

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(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

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

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

H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(削除)

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(I) | 440点 |
| 2 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料
(II) | 260点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理

→ (削除)

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

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

テーション医学管理料

(削除)

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(I) | 440点 |
| 2 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(II) | 260点 |

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

- 2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯

固定、区分番号J 1 1 9—3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J 1 1 9—4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H 0 0 3—5 運動器リハビリテーション医学管理料
(削除)

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

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

→ (削除)

2 運動器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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。

H003-6 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) 340点
- 2 呼吸器リハビリテーション医学管理料(II) 220点

→ (削除)

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

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

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

（点数の見直し）

1 6歳未満の患者の場合 190点 → 220点

（点数の見直し）

2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点 → 190点

（点数の見直し）

3 18歳以上の患者の場合 100点 → 150点

（注の見直し）

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

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

（新設）

（新設）

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）
50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

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

	イ 病院の場合	330点		イ 病院の場合	
				(1) 30分以上の場合	360点
	ロ 診療所の場合	360点		(2) 30分未満の場合	330点
				ロ 診療所の場合	
				(1) 30分以上の場合	360点
				(2) 30分未満の場合	350点
(注の見直し)	注2	区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	→	注2	通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
(注の見直し)	注3	20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。	→	注3	20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。
(新設)			→	I002-2	精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点
				注1	入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対

I 0 1 1 精神科退院指導料

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

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

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

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

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

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

(注の新設)

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

(新設)

(注の見直し)

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

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

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

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

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

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

J 0 0 1—5 老人処置（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

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

（名称の見直し）

J 0 0 1—5 後期高齢者処置（1日につき）

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

J 0 0 1—6 老人精神病棟等処置料（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

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

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

（名称の見直し）

J 0 0 1—6 後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）

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

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

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

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺
(点数の見直し)

1 4 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 1 骨髄穿刺
(点数の見直し)

1 胸骨

8 0 点 → 1 3 0 点

2 その他

9 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 4 乳腺穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 5 甲状腺穿刺
(点数の見直し)

1 3 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 6 リンパ節等穿刺
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

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

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 1 9—2 胸腔内出血排除 (非開胸的) (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 2 0 胃持続ドレナージ (開始日)
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

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

<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注8 区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p>
<p>J038-2 持続緩徐式血液濾過 (1日につき) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>
<p>J039 血漿交換療法(1日につき) (点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注4 区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p>
<p>J039 血漿交換療法(1日につき) (点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>5,000点 (新設)</p>	<p>4,200点 注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>

J 0 4 0 局所灌流（1日につき）
（注の新設）

J 0 4 1 吸着式血液浄化法（1日につき）
（注の新設）

J 0 4 1—2 血球成分除去療法（1日につき）
（注の新設）

（新設）

（新設）

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

（新設）

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

（新設）

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

（新設）

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

(新設)

(新設)

J 0 4 3—5 尿路ストーマカテーテル交換法
1 0 0 点

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

(救急処置)

J 0 4 4 救命のための気管内挿管
(点数の見直し)

4 0 0 点 → 5 0 0 点

J 0 4 5 人工呼吸
(点数の見直し)

1 30分までの場合

2 2 0 点 → 2 4 2 点

2 30分を超えて5時間までの場合
2 2 0 点に30分又はその端数を増すごとに
5 0 点を加算して得た点数

2 30分を超えて5時間までの場合
2 4 2 点に30分又はその端数を増すごとに
5 0 点を加算して得た点数

3 5時間を超えた場合（1日につき）

7 4 5 点 → 8 1 9 点

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

(注の見直し)	方センチメートル未満	75点	→	85点
	4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	140点	→	155点
	5 6,000平方センチメートル以上	250点	→	270点
	注1 1については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。			注1 100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。
J054 皮膚科光線療法 (名称の変更) (項目の見直し)	(名称の変更)		→	J054 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290ナノメートル以上～315ナノメートル以下のもの)
	(新設)		→	3 中波紫外線療法 (308ナノメートル以上～313ナノメートル以下に限定したもの) 350点
J054-2 皮膚レーザー照射療法 (一連につき) (注の見直し)				
	注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数		→	注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数

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

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

J055 いぼ焼灼法
(点数の見直し)

1 3箇所以下

200点

220点

2 4箇所以上

250点

270点

J055-2 イオントフォーレーゼ
(点数の見直し)

200点

220点

J055-3 臍肉芽腫切除術
(点数の見直し)

200点

220点

J056 いぼ冷凍凝固法
(点数の見直し)

1 3箇所以下

200点

220点

2 4箇所以上

250点

270点

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

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

1 カテーテルによる耳管通気法（片側）

2 7 点

3 0 点

2 ポリツェル球による耳管通気法

1 8 点

2 0 点

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

J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）

注 3 鼻洗浄については、第 1 章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

J 1 0 2 上顎洞穿刺（片側）
（点数の見直し）

5 0 点

6 0 点

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

1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合

5 0 点

5 5 点

2 1 以外の場合

J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）

（点数の見直し）

（整形外科的処置）

J 1 1 6 関節穿刺（片側）

（点数の見直し）

J 1 1 8 介達牽引（1日につき）

（削除）

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

20点

25点

100点

1 片側
2 両側

100点

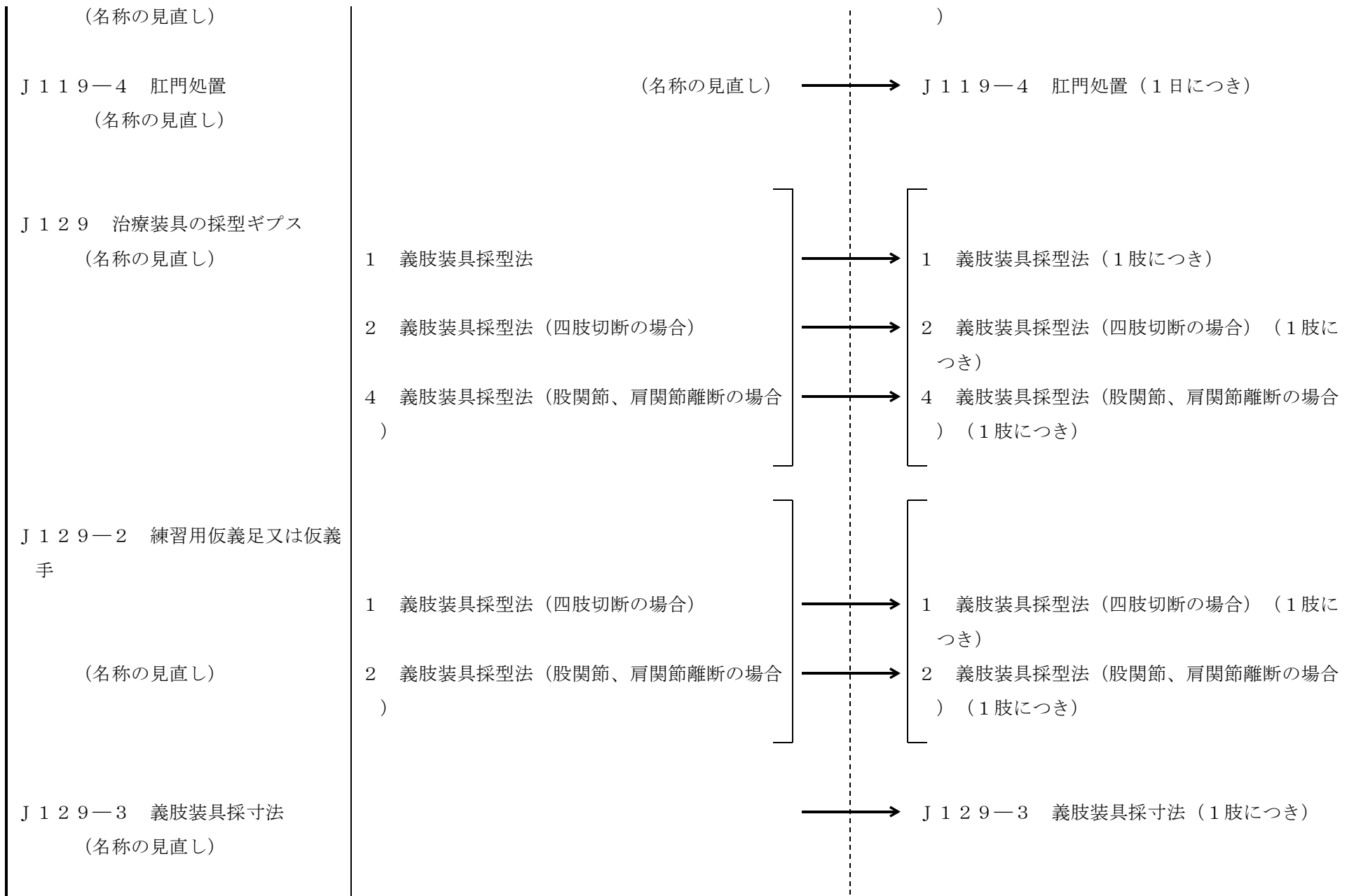
150点

80点

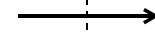
100点

（削除）

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



J 1 2 9—4 治療器具採型法
(名称の見直し)



J 1 2 9—4 治療器具採型法 (1肢につき)

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

(通則の変更)

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

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

(通則の変更)

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

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

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

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

(通則の変更)

、K 7 7 5 並びに K 8 0 5 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。

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

、K 7 7 5、K 8 0 5 並びに K 9 1 3 に掲げる手術を手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児又は新生児（手術時体重が 1, 5 0 0 グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の 1 0 0 分の 4 0 0 又は 1 0 0 分の 3 0 0 に相当する点数を加算する。

11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号 L 0 0 4 に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1, 0 0 0 点を加算する。

第 1 節 手術料

第 1 款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K006-2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部) (名称の見直し)	K006-2 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部)	→	K006-2 鶏眼・胼胝切除術 (露出部で縫合を伴うもの)
K006-3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外) (名称の見直し)	K006-3 鶏眼・胼胝切除後縫合 (露出部以外)	→	K006-3 鶏眼・胼胝切除術 (露出部以外で縫合を伴うもの)
K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の見直し) (項目の新設)	K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (項目の新設)	→	K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)
	1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2, 050点	→	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1, 280点
	2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3, 230点	→	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2, 050点
	3 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点	→	3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍 3, 230点
		→	4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点
K007 皮膚悪性腫瘍切除術	1 広汎切除		

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

K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）
（点数の見直し）

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

（項目の新設）

第2款 筋骨格系・四肢・体幹
（四肢骨）

40,000点 → 43,000点

46,200点 → 49,200点

（新設）

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

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

K048 骨内異物（挿入物）除去術
（項目の見直し）

（項目の新設）

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

（点数の見直し）

（項目の見直し）

（項目の新設）

（注の新設）

1 肩甲骨、上腕、大腿

（新設）

1 自家骨移植

2 同種骨移植

9, 160点

7, 920点

（新設）

（新設）

1 頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿

K052-3 多発性骨腫摘出術

1 肩甲骨、上腕、大腿

10, 300点

2 前腕、下腿

7, 210点

3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他

3, 340点

8, 300点

2 同種骨移植（生体）

9, 100点

3 同種骨移植（非生体）

9, 900点

注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所
定点数に含まれる。

(四肢関節、靱帯)

K061 関節脱臼非観血的整復術

(点数の見直し)

(脊柱、骨盤)

3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障

600点 → 800点

K131 椎弓切除術

(注の変更)

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

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

K131-2 内視鏡下椎弓切除術

(注の変更)

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

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

K132 椎弓形成手術

(注の変更)

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

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

(頭蓋、脳)

K 1 4 9 減圧開頭術

(項目の見直し)

(点数の見直し)

K 1 4 9 減圧開頭術

1 4, 2 0 0 点

1 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合

2 1, 3 0 0 点

2 その他の場合

1 4, 2 0 0 点

K 1 6 0—2 頭蓋内微小血管減圧術

(点数の見直し)

2 3, 0 0 0 点

2 5, 3 0 0 点

(項目の新設)

(新設)

K 1 6 4—4 定位的脳内血腫除去術

1 2, 2 0 0 点

K 1 7 1 経鼻的下垂体腫瘍摘出術

(点数の見直し)

5 0, 7 0 0 点

5 5, 8 0 0 点

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

1 1箇所

(点数の見直し)

7 0, 5 0 0 点

7 2, 0 0 0 点

2 2箇所以上

(点数の見直し)

8 4, 1 0 0 点

8 5, 6 0 0 点

K 1 8 0 頭蓋骨形成手術

- 1 頭蓋骨のみのもの
- 2 硬膜形成を伴うもの

9, 730点
14, 000点
(新設)

3 骨移動を伴うもの

21, 000点

注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

(項目の新設)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K 1 9 1 脊髄腫瘍摘出術

- 1 髄外のもの

33, 300点 → 36, 700点

(点数の見直し)

第4款 眼

(角膜、強膜)

K 2 5 9 角膜移植術

(点数の見直し)

30, 600点 → 39, 800点

(ぶどう膜)

K 2 6 8 緑内障手術

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

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

<p>(注の移動)</p> <p>(項目の新設)</p>	<p>1 おとがい形成の場合 4,990点</p> <p>2 短縮又は伸長の場合 13,200点</p> <p>注 両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。</p> <p>3 再建の場合 18,500点 (新設)</p>	<p>(注の削除)</p> <p>4 骨移動を伴う場合 27,800点</p> <p>注1 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。</p> <p>注2 4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。</p>
<p>(唾液腺)</p> <p>K 4 5 5 顎下腺悪性腫瘍手術 (点数の見直し)</p> <p>(甲状腺、上皮小体)</p> <p>K 4 6 1 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術</p>	<p>17,600点</p>	<p>20,000点</p>

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

(点数の見直し)	1 単純乳房切除術（乳腺全摘術）	10,400点	→	11,400点
(点数の見直し)	2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	16,000点	→	17,000点
(点数の見直し)	3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	19,000点	→	20,000点
(点数の見直し)	4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	26,600点	→	27,600点
(点数の見直し)	5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの） ・胸筋切除を併施しないもの	27,100点	→	29,100点
(点数の見直し)	6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの） ・胸筋切除を併施するもの	22,100点	→	24,100点
(点数の見直し)	7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	33,000点	→	34,000点
(胸壁)				
K487 漏斗胸手術 (名称の見直し)	1 胸骨挙上法		→	1 胸骨挙上法によるもの
	2 胸骨翻転法			2 胸骨翻転法によるもの

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

注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所
定点数に含まれる。

(項目の新設)

(新設)

K 5 1 4—6 生体部分肺移植術

6 6, 7 0 0 点

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

2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、
所定点数に含まれる。

(食道)

K 5 2 2 食道狭窄拡張術

(点数の見直し)

1 内視鏡によるもの

5, 5 7 0 点

6, 2 0 0 点

K 5 2 2—2 食道ステント留置術

(点数の見直し)

5, 5 7 0 点

6, 2 0 0 点

K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視
鏡的粘膜切除術

(項目の見直し)

K 5 2 6—2 早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切
除術

6, 8 0 0 点

K 5 2 6—2 内視鏡的食道粘膜切除術

1 早期悪性腫瘍粘膜切除術

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

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

(項目の新設)

(動脈)

K 6 0 9 動脈血栓内膜摘出術

(点数の見直し)

(項目の新設)

2 内頸動脈

(新設)

17,700点

(新設)

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

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

19,500点

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

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

(点数の見直し)

1 開腹して設置した場合

1 1, 8 0 0 点 → 1 3, 8 0 0 点

2 四肢に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 5 0 0 点 → 1 2, 5 0 0 点

3 頭頸部その他に設置した場合

(点数の見直し)

1 0, 8 0 0 点 → 1 2, 8 0 0 点

第9款 腹部

(腹壁、ヘルニア)

K 6 3 3 ヘルニア手術

(点数の見直し)

2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開

5, 9 7 0 点 → 6, 2 0 0 点

(点数の見直し)

5 鼠径ヘルニア

5, 5 3 0 点 → 6, 0 0 0 点

K 6 3 9 急性汎発性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

K 6 3 9—2 結核性腹膜炎手術

(点数の見直し)

9, 5 4 0 点 → 1 2, 0 0 0 点

(胃、十二指腸)

K 6 5 5 胃切除術

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 5—2 腹腔鏡下胃切除術
(注の見直し)

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

(項目の新設)

(新設)

K 6 5 5—4 噴門側胃切除術

1 単純切除術

3 0, 9 0 0点

2 悪性腫瘍切除術

5 5, 1 0 0点

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 7 胃全摘術

(注の見直し)

注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5, 0
0 0点を加算する。

K 6 5 7—2 腹腔鏡下胃全摘術

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

(名称の見直し)

(膵)

K 7 0 3 膵頭部腫瘍切除術

(点数の見直し)

3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合

6 9, 5 0 0 点 → 7 2, 5 0 0 点

4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合

7 2, 9 0 0 点 → 7 8, 9 0 0 点

(点数の見直し)

(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)

K 7 1 8 虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8 虫垂切除術

6, 2 1 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

6, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

8, 8 8 0 点

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

1 8, 0 0 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

8, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

1 0, 8 8 0 点

K 7 1 9 結腸切除術
(点数の見直し)

1 小範囲切除

1 3, 7 0 0 点

1 7, 9 0 0 点

2 結腸半側切除

1 9, 7 0 0 点

2 5, 7 0 0 点

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術
(項目の見直し)

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術

3 5, 7 0 0 点

(新設)

1 小範囲切除、結腸半側切除

3 5, 7 0 0 点

2 全切除、亜全切除

4 1, 7 0 0 点

(直腸)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術
(項目の見直し)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術

4 2, 1 0 0 点

(新設)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1 切除術

4 2, 1 0 0 点

2 低位前方切除術

5 3, 4 0 0 点

3 切断術

6 0, 0 0 0 点

(名称の変更)

(新設)

(削除)

K 7 4 0—3 腹腔鏡下直腸低位前方切除術

(削除)

53,400点

(肛門、その周辺)

K743 痔核手術(脱肛を含む。)

(項目の見直し)

(新設)

→ 5 PPH

6,390点

第10款 尿路系・副腎

(副腎)

(項目の新設)

(新設)

→ K754-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
36,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K769-3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
33,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K772-3 腹腔鏡下小切開腎摘出術
37,100点

(項目の新設)

(新設)

→ K773-3 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
47,300点

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

第11款 男子性器
(精囊、前立腺)

(項目の新設)

(項目の新設)

第12款 女子性器
(子宮附属器)

K888 子宮附属器腫瘍摘出術(両側)
(点数の見直し)

第13款 脳死臓器提供管理料

2 腹腔鏡によるもの

18,600点

第13款 脳死臓器提供管理料

を加算する。

2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

(新設)

K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法
(一連につき)

5,000点

(新設)

K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

50,300点

19,600点

第13款 臓器提供管理料

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

K 9 3 6 自動縫合器加算

(注の変更)

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

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

K 9 3 6—2 自動吻合器加算

(注の変更)

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

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

(項目の新設)

(新設)

K 9 3 9 画像等手術支援加算
1 ナビゲーションによるもの

2, 0 0 0 点

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

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

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

項 目	現 行	改 正 案
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) (新設)	(名称の見直し) → 1 2 0 点 (新設) →	L 0 0 1 筋肉注射による全身麻酔、注腸による 麻酔 L 0 0 1 - 2 静脈麻酔 1 短時間のもの 1 2 0 点 2 十分な体制で行われる長時間のもの 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, 100点

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

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24, 900点

ロ イ以外の場合 18, 300点

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

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16, 600点

ロ イ以外の場合 12, 200点

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

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12, 450点

ロ イ以外の場合 9, 150点

(注の変更)

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

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

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

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9, 130点

ロ イ以外の場合 6, 710点

5 その他の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8, 300点

ロ イ以外の場合 6, 100点

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

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

イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

1, 800点

ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施

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

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

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

時間が2時間を超えた場合

1, 200点

ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

900点

ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

660点

ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

600点

注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 頸・胸部

750点

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

第2節 神経ブロック料

区分

L100 神経ブロック（局所麻酔剤
又はボツリヌス毒素使用）

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

1,500点

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

3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経
ブロック、ヒッチコック療法

570点

(項目の見直し)

(新設)

4 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック
、顔面神経ブロック

340点

1

2

3

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

400点

5

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

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

<p>(注の新設)</p> <p>M001 体外照射</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射</p>	<p>しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。</p> <p>2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射</p>
--	--	---

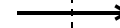
	イ 1回目	700点		イ 1回目	500点
	ロ 2回目	210点		ロ 2回目	150点
(項目の新設)		(新設)	→	4 強度変調放射線治療 (IMRT)	
				イ 1回目	3,000点
				ロ 2回目	1,000点
(注の新設)		(新設)	→	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。	
M004 密封小線源治療 (一連につき)					
(名称の見直し)	2 腔内照射				
	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合	3,000点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

(項目の見直し)

3 組織内照射

ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7,500点



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

7,500点

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

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

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

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

第1節 病理標本作製料

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

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

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）
880点

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器

につき) 2, 000点

N002 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | エストロゲンレセプター | 720点 |
| 2 | プロジェステロンレセプター | 690点 |
| 3 | HER2タンパク | 690点 |
| 4 | その他(1臓器につき) | 350点 |

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

N003 術中迅速病理組織標本作製(1手術につき) 1, 990点

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

N004 細胞診(1部位につき)

1 婦人科材料	150点
2 その他	190点

N005 HER2遺伝子標本作製
2,500点

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料 410点

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

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

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

N007 病理判断料 146点

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

2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

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

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

3 その他の診療料

(通則の見直し)

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

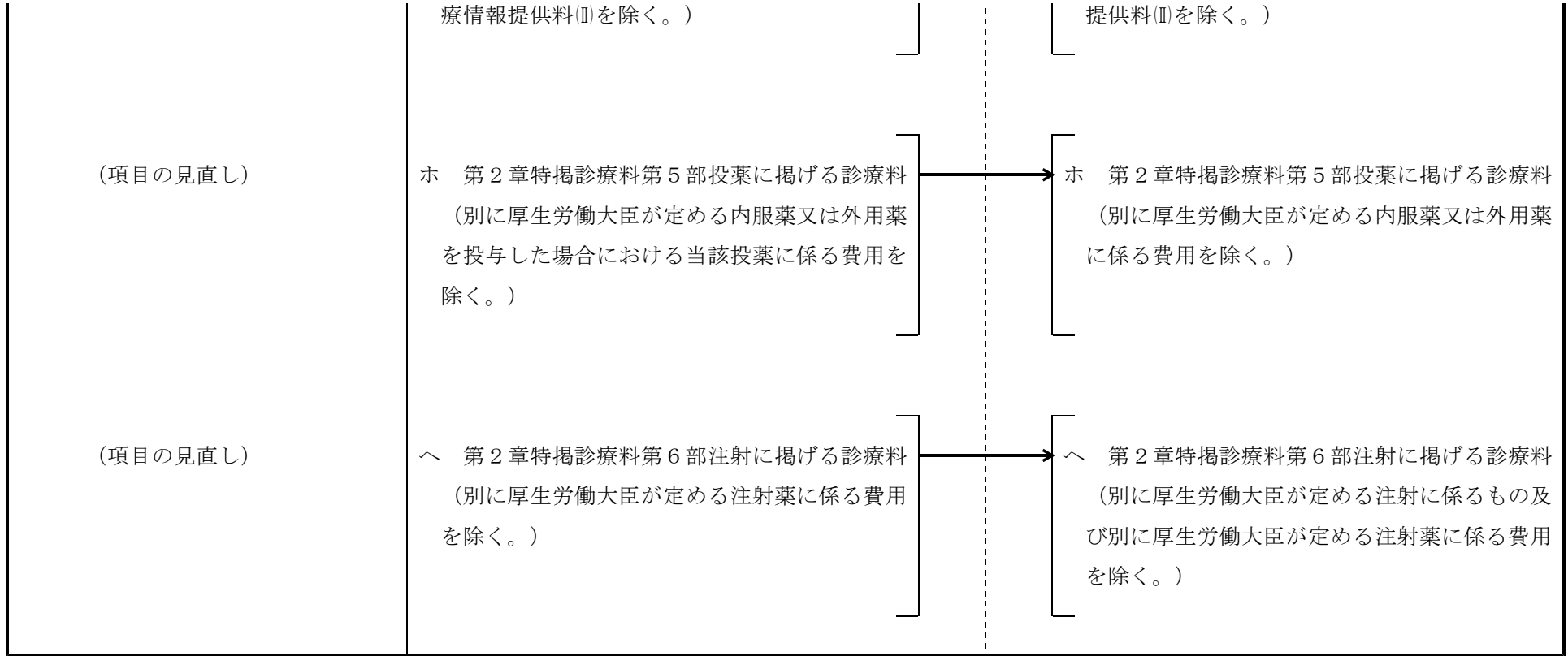
併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

(項目の見直し)

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

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

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



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

2 歯科診療報酬点数表

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

<p>(注の新設)</p>		<p>(新設) →</p> <p>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。</p>
<p>第2節 再診料</p>		
<p>A002 再診料</p>		
<p>(点数の見直し)</p>	<p>1 歯科再診料</p> <p>38点</p>	<p>40点</p>
<p>第2部 入院料等</p>		
<p>通則</p>		
<p>(通則の見直し)</p>	<p>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</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合におい</p>

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

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

(新設)

(新設)

A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算

(新設)

(新設)

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

(削除)

A 2 1 1 夜間勤務等看護加算

(削除)

(新設)

(新設)

A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

(新設)

(新設)

A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算

(新設)

(新設)

A 2 2 7 退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

(新設)

(新設) → A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

(新設)

(新設) → A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300点

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

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

(注の見直し)

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

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

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

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

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

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

(削除)

B000-3 歯科疾患総合指導料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 歯科疾患総合指導料1 | 130点 |
| 2 | 歯科疾患総合指導料2 | 110点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合
しているものとして地方社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関において、区分番号A
000に掲げる初診料を算定した時に、当該
保険医療機関において継続的な管理を希望す
ること等について患者の同意を得て、病名、
症状、治療内容及び治療期間等に関する一連
の治療計画を策定し、口腔内写真等を用いて
、患者に治療計画に基づき総合的な指導を行
った上で、当該指導内容に係る情報を文書に
より提供した場合に1回に限り算定する。

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

(削除)

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

(新設)

(新設)

B000-4 歯科疾患管理料

- 1 1回目 130点
- 2 2回目以降 110点

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

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

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

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

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

に掲げる初診料は算定できない。

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

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

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

(削除)

B 0 0 1 歯周疾患指導管理料 1 0 0 点

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

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

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

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

(削除)