060160x199xxxx	鼠径ヘルニア(15歳未満)	なし					1	2	2,295	1,995	1,696	3
663	060170xx99xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	なし					4	7	3,049	2,254	1,916	15
664	060170xx97xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	その他の手術あり					9	18	2,793	2,105	1,789	46
665	060170xx02xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	ヘルニア手術 腹壁癒着ヘルニア等					5	9	2,419	1,788	1,520	18
666	060170xx01xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術					9	18	3,026	2,281	1,939	34
667	060180xx99x0xx	クローン病等	なし		なし			6	12	2,903	2,209	1,878	28
668	060180xx99x1xx	クローン病等	なし		1あり			16	32	2,966	2,216	1,884	63
669	060180xx97x0xx	クローン病等	その他の手術あり		なし			7	14	2,680	2,031	1,726	31
670	060180xx97x1xx	クローン病等	その他の手術あり		1あり			19	38	2,944	2,196	1,867	93
671	060180xx97x3xx	クローン病等	その他の手術あり		3あり			20	41	4,662	3,504	2,978	97
672	060180xx01x0xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		なし			10	19	2,773	2,049	1,742	40
673	060180xx01x1xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		1あり			23	45	2,894	2,139	1,818	83
674	060180xx01x3xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		3あり			29	57	4,279	3,162	2,688	127
675	060185xx99x00x	潰瘍性大腸炎	なし		なし	なし		5	14	2,772	2,250	1,913	32
676	060185xx99x01x	潰瘍性大腸炎	なし		なし	あり		10	19	2,680	1,981	1,684	38
677	060185xx99x1xx	潰瘍性大腸炎	なし		1あり			19	37	2,910	2,151	1,828	68
678	060185xx99x3xx	潰瘍性大腸炎	なし		3あり			17	34	4,829	3,606	3,065	74
679	060185xx97x0xx	潰瘍性大腸炎	その他の手術あり		なし			9	20	2,730	2,115	1,798	47
680	060185xx97x1xx	潰瘍性大腸炎	その他の手術あり		1あり			24	48	3,155	2,349	1,997	95
681	060185xx97x3xx	潰瘍性大腸炎	その他の手術あり		3あり			27	54	4,449	3,310	2,814	102
682	060185xx01x0xx	潰瘍性大腸炎	結腸切除術+人工肛門造設術等		なし			11	22	2,660	1,998	1,698	39
683	060185xx01x1xx	潰瘍性大腸炎	結腸切除術+人工肛門造設術等		1あり			17	34	2,954	2,206	1,875	68

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
684	060190xx99x0xx	虚血性腸炎	なし		なし			5	10	2,809	2,150	1,828	16
685	060190xx99x1xx	虚血性腸炎	なし		あり			10	19	3,927	2,903	2,468	43
686	060190xx97x0xx	虚血性腸炎	あり		なし			7	14	2,849	2,159	1,835	27
687	060190xx97x1xx	虚血性腸炎	あり		あり			18	36	4,396	3,281	2,789	85
688	060200xx99xxxx	腸重積	なし					2	4	2,807	2,258	1,919	6
689	060200xx02xxxx	腸重積	腸重積症整復術 観血的なもの					4	8	2,758	2,128	1,809	12
690	060200xx01xxxx	腸重積	腸重積症整復術 非観血的なもの					2	3	2,508	1,854	1,576	4
691	060210xx99x0xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞	なし		なし			5	10	2,985	2,284	1,941	18
692	060210xx99x1xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞	なし		あり			12	23	3,328	2,460	2,091	52
693	060210xx97x0xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞	あり		なし			10	19	2,976	2,200	1,870	35
694	060210xx97x1xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞	あり		あり			18	36	3,255	2,430	2,066	70
695	060220xx97xxxx	直腸脱、肛門脱	あり					5	10	2,326	1,780	1,513	18
696	060230xx99xxxx	肛門周囲膿瘍	なし					5	9	2,722	2,012	1,710	21
697	060230xx97xxxx	肛門周囲膿瘍	あり					4	8	2,700	2,084	1,771	18
698	060235xx97xxxx	痔瘻	あり					4	7	2,278	1,684	1,431	13
699	060240xx97xxxx	外痔核	あり					4	7	2,427	1,794	1,525	13
700	060245xx99xxxx	内痔核	なし					2	3	2,476	1,830	1,556	7
701	060245xx97xxxx	内痔核	あり					4	7	2,249	1,662	1,413	11
702	060250xx97xxxx	尖圭コンジローム	あり					2	3	2,518	1,861	1,582	6
703	060260xx97xxxx	肛門狭窄、肛門裂溝	あり					5	9	2,295	1,696	1,442	20
704	060270xx99x0xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	なし		なし			8	15	2,698	1,994	1,695	30
705	060270xx99x1xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	なし		1あり			9	20	4,138	3,205	2,724	48
706	060270xx97x0xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	あり		なし			15	29	2,942	2,174	1,848	65
707	060270xx97x1xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	あり		1あり			12	32	5,802	4,629	3,935	83
708	060280xxxxxxxx	アルコール性肝障害						8	16	2,758	2,083	1,771	37
709	060290xx97x0xx	慢性肝炎(慢性C型肝炎を除く。)	あり		なし			17	33	3,150	2,328	1,979	72
710	060295xx99x0xx	慢性C型肝炎	なし		なし			3	5	3,088	2,283	1,941	10
711	060295xx99x1xx	慢性C型肝炎	なし		1あり			7	13	3,260	2,409	2,048	22
712	060295xx97x0xx	慢性C型肝炎	あり		なし			11	21	3,016	2,230	1,896	50
713	060295xx97x1xx	慢性C型肝炎	あり		1あり			12	23	3,073	2,271	1,930	46
714	060300xx99x00x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		なし	なし		7	15	2,841	2,193	1,864	35
715	060300xx99x01x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		なし	あり		11	22	2,926	2,198	1,868	51
716	060300xx99x1xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		1あり			11	27	3,342	2,633	2,238	68
717	060300xx9700xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	なし	なし			11	24	2,959	2,276	1,935	55
718	060300xx9701xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	なし	1あり			16	36	3,885	2,998	2,548	87
719	060300xx9710xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	あり	なし			10	19	2,729	2,017	1,714	38

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
720	060300xx9711xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	あり	1あり			15	32	3,563	2,716	2,309	77
721	060300xx0100xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	食道・胃静脈瘤手術等	なし	なし			4	19	2,616	2,206	1,875	52
722	060300xx0101xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	食道・胃静脈瘤手術等	なし	1あり			21	41	3,289	2,431	2,066	91
723	060310xx99xxxx	肝膿瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	なし					11	21	3,046	2,251	1,913	41
724	060310xx97xxxx	肝膿瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	あり					16	32	3,069	2,293	1,949	62
725	060320xx99xxxx	肝嚢胞	なし					5	10	3,018	2,309	1,963	23
726	060320xx97xxxx	肝嚢胞	あり					9	17	2,738	2,024	1,720	33
727	060330xx99xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	なし					4	7	3,164	2,339	1,988	14
728	060330xx97xx0x	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	その他の手術あり			なし		3	10	2,724	2,267	1,927	24
729	060330xx97xx1x	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	その他の手術あり			あり		10	20	2,906	2,186	1,858	45
730	060330xx02xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	腹腔鏡下胆嚢摘出術等					4	8	2,722	2,101	1,786	12
731	060330xx01xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	胆嚢摘出術					8	16	2,690	2,032	1,727	30
732	060335xx99x0xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	なし		なし			6	11	3,100	2,291	1,947	21
733	060335xx99x1xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	なし		あり			13	25	3,290	2,432	2,067	55
734	060335xx97x0xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	その他の手術あり		なし			10	20	2,992	2,250	1,913	38
735	060335xx97x1xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	その他の手術あり		あり			21	41	3,185	2,354	2,001	84
736	060335xx0200xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	なし			5	9	2,791	2,063	1,754	16
737	060335xx0201xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	あり			13	25	3,114	2,301	1,956	52
738	060335xx0210xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	なし			12	23	2,941	2,174	1,848	41
739	060335xx0100xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	なし	なし			8	15	2,904	2,146	1,824	28
740	060335xx0101xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	なし	あり			15	30	3,237	2,420	2,057	59
741	060335xx0110xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	あり	なし			15	30	2,861	2,140	1,819	52
742	060335xx0111xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	あり	あり			22	44	3,181	2,370	2,015	89
743	060340xx99x0xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	なし		なし			5	10	3,032	2,320	1,972	19
744	060340xx99x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	なし		あり			10	22	3,298	2,545	2,163	53
745	060340xx97x0xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	その他の手術あり		なし			7	14	2,881	2,183	1,856	32
746	060340xx97x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	その他の手術あり		あり			17	35	3,199	2,411	2,049	76
747	060340xx03x0xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	限局性腹腔膿瘍手術等		なし			7	14	2,920	2,212	1,880	29
748	060340xx03x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	限局性腹腔膿瘍手術等		あり			17	33	3,297	2,437	2,071	72
749	060340xx0200xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	なし			10	20	2,712	2,040	1,734	39
750	060340xx0201xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	あり			20	40	2,907	2,167	1,842	71
751	060340xx0210xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	なし			13	26	2,769	2,074	1,763	47
752	060340xx0211xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	あり			23	45	3,164	2,339	1,988	77
753	060340xx0100xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	肝切除術 部分切除等	なし	なし			13	26	2,686	2,012	1,710	48
754	060350xx99x0xx	急性膵炎	なし		なし			7	13	3,256	2,406	2,045	23
755	060350xx99x1xx	急性膵炎	なし		あり			13	26	3,979	2,981	2,534	50

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
756	060350xx97x0xx	急性膵炎	その他の手術あり		なし			10	19	3,166	2,340	1,989	37
757	060350xx97x1xx	急性膵炎	その他の手術あり		あり			22	44	4,071	3,033	2,578	92
758	060350xx01x0xx	急性膵炎	急性膵炎手術等		なし			11	22	3,065	2,302	1,957	39
759	060350xx01x1xx	急性膵炎	急性膵炎手術等		あり			28	56	3,794	2,822	2,399	117
760	060360xx99x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	なし		なし			5	10	3,086	2,361	2,007	22
761	060360xx99x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	なし		あり			12	24	3,397	2,548	2,166	51
762	060360xx97x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	その他の手術あり		なし			6	14	2,949	2,324	1,975	36
763	060360xx97x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	その他の手術あり		あり			21	42	3,390	2,527	2,148	93
764	060360xx01x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。)	等	なし			7	16	2,932	2,295	1,951	35
765	060360xx01x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾側切除術(腫瘍摘出術を含む。)	等	あり			24	47	3,205	2,369	2,014	92
766	060370xx99x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	なし		なし			6	12	3,140	2,389	2,031	23
767	060370xx99x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	なし		あり			14	27	3,507	2,592	2,203	59
768	060370xx97x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	その他の手術あり		なし			10	19	2,941	2,174	1,848	36
769	060370xx97x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	その他の手術あり		あり			20	40	3,548	2,646	2,249	83
770	060370xx01x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	急性汎発性腹膜炎手術等		なし			8	16	3,028	2,287	1,944	31
771	060370xx01x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	急性汎発性腹膜炎手術等		あり			19	38	3,837	2,862	2,433	83
772	060565xxxx0xx	顎変形症			なし			7	13	2,531	1,871	1,590	25
773	060570xx99xxxx	その他の消化管の障害	なし					4	8	2,863	2,209	1,878	18
774	060570xx97xxxx	その他の消化管の障害	あり					6	11	2,557	1,890	1,607	22
775	070010xx99xxxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	なし					3	6	3,013	2,358	2,004	13
776	070010xx970xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	その他の手術あり	なし				6	11	2,550	1,885	1,602	23
777	070010xx010xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等	なし				4	7	2,521	1,864	1,584	13
778	070010xx011xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等	あり				6	13	2,506	1,945	1,653	30
779	070015xx99xxxx	皮膚の良性新生物	なし					2	3	2,559	1,891	1,607	6
780	070015xx97xxxx	皮膚の良性新生物	その他の手術あり					4	7	2,477	1,831	1,556	13
781	070015xx010xxx	皮膚の良性新生物	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等	なし				3	5	2,434	1,799	1,529	10
782	070015xx011xxx	皮膚の良性新生物	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等	あり				5	9	2,403	1,776	1,510	21
783	070020xx99xxxx	神経の良性腫瘍	なし					3	7	3,336	2,684	2,281	17
784	070020xx97xxxx	神経の良性腫瘍	その他の手術あり					9	17	2,695	1,992	1,693	38
785	070020xx02xxxx	神経の良性腫瘍	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等					5	9	2,523	1,865	1,585	18
786	070020xx01xxxx	神経の良性腫瘍	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等					5	9	2,556	1,889	1,606	18
787	070030xx99x0xx	脊椎・脊髄腫瘍	なし		なし			4	9	3,354	2,654	2,256	25
788	070030xx97x0xx	脊椎・脊髄腫瘍	その他の手術あり		なし			16	31	2,647	1,957	1,663	62
789	070030xx01x0xx	脊椎・脊髄腫瘍	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの等		なし			13	25	2,578	1,905	1,619	46
790	070040xx99x0xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		なし			6	13	3,054	2,372	2,016	33
791	070040xx99x1xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		1あり			11	30	3,230	2,587	2,199	75

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
792	070040xx99x2xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		2あり			14	27	2,691	1,989	1,691	56
793	070040xx99x30x	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		3あり	なし		3	13	4,993	3,794	3,225	33
794	070040xx99x31x	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		3あり	あり		4	20	5,341	3,008	2,557	52
795	070040xx97x00x	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		なし	なし		9	18	2,691	2,028	1,724	40
796	070040xx97x01x	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		なし	あり		14	27	2,777	2,053	1,745	61
797	070040xx97x1xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		1あり			20	40	3,170	2,363	2,009	90
798	070040xx97x2xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		2あり			27	53	2,841	2,100	1,785	105
799	070040xx97x3xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		3あり			18	36	3,649	2,723	2,315	83
800	070040xx03x0xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	骨悪性腫瘍手術等		なし			14	29	2,557	1,934	1,644	65
801	070040xx01x0xx	骨軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術		なし			11	22	2,476	1,859	1,580	46
802	070042xx99x0xx	上肢等の皮膚の悪性腫瘍	なし		なし			3	8	2,806	2,294	1,950	21
803	070042xx99x2xx	上肢等の皮膚の悪性腫瘍	なし		2あり			18	36	2,441	1,822	1,549	66
804	070042xx99x3xx	上肢等の皮膚の悪性腫瘍	なし		3あり			7	14	3,502	2,654	2,256	32
805	070042xx97x0xx	上肢等の皮膚の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	2,462	1,866	1,586	29
806	070042xx01x0xx	上肢等の皮膚の悪性腫瘍	皮膚悪性腫瘍切除術等		なし			6	12	2,415	1,837	1,561	26
807	070045xx99x0xx	黒色腫	なし		なし			4	7	2,928	2,164	1,839	18
808	070045xx99x1xx	黒色腫	なし		あり			6	11	5,110	3,777	3,210	19
809	070045xx97x0xx	黒色腫	その他の手術あり		なし			8	15	2,552	1,886	1,603	34
810	070045xx97x1xx	黒色腫	その他の手術あり		あり			11	22	3,752	2,817	2,394	45
811	070045xx01x0xx	黒色腫	皮膚悪性腫瘍切除術等		なし			11	21	2,428	1,795	1,526	43
812	070045xx01x1xx	黒色腫	皮膚悪性腫瘍切除術等		あり			19	38	3,216	2,399	2,039	71
813	070050xx99xxxx	肩関節炎、肩の障害(その他)	なし					8	15	2,708	2,001	1,701	30
814	070050xx97xxxx	肩関節炎、肩の障害(その他)	あり					12	23	2,330	1,722	1,464	51
815	070070xx99xxxx	骨髄炎	なし					10	20	2,748	2,067	1,757	45
816	070070xx97xxxx	骨髄炎	その他の手術あり					16	31	2,551	1,885	1,602	73
817	070070xx01xxxx	骨髄炎	骨部分切除術等					17	34	2,496	1,864	1,584	80
818	070080xx97xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢)	あり					4	7	2,350	1,737	1,476	15
819	070085xx99xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	なし					7	13	2,639	1,950	1,658	30
820	070085xx97xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	あり					6	12	2,350	1,788	1,520	28
821	070090xx99xxxx	筋炎(感染性を含む。)	なし					6	11	2,782	2,056	1,748	27
822	07010xxx99xxxx	化膿性関節炎(下肢)	なし					8	15	2,593	1,917	1,629	35
823	07010xxx97xxxx	化膿性関節炎(下肢)	あり					19	37	2,474	1,829	1,555	83
824	070140xx99x0xx	脳性麻痺	なし		なし			3	7	3,033	2,440	2,074	17
825	070140xx99x1xx	脳性麻痺	なし		あり			15	30	2,491	1,863	1,584	70
826	070150xx99xxxx	上肢神経障害(胸郭出口症候群含む。)	なし					8	18	2,761	2,149	1,827	39
827	070160xx99xxxx	上肢末梢神経麻痺	なし					4	9	2,835	2,243	1,907	24

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
828	070160xx01xxxx	上肢末梢神経麻痺	手根管開放手術等					4	7	2,345	1,733	1,473	14
829	070170xx99xxxx	下肢神経疾患	なし					3	9	2,862	2,364	2,009	23
830	070170xx97xxxx	下肢神経疾患	あり					7	14	2,371	1,796	1,527	32
831	070180xx99xxxx	脊椎変形	なし					3	5	3,235	2,391	2,032	11
832	070180xx97xxxx	脊椎変形	あり					13	25	2,473	1,828	1,554	46
833	070190xx01xxxx	上肢・手の変形(偽関節を除く。)	巨指症手術等					3	5	2,269	1,677	1,425	9
834	070200xx97xxxx	手関節症(変形性を含む。)	あり					5	10	2,387	1,827	1,553	22
835	070210xx97xxxx	下肢の変形	その他の手術あり					6	15	2,262	1,803	1,533	36
836	070210xx01xxxx	下肢の変形	骨切り術 前腕、下腿等					12	23	2,245	1,659	1,410	46
837	070220xx99xxxx	股関節症(変形性を含む。)	なし					5	9	2,472	1,827	1,553	22
838	070220xx020xxx	股関節症(変形性を含む。)	大腿骨頭回転骨切り術等	なし				19	37	2,196	1,623	1,380	75
839	070220xx010xxx	股関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	なし				15	30	2,258	1,689	1,436	49
840	070220xx011xxx	股関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	あり				17	33	2,266	1,675	1,424	57
841	070230xx99xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	なし					6	12	2,429	1,849	1,572	28
842	070230xx97xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	その他の手術あり					3	7	2,941	2,365	2,010	14
843	070230xx02xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	関節滑膜切除術 肩、股、膝等					10	21	2,195	1,674	1,423	50
844	070230xx010xxx	膝関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	なし				15	29	2,236	1,653	1,405	46
845	070230xx011xxx	膝関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	あり				16	32	2,239	1,673	1,422	55
846	070240xx97xxxx	動揺関節症	あり					7	13	2,433	1,798	1,528	21
847	070250xx97xxxx	関節内障、関節内遊離体	あり					4	8	2,469	1,905	1,619	16
848	070270xx97xxxx	膝蓋骨の障害	あり					9	18	2,247	1,694	1,440	39
849	070280xx97xxxx	骨端症、骨軟骨障害・骨壊死、発育期の膝関節障害	あり					7	16	2,366	1,852	1,574	40
850	070290xx97xxxx	上肢関節拘縮・強直	あり					6	13	2,335	1,813	1,541	29
851	070310xx97xxxx	下肢関節拘縮・強直	あり					10	19	2,190	1,619	1,376	42
852	070330xx99xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	なし					16	31	2,681	1,982	1,685	68
853	070330xx97xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	その他の手術あり					27	53	2,801	2,070	1,760	106
854	070330xx01xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	脊椎固定術等					30	59	2,737	2,023	1,720	118
855	07034xxx99xx0x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	なし			なし		3	8	3,168	2,589	2,201	20
856	07034xxx99xx1x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	なし			あり		7	18	2,828	2,258	1,919	47
857	07034xxx97xxxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	その他の手術あり					12	24	2,400	1,800	1,530	41
858	07034xxx01xxxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	内視鏡下椎弓切除術					8	15	2,492	1,842	1,566	26
859	070350xx99xx0x	椎間板変性、ヘルニア	なし			なし		4	9	2,794	2,211	1,879	21
860	070350xx99xx1x	椎間板変性、ヘルニア	なし			あり		6	13	2,622	2,035	1,730	29
861	070350xx97xxxx	椎間板変性、ヘルニア	その他の手術あり					10	19	2,430	1,796	1,527	34
862	070350xx01xxxx	椎間板変性、ヘルニア	内視鏡下椎間板摘出(切除)術					7	13	2,557	1,890	1,607	22
863	070360xx99xxxx	不安定椎	なし					3	5	3,385	2,502	2,127	11

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
864	070360xx97xxxx	不安定椎	その他の手術あり					6	11	2,644	1,954	1,661	24
865	070360xx01xxxx	不安定椎	椎弓切除術等					13	25	2,387	1,764	1,499	40
866	070370xx99xxxx	脊椎骨粗鬆症	なし					11	22	2,410	1,810	1,539	46
867	070380xx01xxxx	ガングリオン	関節滑膜切除術等					3	6	2,419	1,893	1,609	12
868	070390xx97xxxx	線維芽細胞性障害	あり					5	10	2,377	1,819	1,546	21
869	070395xx99xxxx	壊死性筋膜炎	なし					8	16	3,144	2,375	2,019	39
870	070395xx97xxxx	壊死性筋膜炎	あり					18	42	3,102	2,411	2,049	94
871	070400xx99xxxx	股関節骨頭壊死	なし					6	15	2,551	2,033	1,728	34
872	070400xx97xxxx	股関節骨頭壊死	その他の手術あり					7	14	2,730	2,069	1,759	32
873	070400xx010xxx	股関節骨頭壊死	人工関節再置換術等	なし				16	32	2,284	1,707	1,451	56
874	070400xx011xxx	股関節骨頭壊死	人工関節再置換術等	あり				18	35	2,303	1,702	1,447	62
875	070420xx97xxxx	大腿骨頭すべり症	あり					7	20	2,293	1,856	1,578	52
876	070430xx99xxxx	神経栄養養症、骨成長障害、骨障害(その他)	なし					3	12	2,333	1,961	1,667	32
877	070430xx97xxxx	神経栄養養症、骨成長障害、骨障害(その他)	その他の手術あり					6	12	2,392	1,820	1,547	28
878	070430xx01xxxx	神経栄養養症、骨成長障害、骨障害(その他)	骨部分切除術等					3	6	2,387	1,868	1,588	10
879	070440xx97xxxx	色素性絨毛結節性滑膜炎	あり					9	17	2,470	1,826	1,552	34
880	070470xx99x0xx	関節リウマチ	なし		なし			8	16	2,895	2,187	1,859	38
881	070470xx99x2xx	関節リウマチ	なし		2あり			15	29	2,572	1,901	1,616	61
882	070470xx99x3xx	関節リウマチ	なし		3あり			2	3	13,071	9,661	8,212	4
883	070470xx97x0xx	関節リウマチ	その他の手術あり		なし			4	17	2,834	2,379	2,022	45
884	070470xx97x2xx	関節リウマチ	その他の手術あり		2あり			21	41	2,503	1,850	1,573	92
885	070470xx03x0xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		なし			6	12	2,466	1,876	1,595	25
886	070470xx03x2xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		2あり			13	26	2,277	1,706	1,450	52
887	070470xx02x0xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等		なし			11	24	2,439	1,876	1,595	51
888	070470xx02x2xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等		2あり			16	31	2,285	1,689	1,436	53
889	070510xx99xxxx	痛風、関節の障害(その他)	なし					7	13	2,619	1,936	1,646	27
890	070520xx99xxxx	リンパ節、リンパ管の疾患	なし					5	9	2,697	1,994	1,695	16
891	070520xx97xxxx	リンパ節、リンパ管の疾患	あり					6	11	2,659	1,966	1,671	22
892	070530xx97xxxx	放射線皮膚障害	あり					5	9	2,367	1,750	1,488	17
893	070550xx99x0xx	褥瘡潰瘍	なし		なし			13	26	2,557	1,915	1,628	58
894	070550xx99x1xx	褥瘡潰瘍	なし		あり			14	28	2,552	1,910	1,624	63
895	070550xx9700xx	褥瘡潰瘍	あり	なし	なし			13	36	2,480	1,988	1,690	91
896	070550xx9701xx	褥瘡潰瘍	あり	なし	あり			20	46	2,532	1,961	1,667	107
897	070550xx971xxx	褥瘡潰瘍	あり	あり				25	49	2,236	1,652	1,404	99
898	070560xx99x0xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		なし			9	21	2,925	2,289	1,946	54
899	070560xx99x1xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		1あり			19	44	3,316	2,572	2,186	104

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
900	070560xx99x2xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		2あり			21	46	4,364	3,340	2,839	107
901	070560xx97x00x	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		なし	なし		12	32	2,755	2,198	1,868	78
902	070560xx97x01x	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		なし	あり		27	53	2,701	1,996	1,697	115
903	070560xx97x1xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		1あり			30	59	3,608	2,666	2,266	120
904	070560xx97x2xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		2あり			28	56	6,650	4,946	4,204	118
905	070570xx99xx0x	瘢痕拘縮	なし			なし		8	20	2,431	1,929	1,640	53
906	070570xx99xx1x	瘢痕拘縮	なし			あり		13	25	2,656	1,963	1,669	55
907	070570xx970xxx	瘢痕拘縮	その他の手術あり	なし				5	11	2,331	1,824	1,550	28
908	070570xx971xxx	瘢痕拘縮	その他の手術あり	1あり				12	23	2,237	1,653	1,405	58
909	070570xx972xxx	瘢痕拘縮	その他の手術あり	2あり				7	13	2,243	1,658	1,409	31
910	070570xx020xxx	瘢痕拘縮	創傷処理等	なし				7	23	2,354	1,932	1,642	62
911	070570xx021xxx	瘢痕拘縮	創傷処理等	1あり				14	28	2,261	1,693	1,439	64
912	070570xx022xxx	瘢痕拘縮	創傷処理等	2あり				13	29	2,329	1,797	1,527	71
913	070570xx010xxx	瘢痕拘縮	瘢痕拘縮形成手術等	なし				4	8	2,219	1,712	1,455	15
914	070570xx011xxx	瘢痕拘縮	瘢痕拘縮形成手術等	1あり				9	18	2,161	1,628	1,384	31
915	070570xx012xxx	瘢痕拘縮	瘢痕拘縮形成手術等	2あり				7	13	2,261	1,671	1,420	26
916	070580xx99xxxx	斜頸	なし					5	9	2,325	1,718	1,460	19
917	070590xx99x0xx	血管腫、リンパ管腫	なし		なし			3	5	3,227	2,385	2,027	12
918	070590xx99x2xx	血管腫、リンパ管腫	なし		2あり			2	4	2,194	1,765	1,500	4
919	070590xx97x00x	血管腫、リンパ管腫	あり		なし	なし		5	9	2,488	1,839	1,563	18
920	070590xx97x01x	血管腫、リンパ管腫	あり		なし	あり		9	17	2,677	1,979	1,682	38
921	070600xx99xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	なし					5	14	2,697	2,189	1,861	38
922	070600xx97xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	その他の手術あり					11	25	2,358	1,830	1,556	58
923	070600xx01xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	骨長調整手術等					13	28	2,238	1,713	1,456	67
924	070610xx97xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢)	その他の手術あり					4	8	2,378	1,835	1,560	20
925	070610xx01xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢)	変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿等					5	10	2,445	1,871	1,590	20
926	071030xx99xxxx	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	なし					4	9	2,690	2,129	1,810	23
927	071030xx97xxxx	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	あり					8	17	2,352	1,806	1,535	42
928	080011xx99xxxx	急性膿皮症	なし					5	10	2,628	2,011	1,709	19
929	080011xx970x0x	急性膿皮症	あり	なし		なし		8	15	2,664	1,969	1,674	35
930	080011xx970x1x	急性膿皮症	あり	なし		あり		13	26	2,637	1,976	1,680	57
931	080011xx971xxx	急性膿皮症	あり	あり				16	32	2,418	1,807	1,536	69
932	080020xxxxxxxx	帯状疱疹						5	9	3,015	2,228	1,894	14
933	080030xxxxxxxx	疱疹(帯状疱疹を除く。)、その類症						4	7	3,030	2,239	1,903	10
934	080040xxxxxxxx	ウイルス性急性発疹症						3	6	2,701	2,114	1,797	9
935	080050xxxxxxxx	湿疹、皮膚炎群						6	11	2,527	1,868	1,588	22

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
936	080070xx97xxxx	慢性膿皮症	あり					6	11	2,369	1,751	1,488	23
937	080080xxxxxxxx	痒疹、蕁麻疹						4	7	2,613	1,931	1,641	15
938	080090xxxxxxxx	紅斑症						6	12	2,604	1,982	1,685	25
939	080100xxxxxxxx	薬疹、中毒疹						6	11	2,587	1,912	1,625	24
940	080105xxxxx0xx	重症薬疹			なし			10	19	2,723	2,013	1,711	43
941	080110xxxxx0xx	水疱症			なし			17	34	2,452	1,831	1,556	75
942	080140xxxxxxxx	炎症性角化症						11	22	2,661	1,998	1,698	42
943	080150xx97xxxx	爪の疾患	あり					3	6	2,163	1,693	1,439	12
944	080180xx99xxxx	母斑、母斑症	なし					2	4	2,297	1,847	1,570	5
945	080180xx970xxx	母斑、母斑症	あり	なし				3	5	2,413	1,783	1,516	10
946	080180xx971xxx	母斑、母斑症	あり	あり				6	11	2,319	1,714	1,457	22
947	080220xx97xxxx	エクリン汗腺の障害、アポクリン汗腺の障害	あり					4	7	2,140	1,581	1,344	12
948	080240xx97xxxx	多汗症	あり					2	4	2,607	2,097	1,782	5
949	080260xxxxxxxx	その他の皮膚の疾患						4	10	2,447	1,968	1,673	22
950	080270xxxx0xxx	食物アレルギー		なし				2	3	2,605	1,925	1,636	6
951	080270xxxx1xxx	食物アレルギー		あり				1	2	3,004	2,613	2,221	2
952	090010xx99x00x	乳房の悪性腫瘍	なし		なし	なし		4	7	2,808	2,075	1,764	16
953	090010xx99x01x	乳房の悪性腫瘍	なし		なし	あり		6	13	2,907	2,257	1,918	29
954	090010xx99x1xx	乳房の悪性腫瘍	なし		1あり			7	17	3,293	2,606	2,215	41
955	090010xx99x2xx	乳房の悪性腫瘍	なし		2あり			13	27	2,318	1,757	1,493	58
956	090010xx99x30x	乳房の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		3	6	3,941	3,084	2,621	12
957	090010xx99x31x	乳房の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		3	15	3,910	2,702	2,297	36
958	090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍	なし		4あり			3	6	4,992	3,907	3,321	14
959	090010xx9700xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	なし			5	10	2,878	2,202	1,872	17
960	090010xx9701xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	1あり			9	18	3,242	2,443	2,077	43
961	090010xx9702xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	2あり			17	34	2,374	1,773	1,507	67
962	090010xx9703xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	3あり			9	18	2,840	2,140	1,819	34
963	090010xx9704xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	4あり			10	22	3,401	2,625	2,231	53
964	090010xx9705xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	5あり			8	22	4,494	3,615	3,073	61
965	090010xx9710xx	乳房の悪性腫瘍	あり	あり	なし			8	15	2,584	1,910	1,624	26
966	090020xx97xxxx	乳房の良性腫瘍	あり					3	5	2,761	2,040	1,734	9
967	090030xx99xxxx	乳房の炎症性障害	なし					3	5	2,636	1,948	1,656	9
968	090030xx97xxxx	乳房の炎症性障害	あり					4	7	2,553	1,887	1,604	14
969	090040xx97xxxx	乳房の形態異常、女性化乳房、乳腺症など	その他の手術あり					3	6	2,505	1,960	1,666	11
970	100020xx99x0xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		なし			3	8	2,938	2,401	2,041	20
971	100020xx99x1xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		1あり			15	30	2,882	2,155	1,832	65

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
972	100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		2あり			4	8	5,754	4,440	3,774	14
973	100020xx97x0xx	甲状腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			8	16	2,688	2,030	1,726	35
974	100020xx01x0xx	甲状腺の悪性腫瘍	甲状腺悪性腫瘍手術 切除等		なし			6	11	2,729	2,017	1,714	17
975	100030xx99x0xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍	なし		なし			4	7	3,714	2,745	2,333	16
976	100030xx99x1xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍	なし		あり			4	14	3,415	2,836	2,411	40
977	100030xx97x0xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍	あり		なし			14	28	3,106	2,325	1,976	54
978	100040xxxxx0xx	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷			なし			8	16	2,664	2,012	1,710	33
979	100040xxxxx1xx	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷			あり			15	29	3,151	2,329	1,980	62
980	100050xxxxxxxx	低血糖症(糖尿病治療に伴う場合)						3	6	2,968	2,323	1,975	14
981	100060xxxxxxxx	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)						8	16	2,533	1,914	1,627	31
982	100070xxxxxx0x	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				なし		8	16	2,547	1,924	1,635	29
983	100070xxxxxx1x	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				あり		15	30	2,533	1,894	1,610	69
984	100080xxxxxxxx	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)						10	19	2,532	1,872	1,591	44
985	100100xx99xxxx	糖尿病足病変	なし					14	29	2,553	1,931	1,641	66
986	100100xx970xxx	糖尿病足病変	あり	なし				21	45	2,544	1,936	1,646	104
987	100100xx971xxx	糖尿病足病変	あり	あり				18	35	2,344	1,733	1,473	78
988	100120xxxxxxxx	肥満症						11	21	2,437	1,801	1,531	45
989	100130xx99x0xx	甲状腺の良性結節	なし		なし			2	4	2,733	2,199	1,869	9
990	100130xx97x0xx	甲状腺の良性結節	あり		なし			5	9	2,655	1,963	1,669	12
991	100140xx99x0xx	甲状腺機能亢進症	なし		なし			8	15	2,701	1,996	1,697	30
992	100140xx99x1xx	甲状腺機能亢進症	なし		1あり			13	25	2,660	1,966	1,671	44
993	100140xx99x2xx	甲状腺機能亢進症	なし		2あり			7	13	2,874	2,124	1,805	30
994	100140xx97xxxx	甲状腺機能亢進症	あり					6	11	2,697	1,993	1,694	21
995	100150xxxxxxxx	慢性甲状腺炎						7	14	2,833	2,147	1,825	31
996	100160xxxxxxxx	甲状腺機能低下症						4	13	3,072	2,538	2,157	30
997	100180xx9900xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	なし	なし				6	12	3,343	2,543	2,162	25
998	100180xx9901xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	なし	あり				7	19	3,576	2,876	2,445	47
999	100180xx9910xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	なし	あり	なし			4	9	5,181	4,100	3,485	22
1000	100180xx97x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	その他の手術あり		なし			12	24	2,932	2,199	1,869	51
1001	100180xx97x1xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	その他の手術あり		あり			20	40	3,603	2,686	2,283	87
1002	100180xx04x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	腹腔鏡下副腎摘出術等		なし			8	15	2,705	1,999	1,699	26
1003	100180xx03x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	副腎悪性腫瘍手術		なし			10	20	2,834	2,132	1,812	36
1004	100190xx99xxxx	褐色細胞腫、パラングリオーマ	なし					6	11	3,888	2,873	2,442	25
1005	100202xxxxxxxx	その他の副腎皮質機能低下症						6	14	2,949	2,324	1,975	35
1006	100210xxxxxxxx	低血糖症						3	8	2,964	2,423	2,060	18
1007	100220xx99xxxx	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	なし					6	12	3,770	2,868	2,438	25

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1008	100220xx03xxxx	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術 副甲状腺(上皮小体)摘出術等					5	10	2,870	2,196	1,867	17
1009	100230xx01xxxx	続発性副甲状腺機能亢進症	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術					6	12	3,357	2,554	2,171	20
1010	100260xx99x00x	下垂体機能異常症	なし		なし	なし		4	7	3,449	2,550	2,168	16
1011	100260xx99x01x	下垂体機能異常症	なし		なし	あり		6	13	3,686	2,862	2,433	31
1012	100260xx99x1xx	下垂体機能異常症	なし		あり			4	13	3,194	2,639	2,243	32
1013	100260xx97x0xx	下垂体機能異常症	あり		なし			10	20	3,299	2,482	2,110	33
1014	100270xxxxx0xx	間脳下垂体疾患(その他)			なし			9	24	2,471	1,977	1,680	63
1015	100280xxxxxxxx	尿崩症						5	11	2,951	2,309	1,963	25
1016	100285xxxxxxxx	ADH分泌異常症						10	20	2,780	2,091	1,777	42
1017	100290xxxxxxxx	グルコース調節・膵内分泌障害、その他の内分泌疾患						4	10	3,085	2,481	2,109	27
1018	100310xx99xxxx	腎血管性高血圧症	なし					4	10	3,780	3,040	2,584	22
1019	100310xx97xxxx	腎血管性高血圧症	あり					5	10	2,730	2,089	1,776	24
1020	100320xxxxxxxx	内分泌性高血圧症(その他)						7	14	3,080	2,334	1,984	27
1021	100330xxxxx0xx	栄養障害(その他)			なし			8	17	2,592	1,991	1,692	41
1022	100330xxxxx1xx	栄養障害(その他)			あり			19	38	2,819	2,103	1,788	84
1023	100335xx99x0xx	代謝障害(その他)	なし		なし			4	11	2,831	2,304	1,958	29
1024	100335xx99x1xx	代謝障害(その他)	なし		1あり			7	22	4,050	3,311	2,814	57
1025	100335xx97x0xx	代謝障害(その他)	あり		なし			10	25	3,307	2,617	2,224	62
1026	100335xx97x1xx	代謝障害(その他)	あり		1あり			21	48	5,533	4,277	3,635	104
1027	100360xxxxxxxx	小人症						2	4	3,025	2,433	2,068	5
1028	100370xx99xxxx	アミロイドーシス	なし					10	19	3,133	2,315	1,968	46
1029	100380xxxxxxxx	体液量減少症						4	7	2,701	1,997	1,697	17
1030	100391xx99xxxx	低カリウム血症	なし					6	11	2,859	2,113	1,796	25
1031	100392xx99xxxx	カルシウム代謝障害	なし					8	16	3,042	2,298	1,953	35
1032	100393xx99xxxx	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	なし					5	10	2,809	2,150	1,828	22
1033	100393xx97xxxx	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	あり					9	21	3,622	2,834	2,409	54
1034	11001xxx99x0xx	腎腫瘍	なし		なし			5	11	3,142	2,459	2,090	27
1035	11001xxx99x1xx	腎腫瘍	なし		1あり			9	18	2,958	2,229	1,895	43
1036	11001xxx97x0xx	腎腫瘍	その他の手術あり		なし			8	16	2,767	2,090	1,777	33
1037	11001xxx97x1xx	腎腫瘍	その他の手術あり		1あり			18	36	3,103	2,316	1,969	76
1038	11001xxx01x0xx	腎腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		なし			8	16	2,656	2,007	1,706	24
1039	11001xxx01x1xx	腎腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		1あり			14	27	2,901	2,144	1,822	53
1040	11002xxx99xxxx	性器の悪性腫瘍	なし					6	17	2,882	2,335	1,985	46
1041	11002xxx97xxxx	性器の悪性腫瘍	あり					11	21	2,486	1,837	1,561	47
1042	11004xxx99xxxx	尿道・性器の良性腫瘍	なし					2	4	2,774	2,231	1,896	5
1043	11004xxx97xxxx	尿道・性器の良性腫瘍	あり					4	7	2,568	1,898	1,613	14

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1044	110050xx99x0xx	後腹膜疾患	なし		なし			5	13	2,783	2,238	1,902	33
1045	110050xx99x10x	後腹膜疾患	なし		あり	なし		5	17	3,897	3,220	2,737	46
1046	110050xx99x11x	後腹膜疾患	なし		あり	あり		11	25	3,299	2,562	2,178	61
1047	110050xx97x00x	後腹膜疾患	その他の手術あり		なし	なし		7	16	2,697	2,111	1,794	39
1048	110050xx97x01x	後腹膜疾患	その他の手術あり		なし	あり		12	24	2,725	2,043	1,737	50
1049	110050xx97x1xx	後腹膜疾患	その他の手術あり		あり			22	43	3,222	2,381	2,024	92
1050	110050xx01x0xx	後腹膜疾患	後腹膜悪性腫瘍手術等		なし			8	16	2,695	2,036	1,731	29
1051	110050xx01x1xx	後腹膜疾患	後腹膜悪性腫瘍手術等		あり			18	35	3,037	2,245	1,908	73
1052	110060xx99x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	なし		なし			4	8	2,914	2,249	1,912	18
1053	110060xx99x1xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	なし		あり			11	25	3,212	2,494	2,120	60
1054	110060xx97x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	2,703	2,048	1,741	34
1055	110060xx97x1xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	その他の手術あり		あり			20	40	3,107	2,316	1,969	90
1056	110060xx02x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術等		なし			5	10	2,650	2,028	1,724	21
1057	110060xx01x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		なし			10	19	2,613	1,931	1,641	30
1058	110060xx01x1xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		あり			17	34	2,743	2,048	1,741	75
1059	110070xx99x00x	膀胱腫瘍	なし		なし	なし		4	7	2,706	2,000	1,700	15
1060	110070xx99x01x	膀胱腫瘍	なし		なし	あり		8	15	2,772	2,049	1,742	33
1061	110070xx99x10x	膀胱腫瘍	なし		あり	なし		6	19	3,217	2,636	2,241	51
1062	110070xx99x11x	膀胱腫瘍	なし		あり	あり		14	29	3,183	2,408	2,047	64
1063	110070xx97x00x	膀胱腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		6	12	2,592	1,972	1,676	28
1064	110070xx97x01x	膀胱腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		11	22	2,682	2,014	1,712	51
1065	110070xx97x1xx	膀胱腫瘍	その他の手術あり		あり			21	42	2,904	2,165	1,840	92
1066	110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	なし			4	8	2,504	1,932	1,642	14
1067	110070xx02010x	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	あり	なし		6	11	2,705	2,000	1,700	24
1068	110070xx02011x	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	あり	あり		14	34	2,664	2,091	1,777	85
1069	110070xx0100xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 切除等	なし	なし			16	32	2,537	1,896	1,612	58
1070	110070xx0101xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 切除等	なし	あり			22	43	2,755	2,036	1,731	75
1071	110080xx99000x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	なし	なし		3	6	2,921	2,286	1,943	17
1072	110080xx99001x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	なし	あり		6	14	2,830	2,230	1,896	32
1073	110080xx9901xx	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	1あり			3	11	4,678	3,482	2,960	28
1074	110080xx9902xx	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	2あり			7	25	2,459	2,032	1,727	63
1075	110080xx9903xx	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	3あり			3	5	2,899	2,143	1,822	5
1076	110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍	なし	あり				2	3	2,871	2,122	1,804	3
1077	110080xx97x0xx	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	2,663	2,018	1,715	27
1078	110080xx97x1xx	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			14	27	3,053	2,257	1,918	64
1079	110080xx97x2xx	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			23	45	2,628	1,943	1,652	94

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1080	110080xx02x0xx	前立腺の悪性腫瘍	精巣摘出術		なし			4	7	2,435	1,800	1,530	13
1081	110080xx02x1xx	前立腺の悪性腫瘍	精巣摘出術		1あり			8	16	2,618	1,977	1,680	38
1082	110080xx01x0xx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術		なし			9	18	2,581	1,945	1,653	28
1083	110080xx01x1xx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術		1あり			12	23	2,691	1,989	1,691	36
1084	110100xx99x1xx	精巣腫瘍	なし		あり			12	28	4,060	3,167	2,692	72
1085	110100xx97x0xx	精巣腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	2,674	2,026	1,722	31
1086	110100xx97x1xx	精巣腫瘍	その他の手術あり		あり			22	43	3,777	2,792	2,373	99
1087	110100xx01x0xx	精巣腫瘍	精巣悪性腫瘍手術		なし			5	9	2,811	2,078	1,766	15
1088	110100xx01x1xx	精巣腫瘍	精巣悪性腫瘍手術		あり			37	73	3,236	2,392	2,033	150
1089	11012xxx99xxxx	上部尿路疾患	なし					2	4	3,241	2,607	2,216	8
1090	11012xxx97xxxx	上部尿路疾患	その他の手術あり					4	8	2,648	2,044	1,737	17
1091	11012xxx040xxx	上部尿路疾患	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	なし				2	3	2,551	1,885	1,602	6
1092	11012xxx03xxxx	上部尿路疾患	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎造設術を含む。)					9	17	2,573	1,902	1,617	32
1093	11012xxx020xxx	上部尿路疾患	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)等	なし				4	7	2,579	1,906	1,620	12
1094	11012xxx01xxxx	上部尿路疾患	腎切石術等					9	17	2,620	1,937	1,646	33
1095	11013xxx99xxxx	下部尿路疾患	なし					3	6	2,747	2,150	1,828	15
1096	11013xxx97xxxx	下部尿路疾患	その他の手術あり					4	7	2,442	1,805	1,534	14
1097	11013xxx06xxxx	下部尿路疾患	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術等					4	7	2,466	1,823	1,550	12
1098	11013xxx05xxxx	下部尿路疾患	膀胱結石、異物摘出術 膀胱高位切開術					9	18	2,486	1,874	1,593	35
1099	11013xxx04xxxx	下部尿路疾患	膀胱尿管逆流手術					7	13	2,437	1,801	1,531	21
1100	11013xxx020xxx	下部尿路疾患	尿道狭窄内視鏡手術等	なし				4	8	2,343	1,808	1,537	15
1101	11013xxx01xxxx	下部尿路疾患	尿道形成手術等					5	11	2,349	1,839	1,563	28
1102	110200xx990xxx	前立腺肥大症	なし	なし				4	7	2,555	1,888	1,605	14
1103	110200xx991xxx	前立腺肥大症	なし	あり				2	3	2,899	2,143	1,822	3
1104	110200xx97xxxx	前立腺肥大症	その他の手術あり					4	9	2,424	1,918	1,630	19
1105	110200xx04xxxx	前立腺肥大症	経尿道的レーザー前立腺切除術等					5	10	2,521	1,929	1,640	17
1106	110200xx02xxxx	前立腺肥大症	経尿道的前立腺手術					6	11	2,459	1,817	1,544	17
1107	110200xx01xxxx	前立腺肥大症	前立腺被膜下摘出術					9	17	2,552	1,886	1,603	27
1108	11022xxx99xxxx	男性生殖器疾患	なし					4	7	2,776	2,052	1,744	13
1109	11022xxx97xxxx	男性生殖器疾患	その他の手術あり					4	7	2,475	1,829	1,555	16
1110	11022xxx04xxxx	男性生殖器疾患	包茎手術					2	4	2,202	1,772	1,506	6
1111	11022xxx03xxxx	男性生殖器疾患	精索静脈瘤手術等					3	5	2,355	1,740	1,479	7
1112	11022xxx02xxxx	男性生殖器疾患	陰嚢水腫手術					3	6	2,256	1,766	1,501	10
1113	11022xxx01xxxx	男性生殖器疾患	精索捻転手術					3	5	2,823	2,087	1,774	8
1114	110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群	なし		なし			12	26	2,525	1,937	1,646	61
1115	110260xx97x0xx	ネフローゼ症候群	あり		なし			23	45	2,559	1,892	1,608	93

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1116	110270xxxx0xx	急速進行性腎炎症候群			なし			16	35	2,614	2,004	1,703	78
1117	110275xxxx0xx	急性腎炎症候群			なし			8	15	2,408	1,779	1,512	28
1118	110280xx9900xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	なし			7	13	2,796	2,067	1,757	28
1119	110280xx9901xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	1あり				8	15	3,102	2,293	1,949	33
1120	110280xx9902xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	2あり				6	13	3,907	3,033	2,578	28
1121	110280xx9903xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	3あり				9	27	5,785	4,695	3,991	66
1122	110280xx991x0x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	あり		なし		4	8	3,064	2,365	2,010	15
1123	110280xx991x1x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	あり		あり		8	22	2,969	2,388	2,030	62
1124	110280xx97x00x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		なし	なし		5	14	2,545	2,065	1,755	34
1125	110280xx97x01x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		なし	あり		10	21	2,686	2,049	1,742	48
1126	110280xx97x10x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		1あり	なし		5	19	2,901	2,415	2,053	52
1127	110280xx97x11x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		1あり	あり		14	32	3,043	2,359	2,005	76
1128	110280xx97x2xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		2あり			13	28	3,496	2,675	2,274	67
1129	110280xx97x3xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		3あり			35	69	5,008	3,702	3,147	142
1130	110290xx99x0xx	急性腎不全	なし		なし			7	13	2,867	2,119	1,801	30
1131	110290xx99x1xx	急性腎不全	なし		1あり			12	24	3,319	2,489	2,116	53
1132	110290xx99x3xx	急性腎不全	なし		3あり			6	17	6,587	5,337	4,536	44
1133	110290xx97xxxx	急性腎不全	あり					13	29	3,653	2,819	2,396	72
1134	110310xx99xxxx	腎臓または尿路の感染症	なし					5	10	2,814	2,153	1,830	19
1135	110310xx97xxxx	腎臓または尿路の感染症	あり					9	18	2,813	2,120	1,802	43
1136	110320xx99xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	なし					5	10	2,829	2,164	1,839	21
1137	110320xx97xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	その他の手術あり					7	15	2,661	2,053	1,745	35
1138	110320xx01xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	瘢痕拘縮形成手術等					6	11	2,783	2,057	1,748	24
1139	110420xx99xxxx	水腎症(その他)	なし					3	6	3,074	2,406	2,045	13
1140	110420xx97xxxx	水腎症(その他)	その他の手術あり					4	7	2,579	1,906	1,620	18
1141	110420xx03xxxx	水腎症(その他)	経尿道的尿管狭窄拡張術					4	7	2,580	1,907	1,621	12
1142	110420xx02xxxx	水腎症(その他)	腎盂形成手術等					7	14	2,622	1,987	1,689	25
1143	110420xx01xxxx	水腎症(その他)	腎摘出術等					10	19	2,810	2,077	1,765	42
1144	110430xxxxxxxx	腎動脈塞栓症						8	15	3,309	2,446	2,079	29
1145	120010xx99x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		なし			3	8	2,781	2,273	1,932	19
1146	120010xx99x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		1あり			13	25	3,268	2,416	2,054	58
1147	120010xx99x2xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		2あり			17	33	2,675	1,977	1,680	69
1148	120010xx99x30x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		3	5	6,119	4,523	3,845	11
1149	120010xx99x31x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		3	12	6,390	3,580	3,043	25
1150	120010xx97x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			6	14	2,746	2,164	1,839	34
1151	120010xx97x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			22	43	3,190	2,358	2,004	95

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1152	120010xx97x3xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			11	29	3,653	2,911	2,474	73
1153	120010xx01x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		なし			8	16	2,737	2,068	1,758	25
1154	120010xx01x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		1あり			12	24	3,034	2,275	1,934	45
1155	120010xx01x3xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		3あり			18	35	3,311	2,447	2,080	70
1156	120020xx99x00x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		なし	なし		3	7	2,895	2,328	1,979	16
1157	120020xx99x01x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		なし	あり		6	12	2,894	2,202	1,872	28
1158	120020xx99x20x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		2あり	なし		6	30	2,227	1,876	1,595	71
1159	120020xx99x21x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		2あり	あり		20	39	2,264	1,674	1,423	76
1160	120020xx99x3xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		3あり			4	40	6,793	2,151	1,828	80
1161	120020xx99x40x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		4あり	なし		3	6	5,871	4,594	3,905	12
1162	120020xx99x41x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		4あり	あり		3	12	6,386	3,576	3,040	25
1163	120020xx97x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	2,834	2,147	1,825	34
1164	120020xx97x1xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			21	42	3,477	2,591	2,202	88
1165	120020xx97x2xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			27	53	2,416	1,786	1,518	102
1166	120020xx97x3xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			33	66	2,701	2,007	1,706	112
1167	120020xx97x4xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり			9	24	3,778	3,023	2,570	60
1168	120020xx03x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮内膜掻爬術		なし			2	3	2,928	2,164	1,839	3
1169	120020xx02x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮筋腫摘出(核出)術 腔式等		なし			3	5	2,562	1,894	1,610	8
1170	120020xx01x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		なし			9	17	2,607	1,927	1,638	28
1171	120020xx01x1xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		1あり			13	25	2,877	2,127	1,808	46
1172	120020xx01x2xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		2あり			28	55	2,207	1,631	1,386	89
1173	120020xx01x3xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		3あり			36	72	2,553	1,896	1,612	109
1174	120020xx01x4xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		4あり			19	37	3,177	2,348	1,996	70
1175	120030xx99x0xx	外陰の悪性腫瘍	なし		なし			4	9	2,753	2,179	1,852	24
1176	120030xx99x3xx	外陰の悪性腫瘍	なし		3あり			4	8	4,309	3,326	2,827	19
1177	120030xx97x0xx	外陰の悪性腫瘍	あり		なし			11	21	2,441	1,804	1,533	46
1178	120040xx99x3xx	陰の悪性腫瘍	なし		3あり			4	7	5,782	4,274	3,633	17
1179	120040xx97x0xx	陰の悪性腫瘍	あり		なし			4	9	2,620	2,073	1,762	26
1180	120050xx99x1xx	絨毛性疾患	なし		あり			4	8	3,541	2,732	2,322	15
1181	120050xx97x0xx	絨毛性疾患	その他の手術あり		なし			3	6	2,884	2,257	1,918	14
1182	120050xx01x0xx	絨毛性疾患	胞状奇胎除去術等		なし			2	3	3,008	2,223	1,890	4
1183	120060xx99xxxx	子宮の良性腫瘍	なし					3	5	2,834	2,095	1,781	10
1184	120060xx97xxxx	子宮の良性腫瘍	その他の手術あり					3	6	2,762	2,161	1,837	13
1185	120060xx02xxxx	子宮の良性腫瘍	腹腔鏡下腔式子宮全摘術等					4	7	2,648	1,957	1,663	11
1186	120060xx01xxxx	子宮の良性腫瘍	子宮全摘術等					6	12	2,510	1,910	1,624	16
1187	120070xx99xxxx	卵巣の良性腫瘍	なし					2	4	3,255	2,618	2,225	9

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1188	120070xx97xxxx	卵巣の良性腫瘍	その他の手術あり					6	11	2,719	2,010	1,709	20
1189	120070xx02xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術(腔式を含む。) 腹腔鏡によるもの等					4	7	2,657	1,964	1,669	10
1190	120070xx01xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術(腔式を含む。) 開腹によるもの等					6	12	2,634	2,004	1,703	16
1191	120080xx97xxxx	女性生殖器の良性腫瘍(その他)	あり					3	6	2,657	2,079	1,767	12
1192	120090xx99xxxx	生殖器脱出症	なし					2	3	3,830	2,831	2,406	3
1193	120090xx97xxxx	生殖器脱出症	あり					6	11	2,401	1,775	1,509	17
1194	120100xx99xxxx	子宮内膜症	なし					3	5	3,095	2,288	1,945	10
1195	120100xx97xxxx	子宮内膜症	その他の手術あり					5	9	2,673	1,976	1,680	17
1196	120100xx02xxxx	子宮内膜症	腹腔鏡下腔式子宮全摘術等					4	7	2,637	1,949	1,657	11
1197	120100xx01xxxx	子宮内膜症	子宮全摘術等					5	10	2,584	1,978	1,681	15
1198	120110xx99xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	なし					4	7	3,103	2,294	1,950	12
1199	120110xx97xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	その他の手術あり					6	12	2,852	2,170	1,845	31
1200	120110xx02xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術等					4	8	2,592	2,000	1,700	17
1201	120110xx01xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	子宮全摘術等					7	13	2,841	2,100	1,785	23
1202	120120xx99xxxx	卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患	なし					3	5	3,098	2,290	1,947	8
1203	120120xx97xxxx	卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患	あり					4	8	2,798	2,159	1,835	13
1204	120130xx99xxxx	子宮外妊娠	なし					3	6	2,734	2,140	1,819	11
1205	120130xx97xxxx	子宮外妊娠	あり					4	8	2,967	2,289	1,946	12
1206	120140xx99xxxx	流産	なし					2	3	2,947	2,178	1,851	5
1207	120140xx97xxxx	流産	あり					1	2	3,013	2,620	2,227	2
1208	120150xx99xxxx	妊娠早期の出血	なし					6	11	2,337	1,728	1,469	26
1209	120150xx97xx0x	妊娠早期の出血	あり			なし		6	12	2,563	1,950	1,658	27
1210	120150xx97xx1x	妊娠早期の出血	あり			あり		9	21	2,530	1,980	1,683	58
1211	120160xx99xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	なし					6	11	2,395	1,771	1,505	23
1212	120160xx97xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	その他の手術あり					7	13	2,611	1,930	1,641	28
1213	120160xx01xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	子宮破裂手術等					8	15	2,578	1,906	1,620	27
1214	120170xx99xxxx	早産、切迫早産	なし					5	16	2,447	2,011	1,709	42
1215	120170xx97xxxx	早産、切迫早産	その他の手術あり					8	23	2,516	2,034	1,729	59
1216	120170xx02xxxx	早産、切迫早産	子宮頸管縫縮術					10	25	2,471	1,955	1,662	62
1217	120170xx01xxxx	早産、切迫早産	子宮破裂手術等					17	33	2,475	1,829	1,555	69
1218	120180xx99xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	なし					3	6	2,579	2,019	1,716	16
1219	120180xx97xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	その他の手術あり					2	4	2,667	2,145	1,823	7
1220	120180xx02xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	子宮頸管縫縮術					5	9	2,404	1,777	1,510	17
1221	120180xx01xx0x	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	子宮全摘術等			なし		6	11	2,423	1,791	1,522	16
1222	120180xx01xx1x	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	子宮全摘術等			あり		11	21	2,503	1,850	1,573	47
1223	120190xx99xxxx	女性生殖系の炎症性疾患(その他)	なし					4	7	2,888	2,135	1,815	13

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1224	120190xx97xxxx	女性生殖系の炎症性疾患(その他)	あり					2	4	2,550	2,051	1,743	7
1225	120200xxxxxxxx	妊娠中の糖尿病						5	10	2,380	1,821	1,548	22
1226	120210xx97xxxx	女性性器を含む瘻	あり					10	22	2,471	1,907	1,621	50
1227	120220xx99xxxx	女性性器のポリープ	なし					1	2	2,832	2,463	2,094	2
1228	120220xx02xxxx	女性性器のポリープ	子宮内膜掻爬術					1	2	2,975	2,587	2,199	2
1229	120220xx01xxxx	女性性器のポリープ	子宮全摘術等					2	3	2,823	2,086	1,773	5
1230	120230xx99xxxx	子宮の非炎症性障害	なし					2	3	2,829	2,091	1,777	4
1231	120230xx97xxxx	子宮の非炎症性障害	その他の手術あり					4	7	2,667	1,971	1,675	14
1232	120230xx02xxxx	子宮の非炎症性障害	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)等					1	2	2,877	2,501	2,126	3
1233	120230xx01xxxx	子宮の非炎症性障害	子宮全摘術					7	13	2,551	1,886	1,603	17
1234	120240xxxxxxxx	膣及び外陰の非炎症性障害						3	6	2,519	1,971	1,675	13
1235	120250xx99xxxx	生殖・月経周期に関連する病態	なし					3	5	2,790	2,062	1,753	11
1236	120250xx97xxxx	生殖・月経周期に関連する病態	あり					3	5	2,655	1,962	1,668	9
1237	120260xx99xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	なし					3	5	2,535	1,874	1,593	9
1238	120260xx97xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	その他の手術あり					3	5	3,195	2,362	2,008	12
1239	120260xx02xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	子宮頸管縫縮術等					4	7	2,516	1,859	1,580	10
1240	120260xx01xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	子宮破裂手術等					6	11	2,434	1,799	1,529	13
1241	120270xx99xxxx	妊娠、分娩、産褥に伴う病態	なし					3	6	2,627	2,056	1,748	10
1242	120270xx97xxxx	妊娠、分娩、産褥に伴う病態	あり					5	10	2,639	2,019	1,716	19
1243	120300xxxxxxxx	人工授精に関する合併症						6	11	2,557	1,890	1,607	22
1244	130010xx99x0xx	急性白血病	なし		なし			3	7	3,600	2,895	2,461	17
1245	130010xx97x00x	急性白血病	あり		なし	なし		6	14	3,086	2,432	2,067	35
1246	130010xx97x01x	急性白血病	あり		なし	あり		9	21	4,224	3,305	2,809	52
1247	130010xx97x1xx	急性白血病	あり		1あり			12	31	5,013	3,980	3,383	82
1248	130010xx97x3xx	急性白血病	あり		3あり			23	46	4,355	3,244	2,757	94
1249	130010xx97x4xx	急性白血病	あり		4あり			35	70	6,663	4,950	4,208	139
1250	130020xx99x3xx	ホジキン病	なし		3あり			5	14	3,812	3,094	2,630	39
1251	130020xx97x3xx	ホジキン病	あり		3あり			25	49	3,691	2,728	2,319	104
1252	130030xx99x0xx	非ホジキンリンパ腫	なし		なし			6	12	3,311	2,519	2,141	26
1253	130030xx99x1xx	非ホジキンリンパ腫	なし		1あり			10	23	3,715	2,895	2,461	53
1254	130030xx99x2xx	非ホジキンリンパ腫	なし		2あり			16	31	2,469	1,825	1,551	63
1255	130030xx99x30x	非ホジキンリンパ腫	なし		3あり	なし		3	17	5,372	2,999	2,549	43
1256	130030xx99x31x	非ホジキンリンパ腫	なし		3あり	あり		6	25	4,959	2,684	2,281	55
1257	130030xx99x4xx	非ホジキンリンパ腫	なし		4あり			4	19	7,608	5,118	4,350	47
1258	130030xx97x00x	非ホジキンリンパ腫	あり		なし	なし		5	11	3,228	2,527	2,148	25
1259	130030xx97x01x	非ホジキンリンパ腫	あり		なし	あり		10	20	3,482	2,619	2,226	46

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1260	130030xx97x1xx	非ホジキンリンパ腫		あり	1あり			16	32	3,799	2,839	2,413	70
1261	130030xx97x2xx	非ホジキンリンパ腫		あり	2あり			35	69	3,361	2,484	2,111	138
1262	130030xx97x3xx	非ホジキンリンパ腫		あり	3あり			23	45	4,300	3,178	2,701	94
1263	130030xx97x4xx	非ホジキンリンパ腫		あり	4あり			27	54	5,024	3,737	3,176	115
1264	130040xx99x0xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		なし	なし			6	14	3,161	2,491	2,117	33
1265	130040xx99x2xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		なし	2あり			18	36	2,639	1,969	1,674	76
1266	130040xx99x3xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		なし	3あり			10	23	3,299	2,571	2,185	54
1267	130040xx99x4xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		なし	4あり			16	32	5,825	4,353	3,700	70
1268	130040xx97x0xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		あり	なし			10	21	3,054	2,330	1,981	50
1269	130040xx97x1xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		あり	1あり			19	39	3,966	2,983	2,536	91
1270	130040xx97x2xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		あり	2あり			34	68	3,062	2,275	1,934	139
1271	130040xx97x3xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		あり	3あり			23	46	3,444	2,565	2,180	100
1272	130040xx97x4xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物		あり	4あり			26	51	5,100	3,769	3,204	99
1273	130050xx99x0xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患		なし	なし			6	13	3,220	2,500	2,125	30
1274	130050xx99x3xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患		なし	3あり			11	22	3,530	2,651	2,253	49
1275	130050xx97x0xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患		あり	なし			9	18	3,232	2,436	2,071	43
1276	130050xx97x3xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患		あり	3あり			24	47	4,051	2,994	2,545	101
1277	130060xx99x0xx	骨髄異形成症候群		なし	なし			6	13	3,171	2,462	2,093	29
1278	130060xx97x00x	骨髄異形成症候群		あり	なし	なし		6	15	2,743	2,187	1,859	39
1279	130060xx97x01x	骨髄異形成症候群		あり	なし	あり		11	23	3,363	2,559	2,175	52
1280	130060xx97x1xx	骨髄異形成症候群		あり	1あり			19	39	4,072	3,063	2,604	87
1281	130060xx97x3xx	骨髄異形成症候群		あり	3あり			24	48	3,864	2,877	2,445	101
1282	130070xx99x0xx	白血球疾患(その他)		なし	なし			4	8	3,382	2,610	2,219	16
1283	130070xx97x0xx	白血球疾患(その他)		あり	なし			7	14	3,737	2,832	2,407	33
1284	130070xx97x1xx	白血球疾患(その他)		あり	あり			24	54	6,190	4,764	4,049	118
1285	130080xx99x0xx	再生不良性貧血		なし	なし			5	10	3,252	2,488	2,115	24
1286	130080xx99x1xx	再生不良性貧血		なし	1あり			9	21	3,038	2,377	2,020	54
1287	130080xx97x0xx	再生不良性貧血		あり	なし			4	15	3,064	2,556	2,173	40
1288	130080xx97x1xx	再生不良性貧血		あり	1あり			11	31	3,493	2,810	2,389	79
1289	130080xx97x3xx	再生不良性貧血		あり	3あり			29	57	5,601	4,140	3,519	114
1290	130090xx99x0xx	貧血(その他)		なし	なし			6	12	2,668	2,030	1,726	26
1291	130090xx97x0xx	貧血(その他)		あり	なし			6	12	2,760	2,100	1,785	27
1292	130090xx97x1xx	貧血(その他)		あり	あり			14	30	3,648	2,786	2,368	72
1293	130100xxxxx0xx	播種性血管内凝固症候群			なし			12	24	3,748	2,811	2,389	55
1294	130100xxxxx1xx	播種性血管内凝固症候群			1あり			10	30	5,622	4,559	3,875	79
1295	130100xxxxx3xx	播種性血管内凝固症候群			3あり			14	33	6,591	5,143	4,372	80

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1296	130110x0xxx0xx	出血性疾患(その他)(16歳以上)			なし			9	17	2,690	1,988	1,690	41
1297	130110x0xxx3xx	出血性疾患(その他)(16歳以上)			3あり			13	29	7,803	6,022	5,119	70
1298	130110x1xxx0xx	出血性疾患(その他)(16歳未満)			なし			5	9	2,448	1,810	1,539	20
1299	130110x1xxx3xx	出血性疾患(その他)(16歳未満)			3あり			6	11	5,816	4,298	3,653	25
1300	130111xxxxx0xx	アレルギー性紫斑病			なし			8	15	2,365	1,748	1,486	34
1301	130120xxxxx0xx	血液疾患(その他)			なし			7	13	2,920	2,158	1,834	30
1302	130120xxxxx1xx	血液疾患(その他)			1あり			13	26	3,859	2,891	2,457	61
1303	130140xxxxxxxx	造血器疾患(その他)						10	22	3,221	2,486	2,113	57
1304	130160xxxxxxxx	後天性免疫不全症候群						10	25	3,352	2,653	2,255	63
1305	140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	なし		なし			4	7	2,403	1,776	1,510	11
1306	140010x199x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	なし		1あり			7	14	2,921	2,213	1,881	27
1307	140010x199x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	なし		3あり			9	17	4,384	3,240	2,754	32
1308	140010x197x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		なし			4	8	2,478	1,912	1,625	16
1309	140010x197x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		1あり			8	16	2,926	2,211	1,879	35
1310	140010x197x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		3あり			10	20	4,530	3,407	2,896	41
1311	140010x299x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		なし	なし		6	12	2,279	1,734	1,474	24
1312	140010x299x01x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		なし	あり		12	24	2,278	1,709	1,453	44
1313	140010x299x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		1あり			14	27	2,431	1,796	1,527	49
1314	140010x299x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		3あり			16	31	2,904	2,147	1,825	56
1315	140010x297x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		なし			8	16	2,391	1,806	1,535	34
1316	140010x297x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		1あり			15	30	2,564	1,918	1,630	59
1317	140010x297x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		3あり			18	36	2,938	2,192	1,863	64
1318	140010x399x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		なし			17	33	2,205	1,630	1,386	71
1319	140010x399x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		1あり			27	53	2,254	1,666	1,416	84
1320	140010x399x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		3あり			31	61	2,579	1,906	1,620	96
1321	140010x397x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	あり		1あり			30	59	2,441	1,804	1,533	108
1322	140010x397x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	あり		3あり			36	72	2,721	2,021	1,718	113
1323	140010x499x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	なし		3あり			37	73	2,753	2,035	1,730	142
1324	140010x497x1xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	あり		1あり			41	81	2,665	1,970	1,675	147
1325	140010x497x3xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	あり		3あり			51	102	3,021	2,241	1,905	176
1326	140070xx97xxxx	頭蓋、顔面骨の先天異常	その他の手術あり					8	15	2,410	1,781	1,514	31
1327	140070xx01xxxx	頭蓋、顔面骨の先天異常	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの等					11	21	2,511	1,856	1,578	40
1328	140080xx99x0xx	脳、脊椎の先天異常	なし		なし			3	5	3,223	2,383	2,026	13
1329	140080xx97x0xx	脳、脊椎の先天異常	あり		なし			9	18	2,623	1,976	1,680	33
1330	140080xx97x1xx	脳、脊椎の先天異常	あり		あり			23	46	2,556	1,903	1,618	101
1331	140110xx97xxxx	鼻の先天異常	あり					5	10	2,235	1,710	1,454	17

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1332	140140xx99xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	なし					4	8	2,339	1,805	1,534	17
1333	140140xx97xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	その他の手術あり					6	12	2,201	1,675	1,424	22
1334	140140xx01xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	顎・口蓋裂形成手術等					6	11	2,223	1,643	1,397	17
1335	140170xx97xxxx	正中顎嚢胞・側顎嚢胞	あり					5	9	2,417	1,786	1,518	13
1336	140190xx97xxxx	小耳症・耳介異常・外耳道閉鎖	あり					8	15	2,172	1,605	1,364	27
1337	140210xxxxxxxx	先天性耳瘻孔、副耳						3	5	2,295	1,696	1,442	9
1338	140220xx97xxxx	耳の疾患(その他)	あり					5	10	2,353	1,801	1,531	17
1339	140230xxxx0xx	喉頭の疾患(その他)			なし			4	8	2,500	1,930	1,641	20
1340	140245xx97xxxx	舌・口腔の先天異常	あり					2	4	2,128	1,711	1,454	6
1341	140250xx97xxxx	咽頭の先天異常	あり					6	11	2,462	1,820	1,547	20
1342	140260xx97xxxx	胸郭の変形および先天異常	その他の手術あり					3	6	2,359	1,846	1,569	9
1343	140260xx01xxxx	胸郭の変形および先天異常	漏斗胸手術 胸骨挙上法によるもの等					7	13	2,523	1,865	1,585	18
1344	140280xx99x0xx	気道の先天異常	なし		なし			3	5	2,579	1,906	1,620	13
1345	140290x09900xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	なし	なし	なし			4	8	2,946	2,273	1,932	14
1346	140290x09910xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	なし	あり	なし			3	6	4,278	3,348	2,846	9
1347	140290x097x0xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	その他の手術あり		なし			9	17	2,949	2,180	1,853	37
1348	140290x001x0xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術等		なし			3	6	2,720	2,128	1,809	8
1349	140300xx9900xx	心房中隔欠損症	なし	なし	なし			2	3	3,030	2,240	1,904	6
1350	140300xx9910xx	心房中隔欠損症	なし	あり	なし			3	5	4,420	3,267	2,777	9
1351	140300xx97x0xx	心房中隔欠損症	その他の手術あり		なし			9	17	2,939	2,172	1,846	29
1352	140300xx01x0xx	心房中隔欠損症	経皮的心房中隔欠損閉鎖術		なし			4	8	3,026	2,336	1,986	12
1353	140310x09900xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	なし	なし	なし			3	5	3,105	2,295	1,951	12
1354	140310x09910xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	なし	あり	なし			3	5	4,114	3,041	2,585	7
1355	140310x097x0xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	あり		なし			9	17	2,880	2,129	1,810	28
1356	140310x19900xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	なし	なし	なし			4	8	2,517	1,942	1,651	18
1357	140310x19910xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	なし	あり	なし			3	5	3,862	2,854	2,426	8
1358	140310x197x0xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	あり		なし			13	26	2,957	2,215	1,883	53
1359	140320x09910xx	房室中隔欠損症(1歳以上)	なし	あり	なし			3	6	4,165	3,259	2,770	9
1360	140320x097x0xx	房室中隔欠損症(1歳以上)	あり		なし			14	28	2,955	2,212	1,880	55
1361	140340x09910xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	なし	あり	なし			3	6	4,321	3,382	2,875	9
1362	140340x097x0xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	その他の手術あり		なし			8	21	3,185	2,546	2,164	51
1363	140340x001x0xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	経皮的肺動脈弁拡張術		なし			3	6	2,894	2,265	1,925	9
1364	140350x09900xx	ファロー四徴症(1歳以上)	なし	なし	なし			3	6	3,155	2,469	2,099	15
1365	140350x09910xx	ファロー四徴症(1歳以上)	なし	あり	なし			3	6	4,162	3,257	2,768	9
1366	140350x097x0xx	ファロー四徴症(1歳以上)	その他の手術あり		なし			12	24	3,040	2,280	1,938	43
1367	140350x197x0xx	ファロー四徴症(1歳未満)	その他の手術あり		なし			18	35	3,201	2,366	2,011	78

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1368	140360x09910xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳以上)	なし	あり	なし			3	6	4,448	3,481	2,959	9
1369	140360x097x0xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳以上)	その他の手術あり		なし			8	25	3,124	2,548	2,166	57
1370	140360x19910xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	なし	あり	なし			3	6	4,008	3,137	2,666	8
1371	140360x197x0xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	その他の手術あり		なし			14	29	3,430	2,595	2,206	67
1372	140360x197x1xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	その他の手術あり		あり			24	47	3,914	2,893	2,459	99
1373	140370x09910xx	その他の複雑心奇形(3歳以上)	なし	あり	なし			4	7	4,390	3,245	2,758	15
1374	140370x097x0xx	その他の複雑心奇形(3歳以上)	その他の手術あり		なし			14	31	3,368	2,592	2,203	70
1375	140370x19910xx	その他の複雑心奇形(3歳未満)	なし	あり	なし			3	6	4,102	3,210	2,729	9
1376	140370x197x0xx	その他の複雑心奇形(3歳未満)	その他の手術あり		なし			18	36	3,076	2,296	1,952	78
1377	140380x09900xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	なし	なし	なし			4	9	3,398	2,689	2,286	22
1378	140380x09910xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	なし	あり	なし			4	7	4,356	3,220	2,737	14
1379	140380x097x0xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	その他の手術あり		なし			9	19	3,012	2,305	1,959	44
1380	140380x19900xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳未満)	なし	なし	なし			4	8	2,901	2,239	1,903	18
1381	140410xx99xxxx	先天性肥厚性幽門狭窄症	なし					4	8	2,394	1,847	1,570	20
1382	140410xx97xxxx	先天性肥厚性幽門狭窄症	あり					4	8	2,493	1,924	1,635	13
1383	140430xx99x0xx	腸管の先天異常	なし		なし			3	6	2,675	2,094	1,780	13
1384	140430xx97x0xx	腸管の先天異常	その他の手術あり		なし			7	13	2,565	1,896	1,612	25
1385	140430xx02x0xx	腸管の先天異常	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等		なし			8	16	2,714	2,050	1,743	30
1386	140430xx02x1xx	腸管の先天異常	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等		あり			18	36	2,725	2,034	1,729	70
1387	140440xx99x0xx	肛門閉鎖	なし		なし			3	7	2,717	2,185	1,857	16
1388	140440xx97x0xx	肛門閉鎖	あり		なし			12	23	2,342	1,731	1,471	49
1389	140440xx97x1xx	肛門閉鎖	あり		あり			16	32	2,637	1,971	1,675	63
1390	140450xx99xxxx	胆道の先天異常(拡張症)	なし					3	6	3,084	2,413	2,051	12
1391	140450xx97xxxx	胆道の先天異常(拡張症)	あり					12	24	2,758	2,068	1,758	45
1392	140460xx99x0xx	胆道の先天異常(閉鎖症)	なし		なし			3	6	3,469	2,715	2,308	13
1393	140490xx99xxxx	手足先天性疾患	なし					3	5	2,422	1,790	1,522	9
1394	140490xx970xxx	手足先天性疾患	あり	なし				5	9	2,262	1,672	1,421	20
1395	140490xx971xxx	手足先天性疾患	あり	あり				7	14	2,178	1,650	1,403	26
1396	140500xx99xxxx	骨軟骨先天性形成異常	なし					3	6	3,326	2,603	2,213	12
1397	140500xx97xxxx	骨軟骨先天性形成異常	あり					8	16	2,314	1,748	1,486	36
1398	140510xx99xxxx	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	なし					5	21	2,265	1,896	1,612	57
1399	140510xx97xxxx	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	その他の手術あり					9	29	2,237	1,829	1,555	74
1400	140510xx01xxxx	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	先天性股関節脱臼観血的整復術等					12	31	2,157	1,713	1,456	76
1401	140550xx99xxxx	先天性嚢胞性腎疾患	なし					5	10	3,058	2,340	1,989	21
1402	140560xx99xxxx	先天性水腎症	なし					3	5	3,149	2,328	1,979	9
1403	140560xx97xxxx	先天性水腎症	あり					6	11	2,531	1,870	1,590	24

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1404	140580xx99xxxx	先天性下部尿路疾患	なし					3	5	2,709	2,002	1,702	11
1405	140580xx97xxxx	先天性下部尿路疾患	その他の手術あり					3	5	2,281	1,686	1,433	10
1406	140580xx03xxxx	先天性下部尿路疾患	尿管摘出術等					4	8	2,525	1,948	1,656	15
1407	140580xx02xxxx	先天性下部尿路疾患	尿道形成手術等					6	12	2,278	1,734	1,474	21
1408	140590xx99xxxx	停留精巣	なし					1	2	2,639	2,295	1,951	3
1409	140590xx97xxxx	停留精巣	あり					2	4	2,187	1,759	1,495	6
1410	140600xx97xxxx	女性性器の先天性異常	あり					4	7	2,480	1,833	1,558	16
1411	140620xx99xxxx	その他の先天異常	なし					3	6	3,334	2,609	2,218	15
1412	140620xx97xxxx	その他の先天異常	あり					6	12	2,536	1,930	1,641	29
1413	150010xxxxx0xx	ウイルス性腸炎			なし			3	6	2,684	2,100	1,785	10
1414	150010xxxxx1xx	ウイルス性腸炎			あり			9	21	3,114	2,437	2,071	53
1415	150020xxxxx0xx	細菌性腸炎			なし			4	7	2,737	2,023	1,720	13
1416	150020xxxxx1xx	細菌性腸炎			あり			18	37	3,403	2,562	2,178	82
1417	150030xxxxx0xx	ウイルス性髄膜炎			なし			4	8	2,785	2,150	1,828	14
1418	150040xxxxx0xx	熱性けいれん			なし			2	4	2,468	1,985	1,687	6
1419	150050xxxxx0xx	急性脳炎急性脳症			なし			6	14	3,332	2,626	2,232	36
1420	150050xxxxx1xx	急性脳炎急性脳症			あり			12	37	4,325	3,513	2,986	96
1421	150070x0xx00xx	川崎病(2歳以上)		なし	なし			4	7	2,618	1,935	1,645	14
1422	150070x0xx01xx	川崎病(2歳以上)		なし	あり			6	12	6,120	4,656	3,958	18
1423	150070x0xx1xxx	川崎病(2歳以上)		あり				3	5	4,418	3,265	2,775	7
1424	150070x1xx00xx	川崎病(2歳未満)		なし	なし			4	8	2,492	1,923	1,635	16
1425	150070x1xx01xx	川崎病(2歳未満)		なし	あり			6	12	4,495	3,420	2,907	19
1426	160100xx99x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		なし	なし		3	6	3,287	2,572	2,186	15
1427	160100xx99x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		なし	あり		7	15	3,018	2,329	1,980	34
1428	160100xx99x1xx	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		あり			6	16	4,049	3,257	2,768	46
1429	160100xx97x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		なし	なし		3	7	3,472	2,792	2,373	17
1430	160100xx97x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		なし	あり		6	18	3,073	2,505	2,129	45
1431	160100xx97x10x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		あり	なし		8	27	3,971	3,262	2,773	71
1432	160100xx97x11x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		あり	あり		21	41	3,801	2,810	2,389	95
1433	160100xx02x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ等		なし	なし		5	10	2,864	2,191	1,862	20
1434	160100xx02x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ等		なし	あり		9	17	2,753	2,034	1,729	37
1435	160100xx02x1xx	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ等		あり			12	32	3,785	3,020	2,567	82
1436	160100xx01x0xx	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等		なし			13	26	2,832	2,122	1,804	56
1437	160100xx01x10x	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等		あり	なし		4	26	5,614	3,175	2,699	69
1438	160100xx01x11x	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等		あり	あり		6	40	5,729	2,832	2,407	92
1439	160200xx99x00x	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	なし		なし	なし		2	4	3,297	2,652	2,254	9

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1440	160200xx99x01x	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)		なし	なし	あり		4	9	3,055	2,418	2,055	19
1441	160200xx9700xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	その他の手術あり	なし	なし			4	7	3,028	2,238	1,902	14
1442	160200xx0200xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	鼻骨骨折整復固定術等	なし	なし			3	6	2,356	1,844	1,567	10
1443	160200xx0100xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	眼窩骨折親血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)等	なし	なし			6	11	2,461	1,819	1,546	19
1444	160200xx0110xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	眼窩骨折親血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)等	あり	なし			7	13	2,374	1,754	1,491	21
1445	160250xx99xxxx	眼損傷		なし				3	6	2,653	2,076	1,765	13
1446	160250xx97xxxx	眼損傷	その他の手術あり					3	7	2,825	2,272	1,931	14
1447	160250xx03xxxx	眼損傷	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)等					3	6	2,736	2,142	1,821	13
1448	160250xx02xxxx	眼損傷	眼窩内異物除去術(深在性)等					3	5	2,433	1,799	1,529	9
1449	160250xx01xxxx	眼損傷	硝子体切除術等					6	12	2,609	1,985	1,687	24
1450	160300xx99x0xx	喉頭・頭部気管損傷		なし	なし			2	3	3,122	2,308	1,962	6
1451	160300xx97x0xx	喉頭・頭部気管損傷	あり	あり	なし			3	5	2,939	2,172	1,846	10
1452	160350xx99x0xx	頸部損傷(喉頭・頭部気管損傷、頸椎頭髄損傷を除く)		なし	なし			3	5	3,238	2,393	2,034	10
1453	160350xx97x0xx	頸部損傷(喉頭・頭部気管損傷、頸椎頭髄損傷を除く)	あり	あり	なし			3	8	3,162	2,585	2,197	19
1454	160400xx99x0xx	胸郭・横隔膜損傷		なし	なし			4	8	3,068	2,368	2,013	19
1455	160400xx97x0xx	胸郭・横隔膜損傷	その他の手術あり		なし			4	9	3,392	2,684	2,281	23
1456	160440xxxxxxxx	外耳・中耳損傷(異物を含む)						3	5	2,526	1,867	1,587	12
1457	160450xx99x0xx	肺・胸部気管・気管支損傷		なし	なし			4	8	3,214	2,481	2,109	17
1458	160450xx99x1xx	肺・胸部気管・気管支損傷		なし	あり			6	11	3,093	2,286	1,943	20
1459	160450xx97x0xx	肺・胸部気管・気管支損傷	その他の手術あり		なし			6	11	3,277	2,422	2,059	23
1460	160450xx97x1xx	肺・胸部気管・気管支損傷	その他の手術あり		あり			10	19	3,403	2,515	2,138	43
1461	160500xx99xxxx	食道・胃損傷		なし				2	3	2,963	2,190	1,862	5
1462	160500xx01xxxx	食道・胃損傷	食道異物摘出術等					2	4	2,855	2,297	1,952	9
1463	160510xx99x0xx	肝・胆道損傷		なし	なし			5	9	3,419	2,527	2,148	18
1464	160510xx9700xx	肝・胆道損傷	あり	なし	なし			7	14	3,467	2,627	2,233	28
1465	160530xx99x0xx	脾損傷		なし	なし			5	10	3,343	2,558	2,174	18
1466	16054xxx97x0xx	腸管損傷(胃以外)	あり		なし			5	10	3,094	2,367	2,012	23
1467	160580xx99x0xx	腹壁損傷		なし	なし			3	7	3,008	2,420	2,057	16
1468	160580xx97x0xx	腹壁損傷	あり		なし			5	10	3,104	2,375	2,019	24
1469	160590xx97xxxx	四肢神経損傷	あり					4	7	2,559	1,892	1,608	17
1470	160600xx97xxxx	四肢血管損傷	あり					5	12	2,883	2,292	1,948	33
1471	160610xx99xxxx	四肢筋腱損傷		なし				5	10	2,775	2,123	1,805	22
1472	160610xx97xxxx	四肢筋腱損傷	その他の手術あり					6	11	2,459	1,818	1,545	26
1473	160610xx02xxxx	四肢筋腱損傷	腱縫合術等					4	11	2,468	2,008	1,707	27
1474	160610xx01xxxx	四肢筋腱損傷	靱帯断裂形成手術等					11	22	2,233	1,677	1,425	47
1475	160620xx99xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)		なし				4	9	2,392	1,893	1,609	20
1476	160620xx97xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	その他の手術あり					5	9	2,367	1,749	1,487	21

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1477	160620xx02xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	関節内異物(挿入物)除去術等					3	6	2,388	1,869	1,589	11
1478	160620xx01xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	腱縫合術等					6	12	2,265	1,723	1,465	25
1479	160640xx97xxxx	外傷性切断	その他の手術あり					5	12	2,534	2,015	1,713	30
1480	160640xx02xxxx	外傷性切断	四肢切断術等					5	17	2,613	2,159	1,835	47
1481	160640xx01xxxx	外傷性切断	切断四肢再接合術					9	18	2,999	2,260	1,921	38
1482	160650xx99xxxx	コンパートメント症候群	なし					14	27	2,389	1,766	1,501	61
1483	160650xx97xxxx	コンパートメント症候群	あり					10	28	2,422	1,948	1,656	70
1484	160660xx99xxxx	皮下軟部損傷・挫減損傷、開放創	なし					4	10	2,679	2,155	1,832	24
1485	160660xx970xxx	皮下軟部損傷・挫減損傷、開放創	あり	なし				3	8	2,815	2,301	1,956	21
1486	160660xx971xxx	皮下軟部損傷・挫減損傷、開放創	あり	あり				12	25	2,280	1,731	1,471	57
1487	160690xx99xxxx	胸椎・腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	なし					11	21	2,368	1,750	1,488	44
1488	160690xx97xxxx	胸椎・腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	その他の手術あり					11	23	2,479	1,886	1,603	54
1489	160690xx01xxxx	胸椎・腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	椎弓切除術等					21	42	2,438	1,817	1,544	80
1490	160700xx99xxxx	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	なし					4	9	3,029	2,397	2,037	23
1491	160700xx97xx0x	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	あり			なし		4	7	2,478	1,831	1,556	15
1492	160700xx97xx1x	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	あり			あり		7	14	2,592	1,964	1,669	30
1493	160720xx99xxxx	肩関節周辺の骨折脱臼	なし					6	16	2,498	2,010	1,709	39
1494	160720xx97xxxx	肩関節周辺の骨折脱臼	その他の手術あり					4	8	2,489	1,921	1,633	18
1495	160720xx01xx0x	肩関節周辺の骨折脱臼	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等			なし		8	16	2,409	1,820	1,547	35
1496	160720xx01xx1x	肩関節周辺の骨折脱臼	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等			あり		13	25	2,314	1,710	1,454	50
1497	160740xx97xx0x	肘関節周辺の骨折・脱臼	あり			なし		3	6	2,487	1,946	1,654	14
1498	160740xx97xx1x	肘関節周辺の骨折・脱臼	あり			あり		6	15	2,394	1,908	1,622	37
1499	160750xxxxxxxx	肘関節周辺開放骨折						6	16	2,616	2,104	1,788	42
1500	160760xx97xx0x	前腕の骨折	あり			なし		4	7	2,560	1,892	1,608	15
1501	160760xx97xx1x	前腕の骨折	あり			あり		7	14	2,453	1,859	1,580	31
1502	160770xxxxxxxx	前腕開放骨折						6	14	2,589	2,040	1,734	34
1503	160780xx97xxxx	手関節周辺骨折脱臼	あり					3	5	2,602	1,923	1,635	10
1504	160790xxxxxxxx	手関節周辺開放骨折						4	10	2,677	2,153	1,830	24
1505	160800xx99xxxx	股関節大腿近位骨折	なし					6	18	2,545	2,075	1,764	45
1506	160800xx97xxxx	股関節大腿近位骨折	その他の手術あり					7	18	2,397	1,914	1,627	47
1507	160800xx02xxxx	股関節大腿近位骨折	関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝等					15	29	2,342	1,731	1,471	54
1508	160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折	人工骨頭挿入術 肩、股					15	30	2,332	1,744	1,482	53
1509	160810xxxxxxxx	股関節大腿近位開放骨折						12	38	2,465	2,007	1,706	92
1510	160820xx99xxxx	膝関節周辺骨折・脱臼	なし					10	21	2,315	1,766	1,501	50
1511	160820xx97xxxx	膝関節周辺骨折・脱臼	その他の手術あり					5	9	2,345	1,733	1,473	21
1512	160820xx01xxxx	膝関節周辺骨折・脱臼	骨折観血的手術等					16	31	2,226	1,646	1,399	66
1513	160830xx97xxxx	膝関節周辺開放骨折	その他の手術あり					8	24	2,408	1,957	1,663	69

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1514	160835xx99xxxx	下腿足関節周辺骨折	なし					5	17	2,453	2,027	1,723	46
1515	160835xx97xxxx	下腿足関節周辺骨折	その他の手術あり					3	6	2,363	1,849	1,572	11
1516	160835xx01xxxx	下腿足関節周辺骨折	骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿等					13	25	2,312	1,709	1,453	58
1517	160840xx97xxxx	下腿足関節周辺開放骨折	その他の手術あり					5	11	2,366	1,852	1,574	29
1518	160840xx01xxxx	下腿足関節周辺開放骨折	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足) その他等					22	43	2,311	1,708	1,452	93
1519	160850xx99xxxx	足関節・足部の骨折、脱臼	なし					6	17	2,441	1,978	1,681	43
1520	160850xx97xxxx	足関節・足部の骨折、脱臼	その他の手術あり					5	11	2,362	1,849	1,572	28
1521	160850xx01xx0x	足関節・足部の骨折、脱臼	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足) その他等			なし		8	20	2,359	1,872	1,591	49
1522	160850xx01xx1x	足関節・足部の骨折、脱臼	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足) その他等			あり		17	33	2,265	1,674	1,423	67
1523	160860xxxxxxxx	足関節・足部の骨折、脱臼、開放骨折						9	25	2,420	1,946	1,654	65
1524	160870xx99x00x	頸椎頭髄損傷	なし		なし	なし		4	12	2,997	2,459	2,090	31
1525	160870xx99x01x	頸椎頭髄損傷	なし		なし	あり		11	27	2,632	2,074	1,763	64
1526	160870xx97x0xx	頸椎頭髄損傷	その他の手術あり		なし			9	23	2,773	2,205	1,874	56
1527	160870xx01x0xx	頸椎頭髄損傷	椎弓切除術等		なし			18	35	2,412	1,783	1,516	67
1528	160870xx01x1xx	頸椎頭髄損傷	椎弓切除術等		あり			30	59	2,916	2,155	1,832	117
1529	160950xx99x0xx	腎・尿管損傷	なし		なし			5	10	3,162	2,420	2,057	20
1530	160950xx97x0xx	腎・尿管損傷	あり		なし			10	19	2,992	2,211	1,879	43
1531	160960xx97x0xx	膀胱・尿道損傷	あり		なし			6	13	2,619	2,033	1,728	35
1532	160970xx99x0xx	生殖器損傷	なし		なし			2	4	2,751	2,213	1,881	9
1533	160970xx97x0xx	生殖器損傷	その他の手術あり		なし			3	6	3,028	2,370	2,015	12
1534	160970xx02x0xx	生殖器損傷	陰茎形成術等		なし			3	5	2,800	2,070	1,760	10
1535	160980xx99x0xx	骨盤損傷	なし		なし			9	18	2,465	1,857	1,578	41
1536	160980xx9700xx	骨盤損傷	その他の手術あり	なし	なし			9	22	2,633	2,078	1,766	54
1537	160980xx0100xx	骨盤損傷	体外式脊椎固定術等	なし	なし			17	37	2,448	1,873	1,592	81
1538	160990xx99x0xx	多部位外傷	なし		なし			4	12	3,113	2,555	2,172	32
1539	160990xx97x00x	多部位外傷	あり		なし	なし		8	21	2,642	2,112	1,795	53
1540	160990xx97x01x	多部位外傷	あり		なし	あり		17	34	2,536	1,894	1,610	74
1541	160990xx97x1xx	多部位外傷	あり		あり			23	45	3,420	2,528	2,149	96
1542	160995xxxxx0xx	気道熱傷			なし			2	3	3,133	2,316	1,969	5
1543	161000x199x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	なし		なし			4	10	2,686	2,160	1,836	22
1544	161000x102x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	分層植皮術 25平方センチメートル未満等		なし			12	23	2,295	1,696	1,442	47
1545	161000x101x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	分層植皮術 200平方センチメートル以上等		なし			18	36	2,482	1,852	1,574	69
1546	161000x299x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10以上)	なし		なし			8	16	2,877	2,173	1,847	33
1547	161000x201x1xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10以上)	分層植皮術 200平方センチメートル以上等		あり			31	62	5,309	3,946	3,354	117
1548	161020xxxxx0xx	体温異常			なし			2	4	3,075	2,473	2,102	7
1549	161020xxxxx1xx	体温異常			あり			6	11	4,938	3,650	3,103	30
1550	161040xxxxxxxx	損傷の続発性、後遺症						5	12	2,673	2,125	1,806	30

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期 間(日)
								I	II	入院期間 I 日未満	入院期間 I 日以上 II 日 未満	入院期間 II 日以上	
1551	161060xx99x0xx	詳細不明の損傷等	なし		なし			2	4	3,022	2,431	2,066	10
1552	161060xx97x0xx	詳細不明の損傷等	あり		なし			5	12	2,706	2,151	1,828	34
1553	161060xx97x1xx	詳細不明の損傷等	あり		あり			8	27	6,523	5,358	4,554	73
1554	161070xxxxx0xx	薬物中毒(その他の中毒)			なし			2	3	3,200	2,365	2,010	5
1555	161070xxxxx1xx	薬物中毒(その他の中毒)			1あり			4	7	4,436	3,279	2,787	16
1556	170010x0xxxxxx	症状性を含む器質性精神障害(GAF40以上)						7	16	2,770	2,168	1,843	39
1557	170010x1xxxxxx	症状性を含む器質性精神障害(GAF40未満)						8	21	2,950	2,358	2,004	54
1558	170020x0xxxxxx	精神作用物質使用による精神および行動の障害(GAF40以上)						1	2	3,183	2,768	2,353	4
1559	170030x0xxxxxx	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(GAF40以上)						4	14	2,696	2,239	1,903	38
1560	170040x0xxxxxx	気分[感情]障害(GAF40以上)						10	22	2,327	1,796	1,527	53
1561	170040x1xxxxxx	気分[感情]障害(GAF40未満)						7	24	2,646	2,179	1,852	65
1562	170050x0xxxxxx	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(GAF40以上)						3	11	2,638	2,208	1,877	31
1563	180010xxxxx0xx	敗血症			なし			7	14	2,984	2,261	1,922	31
1564	180010xxxxx1xx	敗血症			1あり			11	22	4,400	3,304	2,808	50
1565	180010xxxxx2xx	敗血症			2あり			18	39	4,385	3,350	2,848	90
1566	180010xxxxx3xx	敗血症			3あり			17	39	9,260	7,174	6,098	93
1567	180020xxxxxxxxx	性感染症						5	9	3,002	2,219	1,886	15
1568	180040xx99x0xx	手術・処置等の合併症	なし		なし			3	8	3,002	2,454	2,086	21
1569	180040xx99x1xx	手術・処置等の合併症	なし		あり			6	14	3,431	2,704	2,298	35
1570	180040xx97x0xx	手術・処置等の合併症	あり		なし			5	17	2,451	2,025	1,721	47
1571	180050xxxxxxxxx	その他の悪性腫瘍						8	18	3,153	2,454	2,086	45
1572	180060xxxxxxxxx	その他の新生物						4	8	2,685	2,072	1,761	18