旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	140	→	160	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	140	→	160	D018 2	
D018 3	血液又は穿刺液	150	→	190	D018 3	
D018 4	泌尿器又は生殖器からの検体	130	→	150	D018 4	
D018 5	その他の部位からの検体	120	→	140	D018 5	
D018 6	簡易培養	60	→	60	D018 6	(名称の変更)
D018 注	嫌気性培養加算	80	→	120	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査				D019	
D019 1	1菌種	140	→	170	D019 1	
D019 2	2菌種	180	→	220	D019 2	
D019 3	3菌種以上	230	→	280	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	130	→	150	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査				D020	
D020 1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	200	→	230	D020 1	(名称の変更)
D020 2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	180	→	210	D020 2	(名称の変更)
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	290	→	370	D021	(名称の変更)
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	300	→	380	D022	
D023	微生物核酸同定・定量検査				D023	
D023 1	細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり)	130	→	130	D023 1	(名称の変更)
D023 2	淋菌核酸検出	210	→	210	D023 2	(名称の変更)
D023 2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	210	→	210	D023 2	(名称の変更)
D023 3	HBV核酸定量	290	→	290	D023 3	(名称の変更)
D023 4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	300	→	300	D023 4	(名称の変更)
― ―	レジオネラ核酸検出	―	→	300	D023 4	(新設)
― ―	マイコプラズマ核酸検出	―	→	300	D023 4	(新設)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	→	―	- -	(削除)
D023 6	HCV核酸検出	360	→	360	D023 5	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D023 6	HPV核酸検出	360	→	360	D023 5	（名称の変更）
― ―	インフルエンザ核酸検出	―	→	410	D023 6	（新設）
D023 7	抗酸菌核酸同定	410	→	410	D023 6	（名称の変更）
D023 7	結核菌群核酸検出	410	→	410	D023 6	（名称の変更）
D023 8	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	430	→	421	D023 7	（名称の変更）
D023 9	HCV核酸定量	450	→	450	D023 8	（名称の変更）
D023 9	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	450	→	450	D023 8	（名称の変更）
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出	450	→	450	D023 8	（名称の変更）
D023 9	SARSコロナウイルス核酸検出	450	→	450	D023 8	（名称の変更）
D023 10	HIV－1核酸定量	520	→	520	D023 9	（名称の変更）
D023 10	注　濃縮前処理加算	130	→	130	D023 9	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出	550	→	850	D023 10	（名称の変更）
― ―	HPVジェノタイプ判定	―	→	2,000	D023 11	（新設）
D023 12	HIVジェノタイプ薬剤耐性	6,000	→	6,000	D023 12	（名称の変更）
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’）定性	55	→	55	D023-2 1	（名称の変更）
D023-2 2	尿素呼気試験（UBT）	70	→	70	D023-2 2	（名称の変更）
D023-2 3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）	150	→	150	D023-2 3	（名称の変更）
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン定性	200	→	200	D023-2 4	（名称の変更）
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	125	→	125	D026 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D026 3	生化学的検査(Ⅰ)判断料	144	→	144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(Ⅱ)判断料	144	→	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	→	100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅲ)	300	→	300	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(Ⅳ)	500	→	500	D026 注	
D027	基本的検体検査判断料	604	→	604	D027	
	第3節 生体検査料 **(呼吸循環機能検査等)**					
D200	スパイログラフィー等検査				D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	80	→	90	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	→	100	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→	140	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	→	―	D201 1	
― ―	イ 広域周波オシレーション法を用いた場合	―	→	150	D201 1	(新設)
― ―	ロ その他の場合	―	→	60	D201 1	(新設)
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	→	150	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→	135	D203 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		
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	
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	→	—	— —	(削除)
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	
— —	血管内皮機能検査(一連につき)	—	→	200	D207 4	(新設)
D207 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→	1,350	D207 5	
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	130	→	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	
— —	加算平均心電図による心室遅延電位測定	—	→	200	D208 5	(新設)
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→	90	D208 6	
D209	負荷心電図検査				D209	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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				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	
D210-3	植込型心電図検査	90	→	90	D210-3	(名称の変更)
― ―	T波オルタナンス検査	―	→	1,100	D210-4	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	→	800	D211	
D211-2	喘息運動負荷試験	800	→	800	D211-2	
―	時間内歩行試験	―	→	560	D211-3	(新設)
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	
― ―	1検査	―	→	60	D214 1	(新設)
D214 1	2検査	80	→	80	D214 2	
D214 2	3又は4検査	130	→	130	D214 3	
D214 3	5又は6検査	180	→	180	D214 4	
D214 4	7検査以上	220	→	220	D214 5	
― ―	血管伸展性検査	―	→	100	D214 6	(新設)
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(心臓超音波検査を除く。)				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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D215　3	心臓超音波検査				D215　3	
D215　3	イ　経胸壁心エコー法	880	→	880	D215　3	
D215　3	ロ　Mモード法	500	→	500	D215　3	
D215　3	ハ　経食道心エコー法	1,500	→	1,500	D215　3	
D215　3	ニ　胎児心エコー法	1,000	→	1,000	D215　3	
―　―	ホ　負荷心エコー法	―	→	1,680	D215　3	（新設）
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	→	150	D215　注	
D215　注	パルスドプラ法加算	200	→	200	D215　注	
―　―	肝硬度測定	―	→	200	D215-2	（新設）
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	-	→	-	D216-2	
D216-2　1	超音波検査によるもの	55	→	55	D216-2　1	
D216-2　2	導尿によるもの	45	→	45	D216-2　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　注	大腿骨同時撮影加算	90	→	90	D217　注	
D217　2	MD法	140	→	140	D217　2	
D217　2	SEXA法等	140	→	140	D217　2	
D217　3	超音波法	80	→	80	D217　3	
	（監視装置による諸検査）					
D218	分娩監視装置による諸検査				D218	
D218　1	1時間以内の場合	400	→	400	D218　1	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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、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	
―	筋肉コンパートメント内圧測定	―	→	620	D221-2	(新設)
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(一連につき)	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	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→	200	D225-3	
―	ヘッドアップティルト試験	―	→	980	D225-4	(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	
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	→	125	D227　1	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D227　2	3時間を超えた場合（1日につき）	400	→	500	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、手掌部又は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	人工膵臓（一連につき）	5,000	→	5,000	D231	
D231-2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700	→	700	D231-2	
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。）	600	→	600	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	→	500	D235-2	
D235-3	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	700	→	900	D235-3	
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　4	聴性定常反応	800	→	800	D236　4	
D236-2	光トポグラフィー	670	→	670	D236-2	
D236-3	脳磁図	5,000	→	5,100	D236-3	（名称の変更）
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	
ー　ー	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	ー		250	D237　2	（新設）

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D237　2	1及び2以外の場合	3,300	→	3,300	D237　3	
D237-2	反復睡眠潜時試験（MSLT）	5,000	→	5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	140	→	180	D238	
	（神経・筋検査）					
D239	筋電図検査				D239	
D239　1	筋電図（1肢につき（針電極にあっては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。）（1神経につき）	150	→	150	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	
D239-3	神経学的検査	300	→	400	D239-3	
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	→	180	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	350	→	350	D244　1	
D244　1	自記オージオメーターによる聴力検査	350	→	350	D244　1	
D244　2	標準語音聴力検査	350	→	350	D244　2	
D244　2	ことばのききとり検査	350	→	350	D244　2	
D244　3	簡易聴力検査				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	イ　気導純音聴力検査	110	→	110	D244　3	
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)	150	→	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	→	290	D247　1	
D247　2	チンパノメトリー	350	→	340	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　2	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　3	頭位及び頭位変換眼振検査	150	→	―	D250　3	
―　―	イ　赤外線CCDカメラ等による場合	―	→	300	D250　3	(新設)
―　―	ロ　その他の場合	―	→	140	D250　3	(新設)
D250　4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)				D250　4	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	45	→	45	D253 2	
D254	電気味覚検査(一連につき)	300	→	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	
― ―	自発蛍光撮影法の場合	―	→	510	D256 3	(新設)
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→	200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→	112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→	230	D258	
D258-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500	→	500	D258-2	
D259	精密視野検査(片側)	38	→	38	D259	
D260	量的視野検査(片側)				D260	

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		
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	→	290	D260　2	
D261	屈折検査	69	→	69	D261	
D262	調節検査	74	→	70	D262	
D263	矯正視力検査				D263	
D263　1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	69	→	69	D263　1	
D263　2	1以外の場合	69	→	69	D263　2	
D264	精密眼圧測定	82	→	82	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	84	→	84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	→	105	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	→	70	D267　1	
D267　2	1以外の場合	38	→	48	D267　2	
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	→	48	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→	38	D269	
D269-2	光学的眼軸長測定	150	→	150	D269-2	
D270	削除					
―	ロービジョン検査判断料	―	→	250	D270-2	（新設）
D271	角膜知覚計検査	38	→	38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	→	48	D272	
D272	立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）	38	→	48	D272	
D272	網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線條試験による）	38	→	48	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）	48	→	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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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 1	
― ―	乳幼児視力測定(テラーカード等によるもの)	―	→	60	D282-2 2	(新設)
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	→	200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	56	→	56	D282-3 2	
	(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72	→	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	
― ―	操作と処理が極めて複雑なもの	―	→	450	D283 3	(新設)
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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
ー　ー	イヌリンクリアランス測定	ー	→	1,280	D286-2	（新設）
D287	内分泌負荷試験				D287	
D287　1	下垂体前葉負荷試験				D287　1	
D287　1	イ　成長ホルモン（GH）（一連として）	1,200	→	1,200	D287　1	
D287　1	ロ　ゴナドトロピン（LH及びFSH）（一連として月1回）	1,600	→	1,600	D287　1	
D287　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（血糖及び尿糖検査を含む。）	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－ペプタイ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	膵機能テスト（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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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	
D290-2	尿失禁定量テスト(パッドテスト)	100	→	100	D290-2	
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、薬物光線貼布試験、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	
D291-3	内服・点滴誘発試験	1,000	→	1,000	D291-3	
	(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	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
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	
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ピー(部位を問わず一連につき)	600	→	600	D298	
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	→	600	D298-2	
D299	喉頭ファイバースコピー	600	→	600	D299	
D300	中耳ファイバースコピー	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ピー	2,500	→	2,500	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ピー	800	→	800	D306	
D306　注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D306　注	
D306　注	狭帯域光強調加算	200	→	200	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ピー	1,140	→	1,140	D308	
D308　注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→	600	D308　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		
D308　注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D308　注	
D308　注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→	600	D308　注	
D308　注	狭帯域光強調加算	200	→	200	D308　注	
D309	胆道ファイバースコピー	1,400	→	1,400	D309	
D310	小腸ファイバースコピー				D310	
D310　1	バルーン内視鏡によるもの	3,000	→	3,000	D310　1	（名称の変更）
D310　2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→	1,700	D310　2	
D310　3	その他のもの	1,700	→	1,700	D310　3	
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	
D311-2	肛門鏡検査	200	→	200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコピー	550	→	550	D312	
D312　注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→	60	D312　注	
D313	大腸ファイバースコピー				D313	
D313　1	S状結腸	900	→	900	D313　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	
D313　注	狭帯域光強調加算	200	→	200	D313　注	
D314	腹腔鏡検査	1,800	→	1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコピー	1,800	→	1,800	D315	
D316	クルドスコピー	400	→	400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー	950	→	950	D317	
D317-2	膀胱尿道鏡検査	890	→	890	D317-2	
D318	尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）	1,000	→	1,000	D318	
D319	腎盂尿管ファイバースコピー（片側）	1,500	→	1,500	D319	
D320	ヒステロスコピー	220	→	220	D320	
D321	コルポスコピー	150	→	150	D321	

旧区分番号	新検査項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
D322	子宮ファイバースコピー	800	→	800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→	800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→	1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→	3,600	D325	
	第4節　診断穿刺・検体採取料					
D400	血液採取（1日につき）				D400	
D400　1	静脈	13	→	16	D400　1	
D400　2	その他	6	→	6	D400　2	
D400　注	6歳未満の乳幼児加算	14	→	14	D400　注	
D401	脳室穿刺	500	→	500	D401	
D401　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D401　注	
D402	後頭下穿刺	300	→	300	D402	
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。）	150	→	150	D403	
D403	胸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150	→	150	D403	
D403	頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150	→	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	260	→	260	D404　1	
D404　2	その他	280	→	280	D404　2	
D404　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D404　注	
D404-2	骨髄生検	730	→	730	D404-2	
D404-2　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D404-2　注	
D405	関節穿刺（片側）	100	→	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）	60	→	60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）	180	→	180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→	240	D407	

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		
D407　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D407　注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→	240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→	200	D409	
D409-2	センチネルリンパ節生検				D409-2	
D409-2　1	併用法	5,000	→	5,000	D409-2　1	
D409-2　2	単独法	3,000	→	3,000	D409-2　2	
D410	乳腺穿刺又は針生検（片側）	200	→	－	D410	
1	生検針によるもの	－	→	650	D410　1	（新設）
2	その他	－	→	200	D410　2	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→	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。）	1,600	→	1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→	1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法（1臓器につき）	310	→	310	D414	
D414-2	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS－FNA）	4,000	→	4,000	D414-2　1	
D415	経気管肺生検法	4,000	→	4,000	D415	
－　－	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS－TBNA）	－	→	5,500	D415-2	（新設）
D416	臓器穿刺、組織採取				D416	
D416　1	開胸によるもの	9,070	→	9,070	D416　1	
D416　2	開腹によるもの（腎を含む。）	5,550	→	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	
D417　1	皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。）	500	→	500	D417　1	
D417　2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→	2,300	D417　2	
D417　3	眼				D417　3	
D417　3	イ　後眼部	650	→	650	D417　3	
D417　3	ロ　その他（前眼部を含む。）	350	→	350	D417　3	
D417　4	耳	400	→	400	D417　4	
D417　5	鼻、副鼻腔	400	→	400	D417　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		
D417　6	口腔	400	→	400	D417　6	
D417　7	咽頭、喉頭	650	→	650	D417　7	
D417　8	甲状腺	650	→	650	D417　8	
D417　9	乳腺	650	→	650	D417　9	
D417　10	直腸	650	→	650	D417　10	
D417　11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→	400	D417　11	
D417　12	末梢神経	620	→	620	D417　12	
D417　13	心筋	5,000	→	5,000	D417　13	
D417　注	6歳未満の乳幼児加算	100	→	100	D417　注	
D418	子宮腟部等よりの検体採取				D418	
D418　1	子宮頸管粘液採取	40	→	40	D418　1	
D418　2	子宮腟部組織採取	200	→	200	D418　2	
D418　3	子宮内膜組織採取	370	→	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)	180	→	180	D419　1	
D419　2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→	180	D419　2	
D419　3	動脈血採取(1日につき)	50	→	50	D419　3	
D419　4	前房水採取	350	→	350	D419　4	

別表2

第３部 検査　（名称を変更する項目）

	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001　2	VMA定性	D001　2	VMA定性（尿）
D001　2	B－J蛋白定性	D001　2	Bence Jones蛋白定性（尿）
D001　5	尿中ウロビリノゲン	D001　3	ウロビリノゲン（尿）
D001　5	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	D001　3	先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）
D001　6	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	D001　4	ポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）
D001　7	尿中N－アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）	D001　5	N－アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿）
D001　8	尿中アルブミン定性	D001　6	アルブミン定性（尿）
D001　9	尿中黄体形成ホルモン（LH）定性	D001　7	黄体形成ホルモン（LH）定性（尿）
D001　9	尿中フィブリン分解産物（FDP）	D001　7	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）（尿）
D001　10	尿中マイクロトランスフェリン	D001　9	トランスフェリン（尿）
D001　10	尿中ウロポルフィリン	D001　9	ウロポルフィリン（尿）
D001　10	尿中マイクロアルブミン	D001　8	アルブミン定量（尿）
D001　10	尿中デルタアミノレブリン酸	D001　9	δアミノレブリン酸（δ－ALA）（尿）
D001　10	尿中ポリアミン	D001　9	ポリアミン（尿）
D001　11	尿中ミオイノシトール	D001　10	ミオイノシトール（尿）
D001　12	尿中コプロポルフィリン	D001　11	コプロポルフィリン（尿）
D001　13	尿中ポルフォビリノゲン	D001　12	ポルフォビリノゲン（尿）
D001　14	尿中Ⅳ型コラーゲン	D001　13	Ⅳ型コラーゲン（尿）
D002	尿沈渣顕微鏡検査	D002	尿沈渣（鏡検法）
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定	D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）
D003　2	糞便中虫卵検出（集卵法）	D003　1	虫卵検出（集卵法）（糞便）
D003　2	糞便中ウロビリン	D003　1	ウロビリン（糞便）
D003　4	糞便中虫体検出	D003　3	虫体検出（糞便）
D003　7	糞便中虫卵培養検査	D003　6	虫卵培養（糞便）

D003	9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003	8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量
D003	10	糞便中キモトリプシン	D003	9	キモトリプシン（糞便）
D004	1	胃酸度測定	D004	1	酸度測定（胃液）
D004	6	頸管粘液検査	D004	6	頸管粘液一般検査
D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	D004	7	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）
D004	7	涙液中総IgE定性	D004	7	IgE定性（涙液）
D004	8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004	8	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）
D004	9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素（LD）半定量	D004	9	乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）半定量（膣分泌液）
D004	11	関節液中コンドロカルシン	D004	11	Ⅱ型プロコラーゲン－C－プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）
D004	12	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白（SP－A）	D004	12	肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）（羊水）
D004	14	髄液オリゴクローナルバンド	D004	14	オリゴクローナルバンド
D004	15	髄液MBP	D004	15	ミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）
D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査（HDRA法又はCD－DST法）	D004-2	2	抗悪性腫瘍剤感受性検査
D005	1	赤血球沈降速度	D005	1	赤血球沈降速度（ESR）
D005	3	鼻汁喀痰中好酸球検査	D005	3	好酸球（鼻汁・喀痰）
D005	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）	D005	16	造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）
D006	2	凝固時間	D006	2	全血凝固時間
D006	2	プロトロンビン時間	D006	2	プロトロンビン時間（PT）
D006	4	クリオフィブリノゲン検査	D006	4	クリオフィブリノゲン
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間	D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）
D006	11	プラスミン活性値	D006	11	プラスミン活性
D006	14	フィブリノゲン分解産物	D006	14	フィブリノゲン分解産物（FgDP）
D006	15	アンチプラスミン	D006	16	プラスミンインヒビター（アンチプラスミン）
D006	15	フォン・ウィルブランド因子活性	D006	16	von Willebrand因子（VWF）活性
D006	16	PIVKAⅡ	D006	17	PIVKA－Ⅱ
D006	16	D－Dダイマー	D006	17	Dダイマー

D006	17	フォン・ウィルブランド因子抗原	D006	18	von Willebrand因子（VWF）抗原
D006	18	α2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	D006	19	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（PIC）
D006	19	β－トロンボグロブリン	D006	20	β－トロンボグロブリン（β－TG）
D006	20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（TAT）	D006	22	トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）
D006	22	凝固因子（Ⅱ，Ⅴ，Ⅶ，Ⅷ，Ⅸ，Ⅹ，Ⅺ，Ⅻ，ⅩⅢ）	D006	24	凝固因子（第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子）
D006	24	フィブリノペプタイド	D006	26	フィブリノペプチド
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）	D006-2		造血器腫瘍遺伝子検査
D006-3		Major bcr－abl mRNA核酸増幅検査	D006-3		Major BCR－ABL1 mRNA
D006-7		WT1mRNA核酸増幅検査	D006-9		WT1 mRNA
D006-7		サイトケラチン（CK）19mRNA	D006-8		サイトケラチン19（KRT19） mRNA検出
D007	1	直接ビリルビン	D007	1	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン
D007	1	尿素窒素（BUN）	D007	1	尿素窒素
D007	1	アルカリホスファターゼ	D007	1	アルカリホスファターゼ（ALP）
D007	1	γ－グルタミールトランスペプチダーゼ（γ－GT）	D007	1	γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－GT）
D007	1	乳酸脱水素酵素（LD）	D007	1	乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）
D007	1	クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）	D007	1	クレアチンキナーゼ（CK）
D007	1	鉄	D007	1	鉄（Fe）
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	D007	1	血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）
D007	4	P及びHPO4	D007	4	無機リン及びリン酸
D007	6	銅	D007	6	銅（Cu）
D007	9	マンガン	D007	9	マンガン（Mn）
D007	12	アデノシンデアミナーゼ	D007	13	アデノシンデアミナーゼ（ADA）
D007	15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	D007	16	ALPアイソザイム
D007	15	アミラーゼ・アイソザイム	D007	16	アミラーゼアイソザイム
D007	15	γ－GT・アイソザイム	D007	16	γ－GTアイソザイム
D007	15	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	D007	16	LDアイソザイム

D007	16	AST・アイソザイム	D007	17	ASTアイソザイム
D007	17	リポ蛋白分画（アガロース法）	D007	17	リポ蛋白分画
D007	18	CK・アイソザイム	D007	19	CKアイソザイム
D007	22	G－6－PDH	D007	24	グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）
D007	22	リポ蛋白分画（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）	D007	24	リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）
D007	24	乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型	D007	27	LDアイソザイム1型
D007	27	シアル化糖鎖抗原KL－6	D007	31	KL－6
D007	27	アルコール	D007	31	エタノール
D007	28	サーファクタントプロテインA（SP－A）	D007	33	肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）
D007	28	心筋トロポニンT（定性、定量）	D007	33	心筋トロポニンT（TnT）定性・定量
D007	28	アルミニウム	D007	32	アルミニウム（Al）
D007	29	サーファクタントプロテインD（SP－D）	D007	34	肺サーファクタント蛋白－D（SP－D）
D007	30	亜鉛	D007	35	亜鉛（Zn）
D007	30	P－Ⅲ－P	D007	35	プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）
D007	33	アルカリホスファターゼ・アイソザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）	D007	38	ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）
D007	34	膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）	D007	39	膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）定性
D007	35	レムナント様リポ蛋白（RLP）コレステロール	D007	40	レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP－C）
D007	35	MDA－LDL	D007	40	マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA－LDL）
D007	36	膵ホスホリパーゼA2（膵PLA2）	D007	41	ホスフォリパーゼA_2（PLA_2）
D007	37	リポ蛋白リパーゼ	D007	42	リポ蛋白リパーゼ（LPL）
D007	38	膣分泌液中α－フェトプロテイン	D007	43	α－フェトプロテイン（AFP）定性（膣分泌液）
D007	43	1，25ジヒドロキシビタミンD3（1，25（OH）2D3）	D007	49	1，25－ジヒドロキシビタミンD3
D008	3	ホモバニール酸（HVA）	D008	3	ホモバニリン酸（HVA）
D008	10	C－ペプタイド（CPR）	D008	11	C－ペプチド（CPR）
D008	11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）	D008	13	脳性Na利尿ペプチド（BNP）
D008	11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ（GAD）抗体価	D008	13	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）
D008	11	サイロキシン結合蛋白（TBG）	D008	13	サイロキシン結合グロブリン（TBG）

D008	11	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－pro BNP）	D008	13	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）
D008	12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（HCGβ）分画	D008	15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（HCG－β）
D008	14	オステオカルシン	D008	18	オステオカルシン（OC）
D008	14	尿中βクロスラプス	D008	18	Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体（β－CTX）（尿）
D008	14	プロジェステロン	D008	17	プロゲステロン
D008	14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）	D008	18	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量
D008	14	βクロスラプス（尿を除く。）	D008	18	Ⅰ型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体（β－CTX）
D008	15	サイクリックAMP（C－AMP）	D008	19	サイクリックAMP（cAMP）
D008	16	DHEA－S	D008	21	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA－S）
D008	17	尿中デオキシピリジノリン	D008	23	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）
D008	18	17α－ヒドロキシプロジェステロン	D008	25	17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－OHP）
D008	19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）	D008	27	心房性Na利尿ペプチド（ANP）
D008	19	アルギニンバゾプレッシン	D008	26	抗利尿ホルモン（ADH）
D009	1	尿中BTA	D009	1	尿中BTA定性
D009	2	扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原）	D009	3	扁平上皮癌関連抗原（SCC）
D009	3	前立腺酸ホスファターゼ抗原	D009	4	前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）
D009	5	PSA	D009	6	前立腺特異抗原（PSA）
D009	6	CA－50	D009	7	CA50
D009	6	SPan－1抗原	D009	7	SPan－1
D009	6	シアリルTn抗原	D009	7	シアリルTn抗原（STN）
D009	7	シアリルLeX－i（SLX）抗原	D009	8	シアリルLex－i抗原（SLX）
D009	7	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	D009	8	サイトケラチン8・18（尿）
D009	8	シアリルLeX（CSLEX）抗原	D009	9	シアリルLex抗原（CSLEX）
D009	8	フリーPSA／トータルPSA比	D009	9	遊離型PSA比（PSA　F／T比）
D009	8	Ⅰ型プロコラーゲン－C－プロペプチド	D009	9	Ⅰ型プロコラーゲン－C－プロペプチド（ＰＩCP）
D009	8	Ⅰ型コラーゲンCテロペプチド	D009	9	Ⅰ型コラーゲン－C－テロペプチド（ＩCTP）
D009	8	血清中抗p53抗体	D009	9	抗p53抗体

D009	9	サイトケラチン19フラグメント	D009	10	サイトケラチン19フラグメント（シフラ）
D009	10	尿中遊離型フコース	D009	11	遊離型フコース（尿）
D009	10	AFPのレクチン反応性による分画比（AFP－L3％）	D009	11	α－フェトプロテインレクチン分画（AFP－L3％）
D009	11	γ－セミノプロテイン	D009	12	γ－セミノプロテイン（γ－Sm）
D009	11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア（HCGβ－CF）	D009	12	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（HCGβ－CF）（尿）
D009	13	乳頭分泌液中HER2タンパク	D009	14	HER2蛋白（乳頭分泌液）
D009	13	血清中HER2タンパク	D009	14	HER2蛋白
D009	14	インターロイキン2受容体（IL－2R）	D009	15	可溶性インターロイキン－2レセプター（Sil－2R）
D010	1	尿中糖分析	D010	1	糖分析（尿）
D010	4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比	D010	4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（BTR）
D010	6	アミノ酸分析（定性）	D010	6	アミノ酸定性
D011		クームス試験	D011		Coombs試験
D011	4	赤血球不規則抗体検査	D011	4	不規則抗体
D011	5	α－D－Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及びα－D－ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	D011	5	ABO血液型関連糖転移酵素活性
D011	6	PAIgG（血小板関連IgG）	D011	6	血小板関連IgG（PA－IgG）
D011	8	抗血小板抗体検査	D011	8	抗血小板抗体
D012	1	梅毒脂質抗原使用検査（定性）	D012	1	梅毒血清反応（STS）定性
D012	4	TPHA試験（定性）	D012	4	梅毒トレポネーマ抗体定性
D012	5	梅毒脂質抗原使用検査	D012	5	梅毒血清反応（STS）
D013	5	抗連鎖球菌多糖体抗体（ASP）	D012	5	連鎖球菌多糖体抗体（ASP）
D012	7	アデノウイルス抗原（定性）	D012	7	アデノウイルス抗原定性（糞便）
D012	7	迅速ウレアーゼ試験	D012	7	迅速ウレアーゼ試験定性
D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体（定性、半定量）	D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量
D012	9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価	D012	9	クラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体
D012	10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価	D012	10	クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体
D012	11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	D012	12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性

D012	11	ウイルス抗体価（半定量）（1項目当たり）	D012	11	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）
D012	13	トキソプラズマ抗体価	D012	14	トキソプラズマ抗体
D012	13	トキソプラズマIgM抗体価	D012	15	トキソプラズマIgM抗体
D012	14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価（ADNaseB）	D012	16	抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）
D013	14	抗溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）	D012	16	溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）
D012	15	HIV－1抗体価	D012	17	HIV－1抗体
D012	17	A群β溶連菌迅速試験	D012	19	A群β溶連菌迅速試験定性
D012	18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	D012	21	肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）
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	D012	21	ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）
D012	18	インフルエンザウイルス抗原	D012	21	インフルエンザウイルス抗原定性
D012	18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	D012	21	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性
D012	18	RSウイルス抗原	D012	21	RSウイルス抗原定性
D012	18	FTA－ABS試験	D012	21	梅毒トレポネーマ抗体（FTA－ABS試験）
D012	19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価	D012	22	クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体
D012	20	大腸菌O157LPS抗原	D012	23	大腸菌O157抗原定性
D012	20	クラミジアトラコマチス抗原	D012	23	クラミジア・トラコマチス抗原定性
D012	20	マイコプラズマ抗原（咽頭内）	D012	23	マイコプラズマ抗原
D012	21	淋菌抗原同定検査	D012	24	淋菌抗原定性
D012	21	大腸菌O157LPS抗体	D012	24	大腸菌O157抗体定性
D012	21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	D012	24	単純ヘルペスウイルス抗原定性
D012	21	大腸菌抗原同定検査	D012	24	大腸菌血清型別
D012	22	HTLV－Ⅰ抗体価	D012	25	HTLV－Ⅰ抗体
D012	23	ブルセラ凝集反応	D012	27	ブルセラ抗体
D012	23	アデノウイルス抗原	D012	27	アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）
D012	23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	D012	27	肺炎球菌莢膜抗原定性（尿）
D012	23	抗アニサキスIgG・A抗体価	D012	27	アニサキスIgG・IgA抗体
D012	23	レプトスピラ抗体価	D012	27	レプトスピラ抗体

D012	24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価	D012	28	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体
D012	24	サイトメガロウイルス抗体価	D012	29	サイトメガロウイルス抗体
D012	25	赤痢アメーバ抗体価	D012	30	赤痢アメーバ抗体半定量
D012	26	尿中レジオネラ抗原	D012	31	レジオネラ抗原定性（尿）
D012	26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	D012	31	水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）
D012	27	エンドトキシン検査	D012	32	エンドトキシン
D012	27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	D012	32	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体
D012	28	HIV－1抗体価（ウエスタンブロット法）	D012	33	HIV－1抗体（ウエスタンブロット法）
D012	29	百日咳菌抗体価	D012	34	百日咳菌抗体
D012	29	結核菌群抗原	D012	35	結核菌群抗原定性
D012	29	ダニ特異IgG抗体価	D012	35	ダニ特異IgG抗体
D012	29	ワイルフェリックス反応	D012	35	Weil－Felix反応
D012	30	HIV－2抗体価（ウエスタンブロット法）	D012	36	HIV－2抗体（ウエスタンブロット法）
D012	31	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	D012	37	サイトメガロウイルスpp65抗原定性
D012	32	HTLV－Ⅰ抗体価（ウエスタンブロット法）	D012	38	HTLV－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法）
D013	1	HBs抗原（定性、半定量）	D013	1	HBs抗原定性・半定量
D013	3	HBs抗体価	D013	3	HBs抗体
D013	4	HBe抗体価	D013	4	HBe抗体
D013	5	HCV抗体価（定性、定量）	D013	5	HCV抗体定性・定量
D013	5	HCVコア蛋白質	D013	5	HCVコア蛋白
D013	6	HBc抗体価	D013	6	HBc抗体半定量・定量
D013	6	IgM－HA抗体価	D013	6	HA－IgM抗体
D013	6	HA抗体価	D013	6	HA抗体
D013	6	IgM－HBc抗体価	D013	6	HBc－IgM抗体
D013	6	HCVコア抗体価	D013	6	HCVコア抗体
D013	8	HCV特異抗体価測定による群別判定	D013	9	HCV血清群別判定
D013	9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBcrAg）	D013	10	HBVコア関連抗原（HBcrAg）

D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	D013	11	デルタ肝炎ウイルス抗体
D014	3	サイロイドテスト	D014	3	抗サイログロブリン抗体半定量
D014	3	マイクロゾームテスト	D014	3	抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量
D014	4	Donath－Landsteiner試験（寒冷溶血反応）	D014	4	Donath－Landsteiner試験
D014	5	LEテスト	D014	5	LEテスト定性
D014	6	抗核抗体価（蛍光抗体法を除く。）	D014	6	抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）
D014	6	インスリン抗体	D014	6	抗インスリン抗体
D014	14	IgG型リウマチ因子	D014	16	IgG型リウマトイド因子
D014	15	抗カルジオリピンβ$_2$グリコプロテインⅠ（抗CLβ$_2$GPⅠ）複合体抗体	D014	17	抗カルジオリピンβ$_2$グリコプロテインⅠ複合体抗体
D014	16	TSHレセプター抗体	D014	18	抗TSHレセプター抗体（TRAb）
D014	17	血清中抗デスモグレイン3抗体	D014	19	抗デスモグレイン3抗体
D014	17	血清中抗BP180NC16a抗体	D014	19	抗BP180－NC16a抗体
D014	18	抗糸球体基底膜抗体	D014	20	抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）
D014	19	血清中抗デスモグレイン1抗体	D014	21	抗デスモグレイン1抗体
D014	20	TSH刺激性レセプター抗体（TSAb）	D014	22	甲状腺刺激抗体（TSAb）
D014	23	抗アセチルコリンレセプター抗体価	D014	25	抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）
D014	24	グルタミン受容体自己抗体	D014	26	抗グルタミン酸レセプター抗体
D015	2	G－6－Pase	D015	2	グルコース－6－ホスファターゼ（G－6－Pase）
D015	3	G－6－PDH定性	D015	3	グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）定性
D015	6	血清アミロイドA（SAA）蛋白	D015	6	血清アミロイドA蛋白（SAA）
D015	7	トランスフェリン	D015	7	トランスフェリン（Tf）
D015	8	補体蛋白（C_3）	D015	8	C_3
D015	8	補体蛋白（C_4）	D015	8	C_4
D015	11	特異的IgE	D015	11	特異的IgE半定量・定量
D015	12	β$_2$－マイクログロブリン（β$_2$－m）	D015	12	β$_2$－マイクログロブリン
D015	12	プレアルブミン	D015	12	トランスサイレチン（プレアルブミン）
D015	18	血中APRスコア	D015	18	APRスコア定性

D015	18	アトピー鑑別試験	D015	18	アトピー鑑別試験定性
D015	18	ヒトTARC	D015	18	TARC
D015	19	頸管腟分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	D015	19	癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）
D015	20	尿蛋白免疫電気泳動	D015	20	Bence Jones蛋白同定（尿）
D015	24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンーγ	D015	25	結核菌特異的インターフェロンーγ産生能
D016	1	表面免疫グロブリン（一連につき）	D016	1	B細胞表面免疫グロブリン
D016	3	フローサイトメトリー法によるT細胞・B細胞百分率検査	D016	3	T細胞・B細胞百分率
D016	3	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）	D016	3	T細胞サブセット検査（一連につき）
D016	5	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査	D016	5	赤血球表面抗原検査
D016	6	リンパ球幼若化検査（一連につき）	D016	6	リンパ球刺激試験（LST）（一連につき）
D018	6	簡易培養検査	D018	6	簡易培養
D020	1	抗酸菌分離培養検査1	D020	1	抗酸菌分離培養（液体培地法）
D020	2	抗酸菌分離培養検査2	D020	2	抗酸菌分離培養（それ以外のもの）
D021		抗酸菌同定検査（種目数にかかわらず一連につき）	D021		抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）
D023	1	白血球中細菌核酸同定検査（1菌種当たり）	D023	1	細菌核酸検出（白血球）（1菌種あたり）
D023	2	淋菌核酸同定検査	D023	2	淋菌核酸検出
D023	2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	D023	2	クラミジア・トラコマチス核酸検出
D023	3	HBV核酸定量検査	D023	3	HBV核酸定量
D023	4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査	D023	4	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出
D023	6	HCV核酸同定検査	D023	5	HCV核酸検出
D023	6	HPV核酸同定検査	D023	5	HPV核酸検出
D023	7	抗酸菌群核酸同定検査	D023	6	抗酸菌核酸同定
D023	7	結核菌群核酸同定検査	D023	6	結核菌群核酸検出
D023	8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査	D023	7	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出
D023	9	HCV核酸定量検査	D023	8	HCV核酸定量
D023	9	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	D023	8	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出
D023	9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	D023	8	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出

D023	9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	D023	8	SARSコロナウイルス核酸検出
D023	10	HIV－Ⅰ核酸定量検査	D023	9	HIV－1核酸定量
D023	11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	D023	10	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出
D023	12	HIV－ジェノタイプ薬剤耐性検査	D023	12	HIVジェノタイプ薬剤耐性
D023-2	1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2’（PBP2’）	D023-2	1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2’（PBP2’）定性
D023-2	2	尿素呼気試験	D023-2	2	尿素呼気試験（UBT）
D023-2	3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒（TDH）検査	D023-2	3	腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）
D023-2	4	大腸菌ベロトキシン検査	D023-2	4	大腸菌ベロトキシン定性
D210-3		埋込型心電図検査	D210-3		植込型心電図検査
D236-3		神経磁気診断	D236-3		脳磁図
D310	1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	D310	1	バルーン内視鏡によるもの

別表3

第３部 検査　（１つの検査を２つに分ける項目）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D004-2　1	悪性腫瘍遺伝子検査	D004-2　1	イ EGFR遺伝子検査
		D004-2　1	ロ K－ras遺伝子検査
		D004-2　1	ハ EWS－Fli1遺伝子検査
		D004-2　1	ニ TLS－CHOP遺伝子検査
		D004-2　1	ホ SYT－SSX遺伝子検査
		D004-2　1	ヘ c－kit遺伝子検査
		D004-2　1	ト マイクロサテライト不安定性検査
		D004-2　1	チ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査
D005　5	末梢血液像	D005　3	末梢血液像（自動機械法）
		D005　6	末梢血液像（鏡検法）
D006　4	フィブリノゲン	D006　4	フィブリノゲン半定量
		D006　4	フィブリノゲン定量
D006　10	アンチトロンビンⅢ	D006　10	アンチトロンビン活性
		D006　10	アンチトロンビン抗原
D006　11	フィブリン分解産物（FDP）	D006　11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性
		D006　11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量
		D006　11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量
D006　13	プラスミノゲン	D006　13	プラスミノゲン活性
		D006　13	プラスミノゲン抗原
D006　15	D－Dダイマー定性	D006　15	Dダイマー定性
		D006　15	Dダイマー半定量
D006　18	プロテインS	D006　19	プロテインS活性
		D006　19	プロテインS抗原
D006　23	プロテインC	D006　25	プロテインC活性
		D006　25	プロテインC抗原
D007　27	フェリチン	D007　31	フェリチン半定量
		D007　31	フェリチン定量

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D007　30	ミオグロビン	D007　35 D007　35	ミオグロビン定性 ミオグロビン定量
D007　30	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）	D007　35 D007　35	心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定性 心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定量
D007　41	プロカルシトニン（PCT）	D007　47 D007　47	プロカルシトニン（PCT）半定量 プロカルシトニン（PCT）定量
D008　12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）	D008　15 D008　15	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量 ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量
D008　15	エストロジェン	D008　19 D008　19	エストロゲン半定量 エストロゲン定量
D009　6	PIVKAⅡ	D009　7 D009　7	PIVKA－Ⅱ半定量 PIVKA－Ⅱ定量
D009　7	尿中NMP22	D009　8 D009　8	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿） 核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）
D009　13	乳頭分泌液中CEA	D009　14 D009　14	癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液） 癌胎児性抗原（CEA）半定量（乳頭分泌液）
D012　1	抗ストレプトリジンO価（ASO価）	D012　1 D012　1 D012　1	抗ストレプトリジンO（ASO）定性 抗ストレプトリジンO（ASO）半定量 抗ストレプトリジンO（ASO）定量
D012　2	トキソプラズマ抗体価（半定量）	D012　2 D012　2	トキソプラズマ抗体定性 トキソプラズマ抗体半定量
D012　3	抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）	D012　3 D012　3	抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性 抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量
D012　4	マイコプラズマ抗体価	D012　4 D012　4	マイコプラズマ抗体定性 マイコプラズマ抗体半定量
D012　6	TPHA試験	D012　6 D012　6	梅毒トレポネーマ抗体半定量 梅毒トレポネーマ抗体定量
D012　8	ロタウイルス抗原	D012　8 D012　8	ロタウイルス抗原定性（糞便） ロタウイルス抗原定量（糞便）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D012　11	百日咳菌抗体価（半定量）	D012　12 D012　12	百日咳菌抗体定性 百日咳菌抗体半定量
D012　12	HTLV－Ⅰ抗体価（半定量）	D012　13 D012　13	HTLV－Ⅰ抗体定性 HTLV－Ⅰ抗体半定量
D012　15	抗抗酸菌抗体価	D012　17 D012　17	抗酸菌抗体定性 抗酸菌抗体定量
D012　16	HIV－1，2抗体価	D012　18 D012　18 D012　18 D012　18 D012　18	HIV－1，2抗体定性 HIV－1，2抗体半定量 HIV－1，2抗体定量 HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性 HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量
D012　18	カンジダ抗原	D012　20 D012　20 D012　20	カンジダ抗原定性 カンジダ抗原半定量 カンジダ抗原定量
D012　22	クリプトコックス・ネオフォルマンス抗原	D012　26 D012　26	クリプトコックス抗原定性 クリプトコックス抗原半定量
D012　24	ツツガムシ抗体価	D012　29 D012　29	ツツガムシ抗体定性 ツツガムシ抗体半定量
D013　2	HBs抗体価（半定量）	D013　2 D013　2	HBs抗体定性 HBs抗体半定量
D013　7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	D013　7 D013　7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量
D014　2	リウマトイド因子	D014　2 D014　2	リウマトイド因子（RF）半定量 リウマトイド因子（RF）定量
D014　7	抗核抗体価（蛍光抗体法）	D014　7 D014　7 D014　7	抗核抗体（蛍光抗体法）定性 抗核抗体（蛍光抗体法）半定量 抗核抗体（蛍光抗体法）定量
D014　8	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	D014　8 D014　8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D014　9	抗Jo－1抗体	D014　9 D014　9 D014　9	抗Jo－1抗体定性 抗Jo－1抗体半定量 抗Jo－1抗体定量
D014　9	抗RNP抗体	D014　9 D014　9 D014　9	抗RNP抗体定性 抗RNP抗体半定量 抗RNP抗体定量
D014　10	抗Sm抗体	D014　10 D014　10 D014　10	抗Sm抗体定性 抗Sm抗体半定量 抗Sm抗体定量
D014　10	抗SS－A／Ro抗体	D014　11 D014　11 D014　11	抗SS－A／Ro抗体定性 抗SS－A／Ro抗体半定量 抗SS－A／Ro抗体定量
D014　10	抗SS－B／La抗体	D014　10 D014　10 D014　10	抗SS－B／La抗体定性 抗SS－B／La抗体半定量 抗SS－B／La抗体定量
D014　10	抗Scl－70抗体	D014　10 D014　10 D014　10	抗Scl－70抗体定性 抗Scl－70抗体半定量 抗Scl－70抗体定量
D014　11	抗DNA抗体価	D014　12 D014　12	抗DNA抗体定性 抗DNA抗体定量
D014　12	抗セントロメア抗体	D014　13 D014　13	抗セントロメア抗体定性 抗セントロメア抗体定量
D014　14	抗シトルリン化ペプチド抗体	D014　16 D014　16	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量
D014　14	抗ミトコンドリア抗体	D014　15 D014　15	抗ミトコンドリア抗体定性 抗ミトコンドリア抗体定量
D014　18	ループスアンチコアグラント	D014　20 D014　20	ループスアンチコアグラント定性 ループスアンチコアグラント定量
D014　18	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	D014　20 D014　20	抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3－ANCA）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D015　5	クリオグロブリン	D015　5 D015　5	クリオグロブリン定性 クリオグロブリン定量
D015　10	非特異的IgE	D015　10 D015　10	非特異的IgE半定量 非特異的IgE定量

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第４部　画像診断 第１節　エックス線診断料 Ｅ００３　造影剤注入手技 【項目の見直し】	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　3,600点 ロ　イ以外の場合　1,180点	３　動脈造影カテーテル法 イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。 ロ　イ以外の場合　1,180点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。
第２節　核医学診断料 Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影 【項目の追加】	（追加）	３　^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,500点

【注の見直し】	注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。	注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
Ｅ１０２　核医学診断		
【項目の見直し】	375点	１　区分番号Ｅ１０１－２に掲げるポジトロン断層撮影及びＥ１０１－３に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合　450点 ２　１以外の場合　370点
第３節　コンピューター断層撮影診断料		
Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）		
【項目の見直し】	１　ＣＴ撮影 イ　16列以上のマルチスライス型の機器による場合　900点 ロ　16列未満のマルチスライス型の機器による場合　820点	１　ＣＴ撮影 イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合　950点 ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　780点

	ハ　イ又はロ以外の場合　600点	ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　600点
【注の見直し】	注１　ＣＴ撮影のイ及びロについては、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厚生局長等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　ＣＴ撮影のイ、ロ及びハについては、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注７　ＣＴ撮影のイ及びロについて、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、所定点数に600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、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（ＭＲＩ撮影）（一連につき）		
【項目の見直し】	１　1.5テスラ以上の機器による場合　1,330点	１　３テスラ以上の機器による場合　1,400点 ２　1.5テスラ以上３テスラ未満の機器による場合　1,330点

	２　１以外の場合　1,000点	３　１又は２以外の場合　950点
【注の見直し】	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厚生局長等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及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【注の見直し】	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２　１、２及び３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。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第５部　投薬 第３節　薬剤料 Ｆ２００　薬剤 【注の見直し】	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ときを除き、これを算定しない。	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ときを除き、これを算定しない。
第５節　処方せん料		

Ｆ４００　処方せん料 【注の追加】	（追加）→	注６　薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付１回につき２点を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第６部　注射 通則 【通則の見直し】	６　（略） イ　外来化学療法加算１　550点（15歳未満の患者に対して行った場合は、750点） ロ　外来化学療法加算２　420点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）	６　（略） １　外来化学療法加算１ イ　外来化学療法加算Ａ (1)　15歳未満　780点 (2)　15歳以上　580点 ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)　15歳未満　630点 (2)　15歳以上　430点 ２　外来化学療法加算２ イ　外来化学療法加算Ａ (1)　15歳未満　700点 (2)　15歳以上　450点 ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)　15歳未満　600点 (2)　15歳以上　350点
第１節　注射料 第１款　注射実施料		

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）		
【注の見直し】	注２　区分番号Ｃ１０１又はＣ１０８に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。	注２　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。
Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）		
【注の見直し】	注３　区分番号Ｃ１０１、Ｃ１０４又はＣ１０８に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。	注３　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。
Ｇ００４　点滴注射（１日につき）		
【注の見直し】	注４　区分番号Ｃ１０１、Ｃ１０４又は１０８に	注４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指

	掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。	導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。
【注の見直し】	注４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	注４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料又はを算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
第２款　無菌製剤処理料 Ｇ０２０　無菌製剤処理料 【項目の見直し】	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） イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　100点 ロ　イ以外の場合　50点 ２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点	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） イ　閉鎖式接続器具を使用した場合 (1)　揮発性の高い薬剤の場合　150点 (2)　(1)以外の場合　100点 ロ　イ以外の場合　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。	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　特掲診療料 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 Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料		
【注の見直し】	注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、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、１単位につき45点を所定点数に加算する。	注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、治療開始日から起算して30日の間に限り、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。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料		
【注の見直し】	注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45点を所定点数に加算する。	注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。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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14日の間に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリ	注４　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、必要があってそれぞれ発症、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。	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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　221点 ⑵　廃用症候群の場合　212点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　180点 ⑵　廃用症候群の場合　171点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　90点 ⑵　廃用症候群の場合　90点
Ｈ００２　運動器リハビリテーション料 【注の見直し】	注３　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、	注３　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45点を所定点数に加算する。	１単位につき30点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加） →	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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14日の間に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　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、必要があってそれぞれ発症、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。 →	注５　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、必要があってそれぞれ発症、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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　運動器リハビリテーション料(Ⅰ) （１単位）　158点 ロ　運動器リハビリテーション料(Ⅱ) （１単位）　149点 ハ　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

		（１単位）　80点
Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料		
【注の見直し】	注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45点を所定点数に加算する。	注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。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第８部　精神科専門療法 第１節　精神科専門療法料 Ｉ００１　入院精神療法（１回につき） 【注の削除】	注３　区分番号Ａ２３１に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。	（削除）
Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき） 【項目の見直し】	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　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330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、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合　700点 ２　１以外の場合

			イ　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330点
【注の見直し】	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。	→	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（区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２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。
【注の追加】	（追加）	→	注４　２のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り所定点数に25点を加算する。
Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料（１日につき）			
【注の追加】	（追加）	→	注２　当該患者に対して、１回の処方において、３剤以上の抗不安薬又は３剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【注の追加】	（追加） →	注４　抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り所定点数に25点を加算する。ただし、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。
Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法（１日につき）		
【項目の見直し】	420点 →	１　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　500点 ２　１以外の場合　420点
【注の見直し】	注２　入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16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厚生局長等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について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア（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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
【注の追加】	（追加）	注５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
Ｉ００９　精神科デイ・ケア（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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
【注の追加】	（追加）	注５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）		
【点数の見直し】	1,040点	1,000点
【注の追加】	（追加）	注４　当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計

		画加算として、所定点数に40点を加算する。
Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料 【注の見直し】	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っては、当該入院中６回）に限り算定する。	注１　入院中の患者の円滑な退院のため、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。
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料 【項目の見直し】	１　精神科訪問看護・指導料(I)　575点 ２　精神科訪問看護・指導料(II)　160点	１　精神科訪問看護・指導料(I) イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合　575点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合　440点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合　675点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合　525点 ロ　准看護師による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合　525点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合　400点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合　625点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合　485点

		2　精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)　160点 3　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合　445点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合　340点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合　545点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合　415点 ロ　准看護師による場合 (1)　週３日目まで　30分以上の場合　395点 (2)　週３日目まで　30分未満の場合　300点 (3)　週４日目以降　30分以上の場合　495点 (4)　週４日目以降　30分未満の場合　375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害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、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１　１については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）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、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の

			期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、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。
【注の見直し】	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って、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。	→	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って、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、同時に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。
【注の追加】	（追加）	→	注３　３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注２に規定する患者を除く。）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、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間に

		おいて行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、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。
【注の見直し】	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４　注１ただし書及び注３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ただし書及び注３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。
【注の見直し】	注４　注１に規定する場合であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。 →	注５　注１及び注３に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１回を限度とする。 イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　450点 ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指

			導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点 ハ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 300点
【注の追加】		（追加）→	注７　注１及び注３に規定する場合であって、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、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週３回）に限り、所定点数に520点を加算する。
【注の追加】		（追加）→	注８　注１及び注３に規定する場合であって、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に210点を加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に420点を加算する。

【注の追加】	（追加） →	注９　注１及び注３に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科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。
【新設】	（新規） →	Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料　　300点 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（精神科の医師に限る。）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、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科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。 ２　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、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行

		う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、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。 ３　精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料は算定しない。
Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料		
【名称の見直し】	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 →	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
【項目の見直し】	250点 →	１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点
【注の見直し】	注　持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 →	注１　１については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

【注の追加】	（追加） →	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。
Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき） 【注の追加】	（追加） →	注３　厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、所定点数に100点を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第９部　処置 第１節　処置料 Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（１日につき） 【項目の見直し】	１　被覆材を貼付した場合 イ　100平方センチメートル未満　1,600点 ロ　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,680点 ハ　200平方センチメートル以上　1,900点 注　初回の貼付に限り、イにあっては1,690点を、ロにあっては2,650点を、ハにあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。 ２　その他の場合　900点	１　100平方センチメートル未満　1,040点 ２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点 ３　200平方センチメートル以上　1,100点 注　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。
Ｊ００９　人工気胸（排気を含む。） 【削除】	250点	（削除）
Ｊ０１９－２　胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）	550点 注　３歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算す	（削除）

【削除】	る。	
Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸		
【点数の見直し】	45点 →	65点
【新設】	（新設） →	Ｊ０２２－５　持続的難治性下痢便ドレナージ （開始日）　50点
Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）		
【項目の見直し】	１　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合　2,075点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,235点 ハ　５時間以上の場合　2,370点 ２　その他の場合　1,580点 →	１　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合　2,040点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,205点 ハ　５時間以上の場合　2,340点 ２　慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合　2,255点 ３　その他の場合　1,580点
【注の見直し】	注６　１の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 →	注６　１及び２の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出 →	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

	た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。	た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　透析液水質確保加算１　８点 ロ　透析液水質確保加算２　20点
Ｊ０４３－４　胃瘻カテーテル交換法		
【名称の見直し】	胃瘻カテーテル交換法 →	経管栄養カテーテル交換法
Ｊ０５４　皮膚科光線療法（１日につき）		
【点数の見直し】	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 →	340点
Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法（一連につき）		
【項目の見直し】	２　Ｑスイッチ付レーザー照射療法　2,800点 →	２　Ｑスイッチ付レーザー照射療法 イ　４平方センチメートル未満　2,000点 ロ　４平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点 ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点 ニ　64平方センチメートル以上　3,950点

【新設】	（新設） →	Ｊ０５７－４　稗粒腫摘除 １　10箇所未満　74点 ２　10箇所以上　148点
Ｊ１２０　鼻腔栄養（１日につき） 【注の見直し】	注　区分番号Ｃ１０５又はＣ１０９に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。 →	注　区分番号Ｃ１０５に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０５―２に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第10部　手術 通則 【通則の見直し】	４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１４２－３、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２５４（１を算定する場合に限る。）、Ｋ３２８、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４７６（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５４８、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０３、Ｋ６０４、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ６７８、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８００－３、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厚生局長等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Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３６－２、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２５４の１、Ｋ２８０－２、Ｋ３２８、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４７６（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５４８、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０３からＫ６０４－２まで、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ６７８、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０２－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７２１－４、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３、Ｋ７７３－４、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８００－３、Ｋ８０３－２、Ｋ８２３－５、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２、Ｋ８４３－３及びＫ９１０－２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厚生局長等に届け

		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。
【通則の見直し】	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、Ｋ６７７－２、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	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、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６４５、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、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

	、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８８９並びにＫ８９０－２に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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。	、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９並びにＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則４に掲げる手術を除く。）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厚生局長等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。
【通則の見直し】	７　区分番号Ｋ１３２、Ｋ１３８、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４からＫ１５５まで、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８２まで、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５７２まで、Ｋ５７３の２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６７４、Ｋ６８４、Ｋ７１６の１、Ｋ７２６、Ｋ７２９、Ｋ７３４、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７７５、Ｋ８０５、Ｋ８１２－２並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体	７　区分番号Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４からＫ１５５まで、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８２まで、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５７２まで、Ｋ５７３の２、Ｋ５７４からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６８４、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４か

	重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。		らＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７５、Ｋ８０５、Ｋ８１２－２並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。
【通則の見直し】	８　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びＫ９１４に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。	→	８　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。
【通則の見直し】	14　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別	→	14　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若

	に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
第１節　手術料		
第２款　筋骨格系・四肢・体幹		
Ｋ０４７－３　超音波骨折治療法（一連につき）		
【注の見直し】	注　開放骨折、粉砕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。	注　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。
Ｋ１３１－２　内視鏡下椎弓切除術		
【注の見直し】	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。	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100分の50を加算する。ただし、加算は４椎弓を超えないものとする。
Ｋ１３４　椎間板摘出術		

【注の見直し】	注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。	注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。
【新設】	（新設）	Ｋ１４１－３　脊椎制動術　16,810点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１４２　脊椎固定術		
【注の見直し】	注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに、１にあっては18,620点、２にあっては14,950点、３にあっては18,710点、４にあっては37,500点を加算する。ただし、加算点数は１にあっては74,480点、２にあっては59,800点、３にあっては74,840点、４にあっては150,000点を限度とする。	注　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４を超えないものとする。
Ｋ１４２－２　脊椎側彎症手術		
【注の見直し】	注　１及び２のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。	注　１及び２のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。

Ｋ１４２－３　内視鏡下脊椎固定術 （胸椎又は腰椎前方固定） 【注の見直し】	注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に33,970点を加算する。ただし、加算点数は135,880点を限度とする。	注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。
【新設】	（新設）	Ｋ１４２－４　経皮的椎体形成術　19,960点 注１　複数椎体に行った場合は、１椎体を増すごとに所定点数に100分の50を加算する。ただし、加算は４椎体を超えないものとする。 ２　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
第４款　眼 Ｋ２５９　角膜移植術 【注の新設】	（新設）	注　レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。
第６款　顔面・口腔・頸部		

Ｋ４２８　下顎骨折非観血的整復術		
【注の見直し】	注　三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。	注　三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。
第７款　胸部		
Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術		
【注の見直し】	注２　色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	注２　放射線同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
第８款　心・脈管		
Ｋ５５５　弁置換術		
【注の新設】	（新設）	注　過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数の100分の50を加算する。
【新設】	（新設）	Ｋ５９９－５　経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）　28,600点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定し

		ない。
【新設】	（新設） →	Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　18,080点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
【新設】	（新設） →	Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　14,360点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
第９款　腹部		
【新設】	（新設） →	Ｋ６８２－３　内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）　10,800点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
第10款　尿路系・副腎		
【新設】	（新設） →	Ｋ８２３－３　膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）　23,320点

		注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
第２節　輸血料 Ｋ９２０　輸血 【注の追加】	（追加）→	注12　血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、所定点数に580点を加算する。
Ｋ９２０－２　輸血管理料 【注の追加】	（追加）→	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、１においては120点、２においては60点を加算する。
Ｋ９２２　造血幹細胞移植 【注の追加】	（追加）→	注７　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、所定点数に4,000点を加算する。

【新設】	（新設） →	Ｋ９２４　自己生体組織接着剤作成術　1,400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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。
第３節　手術医療機器等加算 Ｋ９３２　創外固定器加算 【注の見直し】	注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５８又はＫ１２５に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。 →	注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５６－２、Ｋ０５８、Ｋ０７３、Ｋ０７６又はＫ１２５に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。
【新設】	（新設） →	Ｋ９３４－２　副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算　1,000点 注　区分番号Ｋ３４９からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。
Ｋ９３６　自動縫合器加算 【注の見直し】	注　区分番号Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４、Ｋ →	注　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３

	５１４－２、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６、Ｋ７１９、Ｋ７１９－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３及びＫ８１７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。	、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５４－３からＫ６５５－２まで、Ｋ６５５－４、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２からＫ７０３まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３及びＫ８１７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。
Ｋ９３９　画像等手術支援加算 【項目の見直し】	１　ナビゲーションによるもの　2,000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	１　ナビゲーションによるもの　2,000点 注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、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、Ｋ６９５、Ｋ６９５－２及びＫ６９７－４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。	注　区分番号Ｋ１３６、Ｋ１４２の６、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。
【新設】	（新設）→	Ｋ９３９－２　術中血管等描出撮影加算　500点 注　手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用い血管撮影を行った場合に算定する。
【新設】	（新設）→	Ｋ９３９－３　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算　450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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。
【新設】	（新設）→	Ｋ９３９－４　内視鏡手術用支援機器加算　54,200点 注　区分番号Ｋ８４３に掲げる手術に当たって、

		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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。

別表1

第10部　手術

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
第1節　手術料								
		第1款　皮膚・皮下組織						
		（皮膚、皮下組織）						
K000		創傷処理				K000		
	1	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250	→	1,250		1	
	2	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680	→	1,680		2	
	3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,000	→	2,000		3	
	4	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	470	→	470		4	
	5	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	850	→	850		5	
	6	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320	→	1,320		6	
K000-2		小児創傷処理（6歳未満）				K000-2		
	1	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,250	→	1,250		1	
	2	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	1,400	→	1,400		2	
	3	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,850	→	1,850		3	
	4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,200	→	2,860		4	
	5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	450	→	450		5	
	6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	500	→	500		6	
	7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	950	→	950		7	
	8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,450	→	1,450		8	
K001		皮膚切開術				K001		
	1	長径10センチメートル未満	470	→	470		1	
	2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→	820		2	
	3	長径20センチメートル以上	1,470	→	1,470		3	
K002		デブリードマン				K002		
	1	100平方センチメートル未満	1,020	→	1,020		1	
	2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,300	→	2,990		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	3	3,000平方センチメートル以上	4,810	→	6,250	3	
K003		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）				K003	
	1	長径3センチメートル未満	3,480	→	3,480	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180	→	9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	14,170	→	17,810	3	
K004		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）				K004	
	1	長径3センチメートル未満	2,110	→	2,110	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	→	4,360	2	
	3	長径6センチメートル以上	7,290	→	9,480	3	
K005		皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）				K005	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360	3	
K006		皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）				K006	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230	2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160	3	
K006-2		鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）				K006-2	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360	3	
K006-3		鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）				K006-3	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230	2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160	3	
K006-4		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）				K006-4	
	1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	→	1,280	1	
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→	2,050	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	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	→	3,230	3	
	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	→	4,160	4	
K007		皮膚悪性腫瘍切除術				K007	
	1	広汎切除	21,700	→	28,210	1	
	2	単純切除	11,000	→	11,000	2	
		経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	―	→	10,000	K007-2	【新設】
K008		腋臭症手術				K008	
	1	皮弁法	5,730	→	5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	→	3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	→	1,660	3	
		（形成）					
K009		皮膚剥削術				K009	
	1	25平方センチメートル未満	1,490	→	1,490	1	
	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	4,370	→	4,370	2	
	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	6,970	→	9,060	3	
	4	200平方センチメートル以上	10,490	→	13,640	4	
K010		瘢痕拘縮形成手術				K010	
	1	顔面	9,740	→	12,660	1	
	2	その他	8,060	→	8,060	2	
K011		顔面神経麻痺形成手術				K011	
	1	静的なもの	14,700	→	19,110	1	
	2	動的なもの	39,000	→	58,500	2	
K012		削除				K012	
K013		分層植皮術				K013	
	1	25平方センチメートル未満	3,330	→	3,520	1	
	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	4,590	→	6,270	2	
	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	6,660	→	9,000	3	
	4	200平方センチメートル以上	20,150	→	25,820	4	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K013-2		全層植皮術				K013-2		
	1	25平方センチメートル未満	10,000	→	10,000		1	
	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	→	12,500		2	
	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	21,700	→	28,210		3	
	4	200平方センチメートル以上	31,350	→	40,290		4	
K014		皮膚移植術(生体・培養)	4,700	→	6,110	K014		
K014-2		皮膚移植術(死体)				K014-2		
	1	200平方センチメートル未満	5,190	→	6,750		1	
	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	6,920	→	9,000		2	
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	10,380	→	13,490		3	
	4	1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	25,320	→	32,920		4	
	5	3,000平方センチメートル以上	28,930	→	37,610		5	
K015		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				K015		
	1	25平方センチメートル未満	3,760	→	3,760		1	
	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	8,800	→	11,440		2	
	3	100平方センチメートル以上	15,600	→	20,280		3	
K016		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	32,850	→	41,120	K016		
K017		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	64,500	→	74,240	K017		
K018		削除				K018		
K019		複合組織移植術	11,700	→	15,210	K019		
K020		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	73,800	→	110,700	K020		
K021		粘膜移植術				K021		
	1	4平方センチメートル未満	5,010	→	6,510		1	
	2	4平方センチメートル以上	5,500	→	7,080		2	
K021-2		粘膜弁手術				K021-2		
	1	4平方センチメートル未満	8,920	→	11,600		1	
	2	4平方センチメートル以上	9,430	→	12,260		2	
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)	13,520	→	17,580	K022		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K022-2		象皮病根治手術				K022-2		
	1	大腿	21,060	→	27,380		1	
	2	下腿	14,690	→	19,100		2	
		第2款　筋骨格系・四肢・体幹						
		（筋膜、筋、腱、腱鞘）						
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840	→	840	K023		
K024		筋切離術	2,370	→	3,080	K024		
K025		股関節内転筋切離術	3,390	→	4,410	K025		
K026		股関節筋群解離術	9,340	→	12,140	K026		
K026-2		股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700	→	16,700	K026-2		
K027		筋炎手術				K027		
	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→	2,060		1	
	2	その他の筋	1,210	→	1,210		2	
K028		腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）	2,050	→	2,050	K028		
K029		筋肉内異物摘出術	2,840	→	2,840	K029		
K030		四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術				K030		
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	→	7,390		1	
	2	手、足	3,750	→	3,750		2	
K031		四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術				K031		
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	15,860	→	20,620		1	
	2	手、足	10,200	→	12,870		2	
K032		削除				K032		
K033		筋膜移植術				K033		
	1	指（手、足）	6,070	→	7,890		1	
	2	その他のもの	8,180	→	10,310		2	
K034		腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）	3,300	→	4,290	K034		
K035		腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）	8,790	→	11,430	K035		
K035-2		腱滑膜切除術	6,760	→	8,790	K035-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K036		削除				K036		
K037		腱縫合術	8,710	→	11,320	K037		
K037-2		アキレス腱断裂手術	8,710	→	8,710	K037-2		
K038		腱延長術	8,980	→	10,750	K038		
K039		腱移植術(人工腱形成術を含む。)				K039		
	1	指(手、足)	10,470	→	13,610		1	
	2	その他のもの	13,910	→	18,080		2	
K040		腱移行術				K040		
	1	指(手、足)	10,470	→	13,610		1	
	2	その他のもの	13,910	→	18,080		2	
K040-2		指伸筋腱脱臼観血的整復術	10,470	→	13,610	K040-2		
K041		削除				K041		
		(四肢骨)						
K042		骨穿孔術	1,730	→	1,730	K042		
K043		骨掻爬術				K043		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→	11,150		1	
	2	前腕、下腿	5,150	→	6,700		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590		3	
K043-2		骨関節結核瘻孔摘出術				K043-2		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→	11,150		1	
	2	前腕、下腿	5,150	→	6,700		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590		3	
K043-3		骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)				K043-3		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→	11,150		1	
	2	前腕、下腿	5,150	→	6,700		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→	3,590		3	
K044		骨折非観血的整復術				K044		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→	1,600		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	2	前腕、下腿	1,780	→	1,780	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→	1,440	3	
K045		骨折経皮的鋼線刺入固定術				K045	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,430	→	7,060	1	
	2	前腕、下腿	3,600	→	4,100	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→	1,660	3	
K046		骨折観血的手術				K046	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	14,470	→	18,810	1	
	2	前腕、下腿、手舟状骨	11,390	→	14,810	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	7,290	→	9,480	3	
		観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)				K046-2	【新設】
		肩甲骨、上腕、大腿	―	→	21,710	1	
		前腕、下腿	―	→	17,090	2	
		手、足、指(手、足)	―	→	10,940	3	
K047		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047	
K047-2		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→	12,500	K047-2	
K047-3		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→	5,000	K047-3	
K048		骨内異物(挿入物を含む。)除去術				K048	
		頭蓋、顔面(複数切開を要するもの)	―	→	12,100	1	【項目の追加】
	1	その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	6,050	→	7,870	2	
	2	前腕、下腿	4,180	→	5,200	3	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	→	3,620	4	
K049		骨部分切除術				K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900	→	5,900	1	
	2	前腕、下腿	4,410	→	4,410	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	→	3,280	3	
K050		腐骨摘出術				K050	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	11,510	→	14,960	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	2	前腕、下腿	8,020	→	10,430	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→	3,420	3	
K051		骨全摘術				K051	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,450	→	27,890	1	
	2	前腕、下腿	10,040	→	13,050	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160	→	5,160	3	
K051-2		中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	5,160	→	5,160	K051-2	
K052		骨腫瘍切除術				K052	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→	17,410	1	
	2	前腕、下腿	7,210	→	9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→	4,340	3	
K052-2		多発性軟骨性外骨腫摘出術				K052-2	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→	17,410	1	
	2	前腕、下腿	7,210	→	9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→	4,340	3	
K052-3		多発性骨腫摘出術				K052-3	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	13,390	→	17,410	1	
	2	前腕、下腿	7,210	→	9,370	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→	4,340	3	
K053		骨悪性腫瘍手術				K053	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→	32,550	1	
	2	前腕、下腿	20,200	→	26,260	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	14,470	→	18,810	3	
K054		骨切り術				K054	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→	28,210	1	
	2	前腕、下腿	15,860	→	20,620	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	→	7,930	3	
K055		削除				K055	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K055-2		大腿骨頭回転骨切り術	33,900	→	44,070	K055-2		
K055-3		大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	28,900	→	37,570	K055-3		
K056		偽関節手術				K056		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700	→	28,210		1	
	2	前腕、下腿、手舟状骨	20,020	→	26,030		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	11,150	→	14,500		3	
		難治性感染性偽関節手術(創外固定器によるもの)	―	→	48,820	K056-2		【新設】
K057		変形治癒骨折矯正手術				K057		
	1	肩甲骨、上腕、大腿	24,050	→	31,270		1	
	2	前腕、下腿	21,190	→	27,550		2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	12,130	→	15,770		3	
K058		骨長調整手術				K058		
	1	骨端軟骨発育抑制術	12,570	→	16,340		1	
	2	骨短縮術	11,510	→	14,960		2	
	3	骨延長術(指(手、足))	12,610	→	16,390		3	
	4	骨延長術(指(手、足)以外)	20,540	→	26,700		4	
K059		骨移植術(軟骨移植術を含む。)				K059		
	1	自家骨移植	10,790	→	14,030		1	
	2	同種骨移植(生体)	12,870	→	16,730		2	
	3	同種骨移植(非生体)	11,830	→	14,770		3	
		関節鏡下自家骨軟骨移植術	―	→	16,190	K059-2		【新設】
		(四肢関節、靱帯)						
K060		関節切開術				K060		
	1	肩、股、膝	2,770	→	3,600		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,280	→	1,280		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	680	→	680		3	
K060-2		肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	→	3,600	K060-2		
K060-3		化膿性又は結核性関節炎掻爬術				K060-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	1	肩、股、膝	15,400	→	20,020	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→	13,130	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,330	→	3,330	3	
K061		関節脱臼非観血的整復術				K061	
	1	肩、股、膝	1,580	→	1,580	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,000	→	1,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→	800	3	
K062		先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)				K062	
	1	リーメンビューゲル法	2,050	→	2,050	1	
	2	その他	2,950	→	2,950	2	
K063		関節脱臼観血的整復術				K063	
	1	肩、股、膝	21,700	→	28,210	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,470	→	18,810	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,600	→	15,080	3	
K064		先天性股関節脱臼観血的整復術	16,250	→	21,130	K064	
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術				K065	
	1	肩、股、膝	9,560	→	12,430	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→	4,600	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→	2,950	3	
K065-2		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術				K065-2	
	1	肩、股、膝	11,700	→	13,950	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,460	→	12,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,100	→	7,930	3	
K066		関節滑膜切除術				K066	
	1	肩、股、膝	13,650	→	17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→	11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→	7,930	3	
K066-2		関節鏡下関節滑膜切除術				K066-2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	1	肩、股、膝	13,800	→	17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→	17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→	16,060	3	
K066-3		滑液膜摘出術				K066-3	
	1	肩、股、膝	13,650	→	17,750	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→	11,200	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→	7,930	3	
K066-4		関節鏡下滑液膜摘出術				K066-4	
	1	肩、股、膝	13,800	→	17,610	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→	17,030	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	12,350	→	16,060	3	
K066-5		膝蓋骨滑液嚢切除術	9,800	→	11,200	K066-5	
K066-6		関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	13,100	→	17,030	K066-6	
K066-7		掌指関節滑膜切除術	6,500	→	7,930	K066-7	
K066-8		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	12,350	→	16,060	K066-8	
K067		関節鼠摘出手術				K067	
	1	肩、股、膝	10,000	→	13,000	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	8,680	→	10,580	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	3,970	→	3,970	3	
K067-2		関節鏡下関節鼠摘出手術				K067-2	
	1	肩、股、膝	14,100	→	17,780	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,690	→	19,100	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	9,230	→	12,000	3	
K068		半月板切除術	8,800	→	9,200	K068	
K068-2		関節鏡下半月板切除術	12,610	→	16,390	K068-2	
K069		半月板縫合術	9,800	→	11,200	K069	
K069-2		関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	11,700	→	15,210	K069-2	
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	14,470	→	18,810	K069-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K070		ガングリオン摘出術				K070		
	1	手、足、指(手、足)	3,050	→	3,050		1	
	2	その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	→	3,190		2	
K071		削除				K071		
K072		関節切除術				K072		
	1	肩、股、膝	14,820	→	19,270		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	12,360	→	16,070		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	4,360	→	5,670		3	
K073		関節内骨折観血的手術				K073		
	1	肩、股、膝	16,800	→	20,760		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	13,130	→	17,070		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	7,980	→	10,370		3	
		関節鏡下関節内骨折観血的手術				K073-2		【新設】
		肩、股、膝	―	→	25,200		1	
		胸鎖、肘、手、足	―	→	18,910		2	
		肩鎖、指(手、足)	―	→	11,970		3	
K074		靭帯断裂縫合術				K074		
	1	十字靭帯	13,130	→	17,070		1	
	2	膝側副靭帯	12,740	→	16,560		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	6,450	→	7,600		3	
K074-2		関節鏡下靭帯断裂縫合術				K074-2		
	1	十字靭帯	16,900	→	21,970		1	
	2	膝側副靭帯	12,700	→	16,510		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	12,090	→	15,720		3	
K075		非観血的関節授動術				K075		
	1	肩、股、膝	1,320	→	1,320		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→	1,260		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	490	→	490		3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K076		観血的関節授動術				K076		
	1	肩、股、膝	38,890	→	38,890		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→	28,210		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	8,460	→	8,460		3	
K077		観血的関節制動術				K077		
	1	肩、股、膝	21,060	→	27,380		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	11,970	→	15,560		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	5,550	→	5,550		3	
K078		観血的関節固定術				K078		
	1	肩、股、膝	18,400	→	21,640		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	14,300	→	18,590		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	5,540	→	7,200		3	
K079		靭帯断裂形成手術				K079		
	1	十字靭帯	21,700	→	28,210		1	
	2	膝側副靭帯	14,470	→	18,810		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	12,580	→	16,350		3	
K079-2		関節鏡下靭帯断裂形成手術				K079-2		
	1	十字靭帯	31,200	→	34,980		1	
	2	膝側副靭帯	13,500	→	17,280		2	
	3	指(手、足)その他の靭帯	12,610	→	16,390		3	
		内側膝蓋大腿靭帯	―	→	17,550		4	【項目の追加】
K080		関節形成手術				K080		
	1	肩、股、膝	39,750	→	45,720		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→	28,210		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	10,570	→	13,740		3	
K080-2		内反足手術	25,930	→	25,930	K080-2		
K080-3		肩腱板断裂手術	18,700	→	―	K080-3		【項目の見直し】
		簡単なもの	―	→	18,700		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		複雑なもの	―	→	24,310		2	
K080-4		関節鏡下肩腱板断裂手術	27,040	→	―	K080-4		【項目の見直し】
		簡単なもの	―	→	27,040		1	
		複雑なもの	―	→	35,150		2	
		関節鏡下肩関節唇形成術	―	→	32,160	K080-5		【新設】
K081		人工骨頭挿入術				K081		
	1	肩、股	15,000	→	19,500		1	
	2	肘、手、足	14,470	→	18,810		2	
	3	指(手、足)	6,980	→	9,070		3	
K082		人工関節置換術				K082		
	1	肩、股、膝	28,990	→	37,690		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	21,700	→	28,210		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	10,240	→	13,310		3	
K082-2		人工関節抜去術				K082-2		
	1	肩、股、膝	23,250	→	30,230		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	15,860	→	20,620		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	10,730	→	13,950		3	
K082-3		人工関節再置換術				K082-3		
	1	肩、股、膝	50,850	→	54,810		1	
	2	胸鎖、肘、手、足	26,300	→	34,190		2	
	3	肩鎖、指(手、足)	15,340	→	19,940		3	
K083		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	→	2,510	K083		
K083-2		内反足足板挺子固定	2,030	→	2,030	K083-2		
		(四肢切断、離断、再接合)						
K084		四肢切断術				K084		
	1	肩甲帯	28,080	→	36,500		1	
	2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	18,710	→	24,320		2	
	3	指(手、足)	3,330	→	3,330		3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K084-2		肩甲帯離断術	28,080	→	36,500	K084-2		
K085		四肢関節離断術				K085		
	1	肩、股、膝	20,020	→	26,030		1	
	2	肘、手、足	10,100	→	11,360		2	
	3	指(手、足)	3,330	→	3,330		3	
K086		断端形成術(軟部形成のみのもの)				K086		
	1	指(手、足)	2,770	→	2,770		1	
	2	その他	3,300	→	3,300		2	
K087		断端形成術(骨形成を要するもの)				K087		
	1	指(手、足)	6,100	→	7,410		1	
	2	その他	8,760	→	10,630		2	
K088		切断四肢再接合術				K088		
	1	四肢	96,600	→	144,680		1	
	2	指(手、足)	54,600	→	81,900		2	
		(手、足)						
K089		爪甲除去術	640	→	640	K089		
K090		ひょう疽手術				K090		
	1	軟部組織のもの	990	→	990		1	
	2	骨、関節のもの	1,280	→	1,280		2	
K090-2		風棘手術	990	→	990	K090-2		
K091		陥入爪手術				K091		
	1	簡単なもの	1,400	→	1,400		1	
	2	爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490	→	2,490		2	
K092		削除				K092		
K093		手根管開放手術	4,110	→	4,110	K093		
K093-2		関節鏡下手根管開放手術	9,230	→	12,000	K093-2		
K094		足三関節固定(ランブリヌディ)手術	19,500	→	25,350	K094		
K095		削除				K095		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K096		手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	→	―	K096		【項目の見直し】
		鏡視下によるもの	―	→	3,580		1	
		その他のもの	―	→	2,750		2	
		体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）	―	→	5,000	K096-2		【新設】
K097		手掌、足底異物摘出術	3,190	→	3,190	K097		
K098		手掌屈筋腱縫合術	8,530	→	11,090	K098		
K099		指瘢痕拘縮手術	5,290	→	6,880	K099		
K099-2		デュプイトレン拘縮手術				K099-2		
	1	1指	8,020	→	10,430		1	
	2	2指から3指	17,290	→	22,480		2	
	3	4指以上	22,880	→	29,740		3	
K100		多指症手術				K100		
	1	軟部形成のみのもの	2,640	→	2,640		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,190	→	13,250		2	
K101		合指症手術				K101		
	1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910		2	
K101-2		指癒着症手術				K101-2		
	1	軟部形成のみのもの	5,630	→	7,320		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700	→	13,910		2	
K102		巨指症手術				K102		
	1	軟部形成のみのもの	6,410	→	8,330		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390		2	
K103		屈指症手術、斜指症手術				K103		
	1	軟部形成のみのもの	8,850	→	11,510		1	
	2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840	→	15,390		2	
K104		削除				K104		
K105		裂手、裂足手術	19,500	→	25,350	K105		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K106		母指化手術	24,900	→	32,370	K106		
K107		指移植手術	63,750	→	95,630	K107		
K108		母指対立再建術	12,810	→	16,650	K108		
K109		神経血管柄付植皮術(手、足)	31,650	→	40,460	K109		
K110		第四足指短縮症手術	9,060	→	10,790	K110		
K110-2		第一足指外反症矯正手術	9,060	→	10,790	K110-2		
K111		削除				K111		
		(脊柱、骨盤)						
K112		腸骨窩膿瘍切開術	4,670	→	4,670	K112		
K113		腸骨窩膿瘍掻爬術	8,920	→	11,600	K113		
K114 及び K115		削除				K114 及び K115		
K116		脊椎、骨盤骨掻爬術	13,520	→	17,580	K116		
K117		脊椎脱臼非観血的整復術	2,570	→	2,570	K117		
K117-2		頸椎非観血的整復術	2,570	→	2,570	K117-2		
K117-3		椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570	→	2,570	K117-3		
K118		脊椎、骨盤脱臼観血的手術	21,700	→	28,210	K118		
K119		仙腸関節脱臼観血的手術	18,710	→	24,320	K119		
K120		恥骨結合離開観血的手術	6,430	→	7,890	K120		
K120-2		恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→	1,580	K120-2		
K121		骨盤骨折非観血的整復術	2,570	→	2,570	K121		
K122 及び K123		削除				K122 及び K123		
K124		腸骨翼骨折観血的手術	12,120	→	15,760	K124		
K125		骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	22,450	→	29,190	K125		
K126		脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)				K126		
	1	棘突起、腸骨翼	3,150	→	3,150		1	
	2	その他のもの	4,510	→	4,510		2	
K127		削除				K127		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K128		脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	9,820	→	12,770	K128		
K129 及び K130		削除				K129 及び K130		
K131		椎弓切除術	12,100	→	削除	K131		
K131-2		内視鏡下椎弓切除術	12,100	→	15,730	K131-2		
K132		椎弓形成手術	21,700	→	削除	K132		
K133		黄色靭帯骨化症手術	22,100	→	28,730	K133		
K134		椎間板摘出術				K134		
	1	前方摘出術	26,780	→	34,810		1	
	2	後方摘出術	18,090	→	23,520		2	
	3	側方摘出術	21,700	→	28,210		3	
	4	経皮的髄核摘出術	12,930	→	16,810		4	
K134-2		内視鏡下椎間板摘出(切除)術				K134-2		
	1	前方摘出術	50,400	→	75,600		1	
	2	後方摘出術	25,800	→	33,540		2	
K135		脊椎、骨盤腫瘍切除術	25,610	→	33,290	K135		
K136		脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	46,650	→	69,980	K136		
		腫瘍脊椎骨全摘術	―	→	93,300	K136-2		【新設】
K137		骨盤切断術	37,420	→	48,650	K137		
K138		脊椎披裂手術				K138		
	1	神経処置を伴うもの	20,540	→	26,700		1	
	2	その他のもの	12,700	→	16,510		2	
K139		脊椎骨切り術	40,350	→	52,460	K139		
K140		骨盤骨切り術	25,870	→	33,630	K140		
K141		臼蓋形成手術	21,710	→	28,220	K141		
K141-2		寛骨臼移動術	28,000	→	36,400	K141-2		
		脊椎制動術	―	→	16,810	K141-3		【新設】
K142		脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)				K142		【名称の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	前方椎体固定	37,240	→	37,240		1	
	2	後方又は後側方固定	29,900	→	29,900		2	
	3	後方椎体固定	37,420	→	37,420		3	
	4	前方後方同時固定	75,000	→	75,000		4	
		椎弓切除	―	→	12,100		5	【項目の追加】
		椎弓形成	―	→	21,700		6	【項目の追加】
K142-2		脊椎側彎症手術				K142-2		
	1	固定術	37,420	→	48,650		1	
	2	矯正術					2	
	イ	初回挿入	112,260	→	112,260		イ	
	ロ	交換術	37,420	→	48,650		ロ	
	ハ	伸展術	20,540	→	20,540		ハ	
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	67,940	→	101,910	K142-3		
		経皮的椎体形成術	―	→	19,960	K142-4		【新設】
K143		仙腸関節固定術	22,450	→	29,190	K143		
K144		体外式脊椎固定術	22,000	→	27,510	K144		
		第3款　神経系・頭蓋						
		本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。						
		(頭蓋、脳)						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→	1,940	K145		
K146		頭蓋開溝術	11,100	→	14,430	K146		
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→	1,840	K147		
K148		試験開頭術	12,190	→	15,850	K148		
K149		減圧開頭術				K149		
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	21,700	→	28,210		1	
	2	その他の場合	18,460	→	24,000		2	
K150		脳膿瘍排膿術	18,090	→	21,470	K150		
K151		削除				K151		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K151-2		広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	142,380	→	193,060	K151-2		
K152		耳性頭蓋内合併症手術	38,090	→	49,520	K152		
K152-2		耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	38,090	→	49,520	K152-2		
K153		鼻性頭蓋内合併症手術	35,360	→	45,970	K153		
K154		機能的定位脳手術				K154		
	1	片側の場合	39,450	→	59,180		1	
	2	両側の場合	52,500	→	78,750		2	
K154-2		顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	87,750	→	131,630	K154-2		
K155		脳切截術(開頭して行うもの)	10,480	→	13,620	K155		
K156		延髄における脊髄視床路切截術	31,500	→	40,950	K156		
K157		三叉神経節後線維切截術	24,830	→	32,280	K157		
K158		視神経管開放術	27,040	→	35,150	K158		
K159		顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	39,000	→	44,500	K159		
K159-2		顔面神経管開放術	39,000	→	44,500	K159-2		
K160		脳神経手術(開頭して行うもの)	28,940	→	37,620	K160		
K160-2		頭蓋内微小血管減圧術	37,950	→	43,920	K160-2		
K161		頭蓋骨腫瘍摘出術	18,070	→	23,490	K161		
K162		頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	24,050	→	31,270	K162		
K163		頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→	10,460	K163		
K164		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)				K164		
	1	硬膜外のもの	28,440	→	36,970		1	
	2	硬膜下のもの	28,940	→	37,620		2	
	3	脳内のもの	36,170	→	47,020		3	
K164-2		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→	10,900	K164-2		
K164-3		脳血管塞栓(血栓)摘出術	28,890	→	37,560	K164-3		
K164-4		定位的脳内血腫除去術	15,860	→	20,620	K164-4		
K165		脳内異物摘出術	35,100	→	45,630	K165		
K166		脳膿瘍全摘術	28,080	→	36,500	K166		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K167		頭蓋内腫瘤摘出術	49,350	→	61,720	K167		
K168		脳切除術	27,040	→	35,150	K168		
K169		頭蓋内腫瘍摘出術				K169		
	1	松果体部腫瘍	116,670	→	158,100		1	
	2	その他のもの	92,860	→	132,130		2	
K170		経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,050	→	76,890	K170		
K171		経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700	→	83,700	K171		
		内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術	―	→	108,470	K171-2		【新設】
K172		脳動静脈奇形摘出術	127,800	→	149,830	K172		
K173		脳・脳膜脱手術	24,050	→	31,270	K173		
K174		水頭症手術				K174		
	1	脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	32,700	→	38,840		1	
	2	シャント手術	18,700	→	24,310		2	
K174-2		髄液シャント抜去術	1,680	→	1,680	K174-2		
K175		脳動脈瘤被包術				K175		
	1	1箇所	54,860	→	71,320		1	
	2	2箇所以上	72,340	→	94,040		2	
K176		脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）				K176		
	1	1箇所	66,600	→	82,730		1	
	2	2箇所以上	91,950	→	108,200		2	
K177		脳動脈瘤頸部クリッピング				K177		
	1	1箇所	103,710	→	114,070		1	
	2	2箇所以上	128,400	→	128,400		2	
K178		脳血管内手術				K178		
	1	1箇所	61,350	→	63,270		1	
	2	2箇所以上	81,800	→	81,800		2	
		脳血管内ステントを用いるもの	―	→	79,850		3	【項目の追加】
K178-2		経皮的脳血管形成術	33,150	→	33,150	K178-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K178-3		経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術				K178-3		
	1	頭蓋内脳血管の場合	23,250	→	30,230		1	
	2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	14,430	→	18,760		2	
K179		髄液漏閉鎖術	30,290	→	39,380	K179		
K180		頭蓋骨形成手術				K180		
	1	頭蓋骨のみのもの	12,650	→	16,450		1	
	2	硬膜形成を伴うもの	18,200	→	23,660		2	
	3	骨移動を伴うもの	31,500	→	40,950		3	
K181		脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)				K181		
	1	片側の場合	39,450	→	59,180		1	
	2	両側の場合	52,500	→	71,350		2	
K181-2		脳刺激装置交換術	12,070	→	15,690	K181-2		
K181-3		頭蓋内電極抜去術	12,880	→	12,880	K181-3		
		迷走神経刺激装置植込術	―	→	22,140	K181-4		【新設】
		迷走神経刺激装置交換術	―	→	4,000	K181-5		【新設】
		(脊髄、末梢神経、交感神経)						
K182		神経縫合術				K182		
	1	指(手、足)	12,640	→	12,640		1	
	2	その他のもの	18,850	→	24,510		2	
K182-2		神経交差縫合術				K182-2		
	1	指(手、足)	27,940	→	36,320		1	
	2	その他のもの	38,100	→	46,180		2	
K183		脊髄硬膜切開術	18,070	→	23,490	K183		
K184		減圧脊髄切開術	18,850	→	24,510	K184		
K185		脊髄切截術	27,040	→	35,150	K185		
K186		脊髄硬膜内神経切断術	27,040	→	35,150	K186		
K187		脊髄視床路切截術	28,340	→	36,840	K187		
K188		神経剥離術	10,900	→	―	K188		【項目の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		鏡視下によるもの	―	→	14,170		1	
		その他のもの	―	→	10,900		2	
K189		脊髄ドレナージ術	340	→	340	K189		
K190		脊髄刺激装置植込術	26,850	→	40,280	K190		
K190-2		脊髄刺激装置交換術	10,470	→	13,610	K190-2		
K190-3		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	22,500	→	33,750	K190-3		
K190-4		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	3,900	→	5,070	K190-4		
K190-5		重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	500	→	650	K190-5		
K191		脊髄腫瘍摘出術				K191		
	1	髄外のもの	55,050	→	59,500		1	
	2	髄内のもの	78,820	→	118,230		2	
K192		脊髄血管腫摘出術	78,820	→	106,460	K192		
K193		神経腫切除術				K193		
	1	指(手、足)	5,770	→	5,770		1	
	2	その他のもの	9,020	→	10,770		2	
K193-2		レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)				K193-2		
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→	1,660		1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→	3,670		2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→	4,360		3	
K193-3		レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外)				K193-3		
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→	1,280		1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→	3,230		2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→	4,160		3	
K194		神経捻除術				K194		
	1	後頭神経	4,410	→	4,410		1	
	2	上眼窩神経	4,410	→	4,410		2	
	3	眼窩下神経	4,410	→	4,410		3	
	4	おとがい神経	4,410	→	4,410		4	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	5	下顎神経	6,170	→	7,750		5	
K194-2		横隔神経麻痺術	4,410	→	4,410	K194-2		
K194-3		眼窩下孔部神経切断術	4,410	→	4,410	K194-3		
K194-4		おとがい孔部神経切断術	4,410	→	4,410	K194-4		
K195		交感神経切除術				K195		
	1	頸動脈周囲	6,500	→	7,930		1	
	2	股動脈周囲	6,170	→	7,750		2	
K195-2		尾動脈腺摘出術	6,170	→	7,750	K195-2		
K196		交感神経節切除術				K196		
	1	頸部	18,200	→	23,660		1	
	2	胸部	14,000	→	16,340		2	
	3	腰部	12,490	→	16,240		3	
K196-2		胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→	18,500	K196-2		
K196-3		ストッフェル手術	9,610	→	12,490	K196-3		
K196-4		閉鎖神経切除術	9,610	→	12,490	K196-4		
K196-5		末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	9,610	→	12,490	K196-5		
K197		神経移行術	18,200	→	23,660	K197		
K198		神経移植術	18,090	→	23,520	K198		
		第4款　眼						
		(涙道)						
K199		涙点、涙小管形成術	550	→	550	K199		
K200		涙嚢切開術	690	→	690	K200		
K200-2		涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	→	630	K200-2		【名称の見直し】
K201		先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→	3,720	K201		
K202		涙管チューブ挿入術	1,810	→	―	K202		【項目の見直し】
		涙道内視鏡を用いるもの	―	→	2,350		1	
		その他のもの	―	→	1,810		2	
K203		涙嚢摘出術	4,590	→	4,590	K203		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K204		涙嚢鼻腔吻合術	21,750	→	23,490	K204		
K205		涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→	3,720	K205		
K206		涙小管形成手術	12,870	→	16,730	K206		
		（眼瞼）						
K207		瞼縁縫合術（瞼板縫合術を含む。）	1,580	→	1,580	K207		
K208		麦粒腫切開術	410	→	410	K208		
K209		眼瞼膿瘍切開術	470	→	470	K209		
K209-2		外眥切開術	470	→	470	K209-2		
K210		削除				K210		
K211		睫毛電気分解術（毛根破壊）	560	→	560	K211		
K212		兎眼矯正術	5,150	→	6,700	K212		
K213		マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→	360	K213		
K214		霰粒腫摘出術	580	→	580	K214		
K215		瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）	1,580	→	1,580	K215		
K215-2		眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→	5,140	K215-2		
K216		眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	→	11,900	K216		
K217		眼瞼内反症手術	1,660	→	－	K217		【項目の見直し】
		縫合法	－	→	1,660		1	
		皮膚切開法	－	→	2,160		2	
K218		眼瞼外反症手術	2,820	→	3,670	K218		
K219		眼瞼下垂症手術				K219		
	1	眼瞼挙筋前転法	7,200	→	7,200		1	
	2	筋膜移植法	14,250	→	18,530		2	
	3	その他のもの	6,070	→	6,070		3	
		（結膜）						
K220		結膜縫合術	1,260	→	1,260	K220		
K221		結膜結石除去術				K221		
	1	少数のもの（1眼瞼ごと）	260	→	260		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	多数のもの	390	→	390		2	
K222		結膜下異物除去術	390	→	390	K222		
K223		結膜嚢形成手術				K223		
	1	部分形成	2,460	→	2,460		1	
	2	皮膚及び結膜の形成	10,470	→	13,610		2	
	3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	12,870	→	16,730		3	
K223-2		内眥形成術	12,870	→	16,730	K223-2		
K224		翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130	→	4,130	K224		
K225		結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→	800	K225		
K225-2		結膜腫瘍摘出術	6,890	→	6,890	K225-2		
K225-3		結膜肉芽腫摘除術	800	→	800	K225-3		
		(眼窩、涙腺)						
K226		眼窩膿瘍切開術	1,390	→	1,390	K226		
K227		眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	11,490	→	14,940	K227		
K228		眼窩骨折整復術	20,400	→	26,520	K228		
K229		眼窩内異物除去術(表在性)	7,370	→	9,580	K229		
K230		眼窩内異物除去術(深在性)				K230		
	1	視神経周囲、眼窩尖端	19,200	→	24,960		1	
	2	その他	10,240	→	13,310		2	
K231 及び K232		削除				K231 及び K232		
K233		眼窩内容除去術	13,060	→	16,980	K233		
K234		眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	5,880	→	7,640	K234		
K235		眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	30,150	→	45,230	K235		
K236		眼窩悪性腫瘍手術	37,200	→	51,940	K236		
K237		眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700	→	17,700	K237		
		(眼球、眼筋)						
K238		削除				K238		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K239		眼球内容除去術	3,930	→	5,110	K239		
K240		削除				K240		
K241		眼球摘出術	3,670	→	3,670	K241		
K242		斜視手術				K242		
	1	前転法	4,280	→	4,280		1	
	2	後転法	4,200	→	4,200		2	
	3	前転法及び後転法の併施	8,440	→	10,970		3	
	4	斜筋手術	8,590	→	11,170		4	
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,460	→	12,300		5	
K243		義眼台包埋術	5,140	→	6,680	K243		
K244		眼筋移動術	18,600	→	21,750	K244		
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	5,640	→	7,330	K245		
		（角膜、強膜）						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	→	2,980	K246		
K247		削除				K247		
K248		角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980	→	980	K248		
K248-2		顕微鏡下角膜抜糸術	980	→	980	K248-2		
K249		角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→	990	K249		
K250		角膜切開術	990	→	990	K250		
K251		削除				K251		
K252		角膜・強膜異物除去術	650	→	650	K252		
K253		削除				K253		
K254		治療的角膜切除術				K254		
	1	エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	10,000	→	10,000		1	
	2	その他のもの	2,650	→	2,650		2	
K255		強角膜瘻孔閉鎖術	7,700	→	10,010	K255		
K256		角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→	2,650	K256		
K257		角膜表層除去併用結膜被覆術	5,320	→	6,920	K257		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K258		削除				K258		
K259		角膜移植術	54,800	→	54,800	K259		
K260		強膜移植術	14,470	→	18,810	K260		
K261		角膜形成手術	3,060	→	3,060	K261		
K262		削除				K262		
		（ぶどう膜）						
K263 及び K264		削除				K263 及び K264		
K265		虹彩腫瘍切除術	11,230	→	14,600	K265		
K266		毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	17,850	→	26,780	K266		
K267		削除				K267		
K268		緑内障手術				K268		
	1	虹彩切除術	4,740	→	4,740		1	
	2	流出路再建術	21,300	→	21,300		2	
	3	濾過手術	25,930	→	25,930		3	
		緑内障治療用インプラント挿入術	－	→	35,480		4	【項目の追加】
K269		虹彩整復・瞳孔形成術	4,730	→	4,730	K269		
K270		虹彩光凝固術	7,710	→	7,710	K270		
K271		毛様体光凝固術	3,590	→	4,670	K271		
K272		毛様体冷凍凝固術	2,160	→	2,160	K272		
K273		隅角光凝固術	8,970	→	8,970	K273		
		（眼房、網膜）						
K274		前房、虹彩内異物除去術	7,870	→	10,230	K274		
K275		網膜復位術	32,100	→	34,940	K275		
K276		網膜光凝固術				K276		
	1	通常のもの（一連につき）	11,200	→	11,200		1	
	2	その他特殊なもの（一連につき）	18,100	→	18,100		2	
K277		網膜冷凍凝固術	15,750	→	15,750	K277		
K277-2		黄斑下手術	39,600	→	47,150	K277-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号			備考
		（水晶体、硝子体）							
K278		硝子体注入・吸引術	1,900	→	1,900	K278			
K279		硝子体切除術	16,500	→	16,500	K279			
K280		硝子体茎顕微鏡下離断術				K280			
	1	網膜付着組織を含むもの	36,750	→	39,970		1		
	2	その他のもの	30,750	→	30,750		2		
		網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	―	→	47,780	K280-2			【新設】
K281		増殖性硝子体網膜症手術	51,850	→	54,860	K281			
K282		水晶体再建術				K282			【項目の見直し】
	1	眼内レンズを挿入する場合	12,100	→	―		1		
		縫着レンズを挿入するもの	―	→	17,440			イ	
		その他のもの	―	→	12,100			ロ	
	2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→	7,430		2		
		計画的後嚢切開を伴う場合	―	→	18,150		3		
K282-2		後発白内障手術	1,520	→	1,520	K282-2			
K283		削除				K283			
K284		硝子体置換術	5,300	→	6,890	K284			
		第5款　耳鼻咽喉							
		（外耳）							
K285		耳介血腫開窓術	380	→	380	K285			
K286		外耳道異物除去術				K286			
	1	単純なもの	220	→	220		1		
	2	複雑なもの	790	→	790		2		
K287		先天性耳瘻管摘出術	3,000	→	3,900	K287			
K288		副耳（介）切除術	2,240	→	2,240	K288			
K289		耳茸摘出術	830	→	830	K289			
K290		外耳道骨増生（外骨腫）切除術	5,900	→	7,670	K290			
K290-2		外耳道骨腫切除術	5,900	→	7,670	K290-2			

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K291		耳介腫瘍摘出術	5,320	→	5,320	K291		
K292		外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	5,020	→	6,530	K292		
K293		耳介悪性腫瘍手術	12,610	→	16,390	K293		
K294		外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	→	30,420	K294		
K295		耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→	3,340	K295		
K296		耳介形成手術				K296		
	1	耳介軟骨形成を要するもの	11,210	→	14,570		1	
	2	耳介軟骨形成を要しないもの	6,850	→	8,910		2	
K297		外耳道形成手術	11,960	→	15,550	K297		
K298		外耳道造設術・閉鎖症手術	22,620	→	29,410	K298		
K299		小耳症手術				K299		
	1	軟骨移植による耳介形成手術	47,850	→	56,140		1	
	2	耳介挙上	9,450	→	12,290		2	
		(中耳)						
K300		鼓膜切開術	690	→	690	K300		
K301		鼓室開放術	4,670	→	6,070	K301		
K302		上鼓室開放術	6,630	→	8,620	K302		
K303		上鼓室乳突洞開放術	13,780	→	17,910	K303		
K304		乳突洞開放術(アントロトミー)	6,810	→	8,850	K304		
K305		乳突削開術	13,650	→	17,750	K305		
K306		錐体部手術	25,480	→	33,120	K306		
K307		削除				K307		
K308		耳管内チューブ挿入術	1,420	→	1,420	K308		
K308-2		耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420	→	1,420	K308-2		
K309		鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→	2,670	K309		
K310		乳突充填術	4,790	→	6,230	K310		
K311		鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→	1,580	K311		
K312		鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020	→	3,020	K312		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
K313		中耳、側頭骨腫瘍摘出術	26,130	→	33,970	K313		
K314		中耳悪性腫瘍手術				K314		
	1	切除	27,300	→	35,490		1	
	2	側頭骨摘出術	52,800	→	68,640		2	
K315		鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→	9,900	K315		
K316		S状洞血栓(静脈炎)手術	17,290	→	22,480	K316		
K317		中耳根治手術	23,660	→	30,760	K317		
K318		鼓膜形成手術	17,200	→	18,100	K318		
K319		鼓室形成手術	32,900	→	42,770	K319		
K320		アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	→	32,140	K320		
		(内耳)						
K321		内耳開窓術	26,700	→	31,970	K321		
K322		経迷路的内耳道開放術	55,200	→	64,930	K322		
K323		内リンパ嚢開放術	21,700	→	28,210	K323		
K324		削除				K324		
K325		迷路摘出術				K325		
	1	部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	18,850	→	24,510		1	
	2	全摘出	38,890	→	38,890		2	
K326		削除				K326		
K327		内耳窓閉鎖術	18,920	→	24,600	K327		
K328		人工内耳植込術	32,290	→	40,810	K328		
		(鼻)						
K329		鼻中隔膿瘍切開術	620	→	620	K329		
K330		鼻中隔血腫切開術	820	→	820	K330		
K331		鼻腔粘膜焼灼術	900	→	900	K331		
K331-2		下甲介粘膜焼灼術	900	→	900	K331-2		
		下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側)	―	→	2,910	K331-3		【新設】
K332		削除				K332		
K333		鼻骨骨折整復固定術	1,640	→	2,130	K333		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K333-2		鼻骨脱臼整復術	1,640	→	1,640	K333-2		
K333-3		鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→	1,640	K333-3		
K334		鼻骨骨折観血的手術	5,380	→	5,720	K334		
K334-2		鼻骨変形治癒骨折矯正術	14,690	→	19,100	K334-2		
K335		鼻中隔骨折観血的手術	2,110	→	2,740	K335		
K335-2		上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,110	→	2,740	K335-2		
K335-3		上顎洞鼻外手術	2,110	→	2,740	K335-3		
K336		鼻内異物摘出術	690	→	690	K336		
K337		鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→	4,150	K337		
K338		鼻甲介切除術				K338		
	1	高周波電気凝固法によるもの	900	→	900		1	
	2	その他のもの	1,520	→	1,520		2	
K338-2		削除				K338-2		
K339		粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,590	→	2,590	K339		
K340		鼻茸摘出術	1,680	→	2,180	K340		
K340-2		出血性鼻茸摘出術	5,280	→	6,860	K340-2		
K341		上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→	3,020	K341		
K342		鼻副鼻腔腫瘍摘出術	10,850	→	14,110	K342		
K343		鼻副鼻腔悪性腫瘍手術				K343		
	1	切除	17,000	→	20,870		1	
	2	全摘	34,700	→	42,470		2	
K344		経鼻腔的翼突管神経切除術	20,410	→	26,530	K344		
K345		萎縮性鼻炎手術(両側)	14,040	→	18,250	K345		
K346		後鼻孔閉鎖症手術				K346		
	1	単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	→	3,640		1	
	2	複雑なもの(骨性閉鎖)	20,800	→	27,040		2	
K347		鼻中隔矯正術	5,280	→	6,860	K347		
K347-2		変形外鼻手術	12,610	→	16,390	K347-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		（副鼻腔）						
K348		削除				K348		
K349		上顎洞開窓術	2,000	→	2,600	K349		
K350		前頭洞充填術	8,460	→	11,000	K350		
K351		上顎洞血瘤腫手術	10,400	→	13,520	K351		
K352		上顎洞根治手術	5,120	→	6,660	K352		
K352-2		鼻内上顎洞根治手術	5,120	→	6,660	K352-2		
K352-3		副鼻腔炎術後後出血止血法	5,120	→	6,660	K352-3		
K353		鼻内篩骨洞根治手術	7,230	→	8,330	K353		
K354		篩骨洞根治手術	11,970	→	15,560	K354		
K355		鼻内前頭洞根治手術	7,430	→	9,660	K355		
K356		前頭洞根治手術	12,530	→	16,290	K356		
K357		鼻内蝶形洞根治手術	4,910	→	6,380	K357		
K358		上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	→	18,850	K358		
K359		前頭洞篩骨洞根治手術	14,470	→	18,810	K359		
K360		篩骨洞蝶形洞根治手術	14,470	→	18,810	K360		
K361		上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	→	21,060	K361		
K362		上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	18,090	→	23,520	K362		
K362-2		経上顎洞的顎動脈結紮術	20,020	→	26,030	K362-2		
K363		前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	20,670	→	26,870	K363		
K364		汎副鼻腔根治手術	22,300	→	28,990	K364		
K365		経上顎洞的翼突管神経切除術	21,700	→	28,210	K365		
K366		削除				K366		
		（咽頭、扁桃）						
K367		咽後膿瘍切開術	1,900	→	1,900	K367		
K368		扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→	1,830	K368		
K369		咽頭異物摘出術				K369		
	1	簡単なもの	420	→	420		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	複雑なもの	2,100	→	2,100		2	
K370		アデノイド切除術	1,600	→	1,600	K370		
K371		上咽頭腫瘍摘出術				K371		
	1	経口腔によるもの	3,430	→	4,460		1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→	5,060		2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→	8,270		3	
	4	外切開によるもの	11,600	→	15,080		4	
K371-2		上咽頭ポリープ摘出術				K371-2		
	1	経口腔によるもの	3,430	→	4,460		1	
	2	経鼻腔によるもの	3,890	→	5,060		2	
	3	経副鼻腔によるもの	6,360	→	8,270		3	
	4	外切開によるもの	11,600	→	15,080		4	
K372		中咽頭腫瘍摘出術				K372		
	1	経口腔によるもの	2,710	→	2,710		1	
	2	外切開によるもの	11,100	→	14,430		2	
K373		下咽頭腫瘍摘出術				K373		
	1	経口腔によるもの	5,610	→	7,290		1	
	2	外切開によるもの	11,400	→	14,820		2	
K374		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→	28,970	K374		
K375		鼻咽腔線維腫手術				K375		
	1	切除	6,180	→	8,030		1	
	2	摘出	24,180	→	31,430		2	
K375-2		鼻咽腔閉鎖術	16,640	→	21,630	K375-2		
K376		上咽頭悪性腫瘍手術	21,700	→	28,210	K376		
K377		口蓋扁桃手術				K377		
	1	切除	1,430	→	1,430		1	
	2	摘出	3,600	→	3,600		2	
K378		舌扁桃切除術	1,230	→	1,230	K378		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K379		副咽頭間隙腫瘍摘出術				K379		
	1	経頸部によるもの	20,000	→	26,000		1	
	2	経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	32,000	→	48,000		2	
K379-2		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術				K379-2		
	1	経頸部によるもの	30,000	→	39,000		1	
	2	経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	50,000	→	75,000		2	
K380		過長茎状突起切除術	4,520	→	5,880	K380		
K381		上咽頭形成手術	7,810	→	10,110	K381		
K382		咽頭瘻閉鎖術	9,820	→	12,770	K382		
K382-2		咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	9,820	→	12,770	K382-2		
		（喉頭、気管）						
K383		喉頭切開・截開術	10,320	→	13,420	K383		
K384		喉頭膿瘍切開術	2,140	→	2,140	K384		
K384-2		深頸部膿瘍切開術	4,000	→	4,000	K384-2		
K385		喉頭浮腫乱切術	2,040	→	2,040	K385		
K386		気管切開術	2,570	→	2,570	K386		
K387		喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860	→	2,860	K387		
K388		喉頭粘膜下異物挿入術	3,890	→	3,890	K388		
K388-2		喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→	11,410	K388-2		
K389		喉頭・声帯ポリープ切除術				K389		
	1	間接喉頭鏡によるもの	2,990	→	2,990		1	
	2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→	4,300		2	
K390		喉頭異物摘出術				K390		
	1	直達鏡によらないもの	2,920	→	2,920		1	
	2	直達鏡によるもの	5,250	→	5,250		2	
K391		気管異物除去術				K391		
	1	直達鏡によるもの	5,320	→	5,320		1	
	2	開胸手術によるもの	28,990	→	37,690		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K392		喉頭蓋切除術	2,450	→	3,190	K392		
K392-2		喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	→	3,190	K392-2		
K393		喉頭腫瘍摘出術				K393		
	1	間接喉頭鏡によるもの	3,420	→	3,420		1	
	2	直達鏡によるもの	4,310	→	4,310		2	
K394		喉頭悪性腫瘍手術				K394		
	1	切除	33,100	→	41,710		1	
	2	全摘	40,170	→	52,220		2	
K395		喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）	94,950	→	113,880	K395		
K396		気管切開孔閉鎖術	1,040	→	1,040	K396		
K396-2		気管縫合術	1,040	→	1,040	K396-2		
K397		喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	10,300	→	13,390	K397		
K398		喉頭狭窄症手術				K398		
	1	前方開大術	16,380	→	21,290		1	
	2	前壁形成手術	15,730	→	20,450		2	
	3	Tチューブ挿入術	9,000	→	11,700		3	
K399		気管狭窄症手術	25,090	→	32,620	K399		
K400		喉頭形成手術				K400		
	1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	16,250	→	21,130		1	
	2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	21,930	→	28,510		2	
K401		気管口狭窄拡大術	2,690	→	2,690	K401		
K402		縦隔気管口形成手術	58,490	→	76,040	K402		
K403		気管形成手術（管状気管、気管移植等）				K403		
	1	頸部からのもの	33,410	→	43,430		1	
	2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	58,490	→	76,040		2	
K403-2		嚥下機能手術				K403-2		
	1	輪状咽頭筋切断術	14,470	→	18,810		1	
	2	喉頭挙上術	14,130	→	18,370		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号	備考
	3	喉頭気管分離術	21,700	→	28,210	3	
	4	喉頭全摘術	21,700	→	28,210	4	
		第6款　顔面・口腔・頸部					
		（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）					
K404		抜歯手術（1歯につき）				K404	
	1	乳歯	130	→	130	1	
	2	前歯	150	→	150	2	
	3	臼歯	260	→	260	3	
	4	難抜歯	470	→	470	4	
	5	埋伏歯	1,050	→	1,050	5	
K405		削除				K405	
K406		口蓋腫瘍摘出術				K406	
	1	口蓋粘膜に限局するもの	400	→	520	1	
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	→	8,050	2	
K407		顎・口蓋裂形成手術				K407	
	1	軟口蓋のみのもの	11,170	→	14,520	1	
	2	硬口蓋に及ぶもの	18,590	→	24,170	2	
	3	顎裂を伴うもの				3	
	イ	片側	19,360	→	25,170	イ	
	ロ	両側	29,040	→	29,040	ロ	
K407-2		軟口蓋形成手術	7,800	→	9,700	K407-2	
		（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）					
K408		口腔底膿瘍切開術	700	→	700	K408	
K409		口腔底腫瘍摘出術	5,230	→	6,800	K409	
K410		口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→	24,050	K410	
K411		頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→	4,730	K411	
K412		頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→	22,490	K412	
K413		舌腫瘍摘出術				K413	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	粘液嚢胞摘出術	1,220	→	1,220		1	
	2	その他のもの	3,140	→	3,140		2	
K414		舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→	8,520	K414		
K414-2		甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	→	8,520	K414-2		
K415		舌悪性腫瘍手術				K415		
	1	切除	14,470	→	18,810		1	
	2	亜全摘	49,350	→	64,160		2	
K416 及び K417		削除				K416 及び K417		
K418		舌形成手術(巨舌症手術)	5,840	→	7,590	K418		
K418-2		舌繋瘢痕性短縮矯正術	2,650	→	2,650	K418-2		
K419		頬、口唇、舌小帯形成手術	560	→	560	K419		
K420		削除				K420		
		(顔面)						
K421		口唇腫瘍摘出術				K421		
	1	粘液嚢胞摘出術	910	→	910		1	
	2	その他のもの	3,370	→	3,370		2	
K422		口唇悪性腫瘍手術	21,700	→	28,210	K422		
K423		頬腫瘍摘出術				K423		
	1	粘液嚢胞摘出術	910	→	910		1	
	2	その他のもの	3,370	→	4,380		2	
K424		頬悪性腫瘍手術	17,900	→	17,900	K424		
K425		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	59,400	→	89,100	K425		
K426		口唇裂形成手術(片側)				K426		
	1	口唇のみの場合	10,140	→	13,180		1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	14,470	→	18,810		2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	17,030	→	22,140		3	
K426-2		口唇裂形成手術(両側)				K426-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	口唇のみの場合	14,470	→	18,810		1	
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	→	23,790		2	
	3	鼻腔底形成を伴う場合	25,610	→	33,290		3	
		（顔面骨、顎関節）						
K427		頬骨骨折観血的整復術	11,610	→	15,090	K427		
K427-2		頬骨変形治癒骨折矯正術	27,000	→	35,100	K427-2		
K428		下顎骨折非観血的整復術	1,240	→	1,240	K428		
K429		下顎骨折観血的手術				K429		
	1	片側	10,000	→	13,000		1	
	2	両側	19,110	→	24,840		2	
K429-2		下顎関節突起骨折観血的手術				K429-2		
	1	片側	21,700	→	28,210		1	
	2	両側	36,170	→	47,020		2	
K430		顎関節脱臼非観血的整復術	410	→	410	K430		
K431		顎関節脱臼観血的手術	18,330	→	23,830	K431		
K432		上顎骨折非観血的整復術	1,570	→	1,570	K432		
K433		上顎骨折観血的手術	11,710	→	15,220	K433		
K434		顔面多発骨折観血的手術	26,550	→	34,520	K434		
		顔面多発骨折変形治癒矯正術	－	→	41,420	K434-2		【新設】
K435		術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→	6,660	K435		
K436		顎骨腫瘍摘出術				K436		
	1	長径3センチメートル未満	2,820	→	2,820		1	
	2	長径3センチメートル以上	8,210	→	11,160		2	
K437		下顎骨部分切除術	9,960	→	14,940	K437		
K438		下顎骨離断術	15,730	→	23,600	K438		
K439		下顎骨悪性腫瘍手術				K439		
	1	切除	21,700	→	32,550		1	
	2	切断	28,940	→	43,410		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K440		上顎骨切除術	12,000	→	15,310	K440		
K441		上顎骨全摘術	25,480	→	33,120	K441		
K442		上顎骨悪性腫瘍手術				K442		
	1	掻爬	5,880	→	7,640		1	
	2	切除	21,700	→	28,210		2	
	3	全摘	37,420	→	56,130		3	
K443		上顎骨形成術				K443		
	1	単純な場合	16,250	→	21,130		1	
	2	複雑な場合及び2次的再建の場合	32,400	→	41,370		2	
	3	骨移動を伴う場合	48,600	→	72,900		3	
K444		下顎骨形成術				K444		
	1	おとがい形成の場合	4,990	→	6,490		1	
	2	短縮又は伸長の場合	17,160	→	22,310		2	
	3	再建の場合	27,750	→	36,080		3	
	4	骨移動を伴う場合	41,700	→	54,210		4	
		下顎骨延長術				K444-2		【新設】
		片側	―	→	22,310		1	
		両側	―	→	33,460		2	
K445		顎関節形成術	32,400	→	40,870	K445		
K446		顎関節授動術				K446		
	1	徒手的授動術（パンピングを併用した場合）	990	→	990		1	
	2	顎関節鏡下授動術	5,620	→	7,310		2	
	3	開放授動術	17,550	→	22,820		3	
K447		顎関節円板整位術				K447		
	1	顎関節鏡下円板整位術	14,470	→	18,810		1	
	2	開放円板整位術	21,700	→	27,300		2	
		（唾液腺）						
K448		がま腫切開術	820	→	820	K448		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→	900	K449		
K450		唾石摘出術				K450		
	1	表在性のもの	640	→	640		1	
	2	深在性のもの	3,770	→	3,770		2	
	3	腺体内に存在するもの	5,540	→	7,200		3	
K451		がま腫摘出術	4,580	→	5,950	K451		
K452		舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→	5,990	K452		
K453		顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→	9,480	K453		
K454		顎下腺摘出術	7,440	→	9,670	K454		
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	21,700	→	28,210	K455		
K456		削除				K456		
K457		耳下腺腫瘍摘出術				K457		
	1	耳下腺浅葉摘出術	20,930	→	27,210		1	
	2	耳下腺深葉摘出術	23,920	→	31,100		2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術				K458		
	1	切除	21,700	→	28,210		1	
	2	全摘	28,940	→	37,620		2	
K459		唾液腺管形成手術	8,740	→	11,360	K459		
K460		唾液腺管移動術				K460		
	1	上顎洞内へのもの	8,740	→	11,360		1	
	2	結膜嚢内へのもの	10,820	→	14,070		2	
		（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術				K461		
	1	片葉のみの場合	7,500	→	8,480		1	
	2	両葉の場合	9,000	→	10,760		2	
K462		バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	16,000	→	20,800	K462		
K463		甲状腺悪性腫瘍手術				K463		
	1	切除	18,600	→	24,180		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
	2	全摘及び亜全摘	23,700	→	30,810		2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術				K464		
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	12,060	→	15,680		1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	30,000	→	33,790		2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	30,000	→	39,000	K465		
		(その他の頸部)						
K466		斜角筋切断術	3,760	→	3,760	K466		
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	8,790	→	11,430	K467		
K468		頸肋切除術	8,140	→	10,580	K468		
K469		頸部郭清術				K469		
	1	片側	16,120	→	20,960		1	
	2	両側	22,230	→	28,900		2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	27,560	→	35,830	K470		
K471		筋性斜頸手術	3,720	→	3,720	K471		
		第7款　胸部						
		(乳腺)						
K472		乳腺膿瘍切開術	820	→	820	K472		
K473		削除				K473		
K474		乳腺腫瘍摘出術				K474		
	1	長径5センチメートル未満	2,660	→	2,660		1	
	2	長径5センチメートル以上	5,180	→	6,730		2	
K474-2		乳管腺葉区域切除術	9,880	→	12,820	K474-2		
K474-3		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	4,200	→	6,300	K474-3		
K475		乳房切除術	6,040	→	6,040	K475		
K475-2		乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→	6,040	K475-2		
K476		乳腺悪性腫瘍手術				K476		
	1	単純乳房切除術(乳腺全摘術)	11,400	→	14,820		1	
	2	乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	21,700	→	28,210		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	3	乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000	→	22,520		3	
	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。))	29,100	→	42,350		4	
	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	29,100	→	42,350		5	
	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	29,100	→	42,350		6	
	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)	36,170	→	52,820		7	
K476-2		陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→	7,350	K476-2		
K476-3		乳房再建術(乳房切除後)				K476-3		
	1	一期的に行うもの	32,850	→	42,710		1	
	2	二期的に行うもの	45,000	→	53,560		2	
		(胸壁)						
K477		胸壁膿瘍切開術	700	→	700	K477		
K478		肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髄炎手術	5,740	→	7,460	K478		
K479		削除				K479		
K480		胸壁冷膿瘍手術	6,020	→	7,670	K480		
K480-2		流注膿瘍切開掻爬術	6,020	→	7,670	K480-2		
K481		肋骨骨折観血的手術	6,020	→	7,830	K481		
K482		肋骨切除術				K482		
	1	第1肋骨	13,000	→	16,900		1	
	2	その他の肋骨	3,310	→	4,300		2	
K483		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	→	12,120	K483		
K484		胸壁悪性腫瘍摘出術				K484		
	1	胸壁形成手術を併施するもの	36,900	→	47,860		1	
	2	その他のもの	21,700	→	28,210		2	
K484-2		胸骨悪性腫瘍摘出術				K484-2		
	1	胸壁形成手術を併施するもの	36,900	→	43,750		1	
	2	その他のもの	21,700	→	28,210		2	
K485		胸壁腫瘍摘出術	10,600	→	12,960	K485		
K486		胸壁瘻手術	18,090	→	23,520	K486		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K487		漏斗胸手術				K487		
	1	胸骨挙上法によるもの	21,700	→	28,210		1	
	2	胸骨翻転法によるもの	26,130	→	33,970		2	
	3	胸腔鏡によるもの	30,200	→	39,260		3	
		（胸腔、胸膜）						
K488		試験開胸術	9,070	→	10,800	K488		
K488-2		試験的開胸開腹術	14,600	→	17,380	K488-2		
		胸腔鏡下試験開胸術	―	→	13,500	K488-3		【新設】
		胸腔鏡下試験切除術	―	→	13,500	K488-4		【新設】
K489から K492まで		削除				K489から K492まで		
K493		骨膜外、胸膜外充填術	18,090	→	23,520	K493		
K494		胸腔内（胸膜内）血腫除去術	14,700	→	15,350	K494		
K495		削除				K495		
K496		醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術				K496		
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→	26,340		1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→	33,150		2	
K496-2		胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	51,850	→	51,850	K496-2		
K496-3		胸膜外肺剥皮術				K496-3		
	1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→	26,340		1	
	2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→	33,150		2	
K496-4		胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	23,100	→	32,690	K496-4		
K497		膿胸腔有茎筋肉弁充填術	29,700	→	38,610	K497		
		膿胸腔有茎大網充填術	―	→	49,650	K497-2		【新設】
K498		胸郭形成手術（膿胸手術の場合）				K498		
	1	肋骨切除を主とするもの	34,500	→	42,020		1	
	2	胸膜胼胝切除を併施するもの	47,550	→	49,200		2	
K499		胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	12,180	→	15,830	K499		
K500		削除				K500		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K501		乳糜胸手術	12,530	→	12,530	K501		
K501-2		胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530	→	12,530	K501-2		
		胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	－	→	15,230	K501-3		【新設】
		(縦隔)						
K502		縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→	37,000	K502		
K502-2		縦隔切開術				K502-2		
	1	頸部よりのもの、経食道によるもの	6,390	→	6,390		1	
	2	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	13,520	→	17,580		2	
	3	経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→	20,050		3	
		胸腔鏡下縦隔切開術	－	→	26,750	K502-3		【新設】
K503		縦隔郭清術	28,470	→	37,010	K503		
K504		縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→	－	K504		【項目の見直し】
		単純摘出	－	→	37,000		1	
		広汎摘出	－	→	56,020		2	
		(気管支、肺)						
K505		肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	→	削除	K505		
K506		肺結核空洞切開術	14,300	→	削除	K506		
K507		肺膿瘍切開排膿術	21,700	→	28,210	K507		
K508		気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	7,810	→	10,150	K508		
K508-2		気管・気管支ステント留置術	7,200	→	－	K508-2		【項目の見直し】
		硬性鏡によるもの	－	→	9,360		1	
		軟性鏡によるもの	－	→	8,960		2	
K509		気管支異物除去術				K509		
	1	直達鏡によるもの	7,120	→	9,260		1	
	2	開胸手術によるもの	41,100	→	45,650		2	
K509-2		気管支肺胞洗浄術	4,800	→	4,800	K509-2		
K509-3		気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000	→	10,000	K509-3		
K510		気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→	6,700	K510		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K510-2		光線力学療法				K510-2		
	1	早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	8,710	→	8,710		1	
	2	その他のもの	8,710	→	8,710		2	
		気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	―	→	8,710	K510-3		【新設】
K511		肺切除術				K511		
	1	楔状部分切除	18,090	→	23,520		1	
	2	区域切除(1肺葉に満たないもの)	53,850	→	58,430		2	
	3	肺葉切除	53,700	→	58,350		3	
	4	複合切除(1肺葉を超えるもの)	55,050	→	64,850		4	
	5	1側肺全摘	56,400	→	59,830		5	
	6	気管支形成を伴う肺切除	65,260	→	76,230		6	
K512		削除				K512		
K513		胸腔鏡下肺切除術	56,250	→	―	K513		【項目の見直し】
		肺嚢胞手術(楔状部分切除によるもの)	―	→	39,830		1	
		その他のもの	―	→	58,950		2	
K513-2		胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	56,250	→	58,950	K513-2		
K513-3		胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	56,250	→	58,950	K513-3		
K513-4		胸腔鏡下肺縫縮術	56,250	→	58,950	K513-4		
K514		肺悪性腫瘍手術				K514		【項目の見直し】
		部分切除	―	→	60,350		1	
		区域切除	―	→	69,250		2	
		肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	―	→	72,640		3	
		肺全摘	―	→	72,640		4	
		隣接臓器合併切除を伴う肺切除	―	→	78,400		5	
		気管支形成を伴う肺切除	―	→	80,460		6	
		気管分岐部切除を伴う肺切除	―	→	124,860		7	
		気管分岐部再建を伴う肺切除	―	→	127,130		8	
K514-2		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術				K514-2		【項目の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		部分切除	―	→	66,500		1	
		区域切除	―	→	72,640		2	
		肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	―	→	92,000		3	
K514-3		移植用肺採取術(死体)(両側)	61,700	→	63,200	K514-3		
K514-4		同種死体肺移植術	116,770	→	119,000	K514-4		
K514-5		移植用部分肺採取術(生体)	52,400	→	52,680	K514-5		
K514-6		生体部分肺移植術	100,050	→	100,980	K514-6		
K515		肺剥皮術	22,800	→	29,640	K515		
K516		気管支瘻閉鎖術	55,200	→	59,170	K516		
K517		肺縫縮術	18,090	→	23,520	K517		
K518		気管支形成手術				K518		
	1	楔状切除術	53,550	→	64,030		1	
	2	輪状切除術	57,150	→	66,010		2	
	3	気管分岐部切除術	88,350	→	―			【項目の削除】
	4	気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	90,790	→	―			【項目の削除】
K519		先天性気管狭窄症手術	98,100	→	146,950	K519		
		(食道)						
K520		食道縫合術(穿孔、損傷)				K520		
	1	頸部手術	13,130	→	17,070		1	
	2	開胸手術	21,700	→	28,210		2	
	3	開腹手術	13,650	→	17,750		3	
K521		食道周囲膿瘍切開誘導術				K521		
	1	開胸手術	20,020	→	26,030		1	
	2	胸骨切開によるもの	13,000	→	16,900		2	
	3	その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	→	6,600		3	
K522		食道狭窄拡張術				K522		
	1	内視鏡によるもの	8,060	→	9,450		1	
	2	食道ブジー法	2,520	→	2,950		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	3	拡張用バルーンによるもの	12,480	→	12,480		3	
K522-2		食道ステント留置術	6,300	→	6,300	K522-2		
K522-3		食道空置バイパス作成術	41,550	→	54,020	K522-3		
K523		食道異物摘出術				K523		
	1	頸部手術によるもの	19,500	→	25,350		1	
	2	開胸手術によるもの	21,700	→	28,210		2	
	3	開腹手術によるもの	21,320	→	27,720		3	
K524		食道憩室切除術				K524		
	1	頸部手術によるもの	17,290	→	22,480		1	
	2	開胸によるもの	24,180	→	31,430		2	
		胸腔鏡下食道憩室切除術	―	→	34,130	K524-2		【新設】
K525		食道切除再建術				K525		
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→	77,040		1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→	69,690		2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→	51,420		3	
K525-2		胸壁外皮膚管形成吻合術				K525-2		
	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	75,000	→	77,040		1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650	→	69,690		2	
	3	腹部の操作によるもの	41,100	→	51,420		3	
	4	バイパスのみ作成する場合	36,150	→	45,230		4	
K526		食道腫瘍摘出術				K526		
	1	内視鏡によるもの	6,520	→	8,480		1	
	2	開胸又は開腹手術によるもの	26,260	→	34,140		2	
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	41,250	→	50,250		3	
K526-2		内視鏡的食道粘膜切除術				K526-2		
	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,800	→	8,840		1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	→	22,100		2	
K526-3		内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	8,840	→	11,490	K526-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K527		食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)				K527		
	1	頸部食道の場合	43,050	→	47,530		1	
	2	胸部食道の場合	56,950	→	56,950		2	
K528		先天性食道閉鎖症根治手術	64,820	→	64,820	K528		
		先天性食道狭窄症根治手術	―	→	51,220	K528-2		【新設】
K529		食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)				K529		
	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。)	113,900	→	122,540		1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	97,770	→	101,490		2	
	3	腹部の操作によるもの	69,840	→	69,840		3	
K530		食道アカラシア形成手術	28,050	→	32,710	K530		
K530-2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	39,000	→	44,500	K530-2		
K531		食道切除後2次的再建術				K531		
	1	皮弁形成によるもの	37,950	→	43,920		1	
	2	消化管利用によるもの	45,700	→	54,960		2	
K532		食道・胃静脈瘤手術				K532		
	1	血行遮断術を主とするもの	26,340	→	34,240		1	
	2	食道離断術を主とするもの	28,940	→	37,620		2	
K532-2		食道静脈瘤手術(開腹)	26,340	→	34,240	K532-2		
		腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	―	→	38,340	K532-3		【新設】
K533		食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→	8,990	K533		
K533-2		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→	8,990	K533-2		
		(横隔膜)						
K534		横隔膜縫合術				K534		
	1	経胸又は経腹	21,450	→	27,890		1	
	2	経胸及び経腹	28,940	→	37,620		2	
K534-2		横隔膜レラクサチオ手術				K534-2		
	1	経胸又は経腹	21,450	→	27,890		1	
	2	経胸及び経腹	28,940	→	37,620		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
		胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	―	→	31,990	K534-3		【新設】
K535		胸腹裂孔ヘルニア手術				K535		
	1	経胸又は経腹	20,670	→	26,870		1	
	2	経胸及び経腹	27,300	→	35,490		2	
K536		後胸骨ヘルニア手術	21,060	→	27,380	K536		
K537		食道裂孔ヘルニア手術				K537		
	1	経胸又は経腹	21,060	→	27,380		1	
	2	経胸及び経腹	26,780	→	34,810		2	
K537-2		腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	37,800	→	42,180	K537-2		
		第8款　心・脈管						
		(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)						
K538		心膜縫合術	8,760	→	9,180	K538		
K538-2		心筋縫合止血術(外傷性)	10,900	→	11,800	K538-2		
K539		心膜切開術	9,200	→	9,420	K539		
K539-2		心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→	15,240	K539-2		
		胸腔鏡下心膜開窓術	―	→	16,060	K539-3		【新設】
K540		収縮性心膜炎手術	49,950	→	51,650	K540		
K541		試験開心術	24,700	→	24,700	K541		
K542		心腔内異物除去術	30,210	→	39,270	K542		
K543		心房内血栓除去術	30,210	→	39,270	K543		
K544		心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術				K544		
	1	単独のもの	60,600	→	60,600		1	
	2	冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	77,770	→	77,770		2	
	3	冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	91,910	→	91,910		3	
K545		開胸心臓マッサージ	8,950	→	9,400	K545		
K546		経皮的冠動脈形成術	22,000	→	22,000	K546		
K547		経皮的冠動脈粥腫切除術	22,000	→	23,950	K547		
K548		経皮的冠動脈形成術	23,000	→	―	K548		【名称の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	－	→	24,500		1	【項目の見直し】
		エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	－	→	24,500		2	
K549		経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	→	24,380	K549		
K550		冠動脈内血栓溶解療法	13,390	→	17,410	K550		
K550-2		経皮的冠動脈血栓吸引術	15,110	→	19,640	K550-2		
K551		冠動脈形成術（血栓内膜摘除）				K551		
	1	1箇所のもの	74,550	→	76,550		1	
	2	2箇所以上のもの	79,860	→	79,860		2	
K552		冠動脈、大動脈バイパス移植術				K552		
	1	1吻合のもの	71,570	→	71,570		1	
	2	2吻合以上のもの	85,880	→	89,250		2	
K552-2		冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）				K552-2		
	1	1吻合のもの	71,570	→	71,570		1	
	2	2吻合以上のもの	89,700	→	91,350		2	
K553		心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）				K553		
	1	単独のもの	59,550	→	63,390		1	
	2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	78,730	→	80,060		2	
	3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	100,200	→	100,200		3	
K553-2		左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術				K553-2		
	1	単独のもの	76,200	→	114,300		1	
	2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	100,200	→	147,890		2	
	3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	114,510	→	167,180		3	
K554		弁形成術				K554		
	1	1弁のもの	79,860	→	79,860		1	
	2	2弁のもの	93,170	→	93,170		2	
	3	3弁のもの	106,480	→	106,480		3	
K555		弁置換術				K555		
	1	1弁のもの	85,500	→	85,500		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	2弁のもの	100,200	→	100,200	2		
	3	3弁のもの	114,510	→	114,510	3		
K556		大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940	→	42,940	K556		
K556-2		経皮的大動脈弁拡張術	34,200	→	37,430	K556-2		
K557		大動脈弁上狭窄手術	71,570	→	71,570	K557		
K557-2		大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	75,450	→	78,260	K557-2		
K557-3		弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	86,250	→	129,380	K557-3		
K557-4		ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	85,880	→	115,750	K557-4		
K558		ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	143,140	→	192,920	K558		
K559		閉鎖式僧帽弁交連切開術	29,580	→	38,450	K559		
K559-2		経皮的僧帽弁拡張術	29,640	→	34,930	K559-2		
K560		大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）				K560		【項目の見直し】
	1	上行大動脈	114,510	→	―	1		
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	―	→	114,510		イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	―	→	128,820		ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	―	→	148,860		ハ	
	2	その他のもの	100,200	→	100,200		ニ	
	3	弓部大動脈	114,510	→	114,510	2		
	4	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	171,760	→	―	3		
		大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	―	→	187,370		イ	
		人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	―	→	210,790		ロ	
		自己弁温存型大動脈基部置換術	―	→	243,580		ハ	
		その他のもの	―	→	171,760		ニ	
	5	下行大動脈	85,880	→	89,250	4		
	6	胸腹部大動脈	166,500	→	249,750	5		
	7	腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	54,300	→	59,080	6		
	8	腹部大動脈（その他のもの）	52,000	→	52,000	7		
K561		ステントグラフト内挿術				K561		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	胸部大動脈	56,560	→	56,560		1	
	2	腹部大動脈	47,400	→	49,440		2	
	3	腸骨動脈	37,200	→	43,830		3	
K562		動脈管開存症手術				K562		
	1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	→	16,510		1	
	2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→	22,000		2	
K563		肺動脈絞扼術	39,410	→	39,410	K563		
K564		血管輪又は重複大動脈弓離断手術	33,900	→	43,150	K564		
K565		巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	47,700	→	71,550	K565		
K566		体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	42,750	→	44,670	K566		
K567		大動脈縮窄(離断)症手術				K567		
	1	単独のもの	57,250	→	57,250		1	
	2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200	→	100,200		2	
	3	複雑心奇形手術を伴うもの	128,820	→	173,620		3	
K567-2		経皮的大動脈形成術	34,200	→	37,430	K567-2		
K568		大動脈肺動脈中隔欠損症手術				K568		
	1	単独のもの	69,000	→	80,840		1	
	2	心内奇形手術を伴うもの	88,500	→	97,690		2	
K569		三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	85,880	→	90,120	K569		
K570		肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術				K570		
	1	肺動脈弁切開術(単独のもの)	25,000	→	32,500		1	
	2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	68,550	→	74,460		2	
K570-2		経皮的肺動脈弁拡張術	24,550	→	31,280	K570-2		
K570-3		経皮的肺動脈形成術	24,550	→	31,280	K570-3		
K571		肺静脈還流異常症手術				K571		
	1	部分肺静脈還流異常	48,110	→	50,970		1	
	2	総肺静脈還流異常	93,040	→	109,310		2	
K572		肺静脈形成術	51,450	→	58,930	K572		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K573		心房中隔欠損作成術				K573		
	1	経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンド法)	8,970	→	11,660		1	
	2	心房中隔欠損作成術	25,800	→	33,540		2	
K574		心房中隔欠損閉鎖術				K574		
	1	単独のもの	30,100	→	39,130		1	
	2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→	45,130		2	
K574-2		経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	→	31,850	K574-2		
K575		三心房心手術	58,500	→	68,940	K575		
K576		心室中隔欠損閉鎖術				K576		
	1	単独のもの	50,570	→	52,320		1	
	2	肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	52,850	→	65,830		2	
	3	大動脈弁形成を伴うもの	64,410	→	66,060		3	
	4	右室流出路形成を伴うもの	71,570	→	71,570		4	
K577		バルサルバ洞動脈瘤手術				K577		
	1	単独のもの	71,570	→	71,570		1	
	2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880	→	85,880		2	
K578		右室二腔症手術	79,500	→	80,490	K578		
K579		不完全型房室中隔欠損症手術				K579		
	1	心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	54,000	→	60,330		1	
	2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	64,410	→	66,060		2	
K579-2		完全型房室中隔欠損症手術				K579-2		
	1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350	→	107,350		1	
	2	ファロー四徴症手術を伴うもの	143,140	→	192,920		2	
K580		ファロー四徴症手術				K580		
	1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000	→	71,000		1	
	2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	93,040	→	94,060		2	
K581		肺動脈閉鎖症手術				K581		
	1	単独のもの	100,200	→	100,200		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	ラステリ手術を伴うもの	128,820	→	173,620		2	
	3	巨大側副血管術を伴うもの	171,760	→	231,500		3	
K582		両大血管右室起始症手術				K582		
	1	単独のもの	85,880	→	85,880		1	
	2	右室流出路形成を伴うもの	128,820	→	128,820		2	
	3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの（タウシッヒ・ビング奇形手術）	143,140	→	192,920		3	
K583		大血管転位症手術				K583		
	1	心房内血流転換手術（マスタード・セニング手術）	114,510	→	114,510		1	
	2	大血管血流転換術（ジャテーン手術）	107,350	→	144,690		2	
	3	心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	128,820	→	173,620		3	
	4	ラステリ手術を伴うもの	114,510	→	154,330		4	
K584		修正大血管転位症手術				K584		
	1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	78,000	→	85,790		1	
	2	根治手術（ダブルスイッチ手術）	162,500	→	201,630		2	
K585		総動脈幹症手術	119,800	→	143,860	K585		
K586		単心室症又は三尖弁閉鎖症手術				K586		
	1	両方向性グレン手術	71,570	→	71,570		1	
	2	フォンタン手術	85,880	→	85,880		2	
	3	心室中隔造成術	146,000	→	181,350		3	
K587		左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	141,460	→	179,310	K587		
K588		冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240	→	53,240	K588		
K589		冠動脈起始異常症手術	85,880	→	85,880	K589		
K590		心室憩室切除術	61,500	→	76,710	K590		
K591		心臓脱手術	113,400	→	113,400	K591		
K592		肺動脈塞栓除去術	37,600	→	48,880	K592		
K592-2		肺動脈血栓内膜摘除術	100,190	→	135,040	K592-2		
K593		肺静脈血栓除去術	30,210	→	39,270	K593		
K594		不整脈手術				K594		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	副伝導路切断術	85,880	→	89,250		1	
	2	心室頻拍症手術	100,200	→	147,890		2	
	3	メイズ手術	93,170	→	98,640		3	
K595		経皮的カテーテル心筋焼灼術				K595		
	1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	31,350	→	40,760		1	
	2	その他のもの	26,440	→	34,370		2	
K595-2		経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→	24,390	K595-2		
K596		体外ペースメーキング術	3,370	→	3,370	K596		【名称の見直し】
K597		ペースメーカー移植術				K597		
	1	心筋電極の場合	13,800	→	15,060		1	
	2	経静脈電極の場合	7,820	→	7,820		2	
K597-2		ペースメーカー交換術	3,610	→	4,000	K597-2		
K597-3		植込型心電図記録計移植術	1,260	→	1,260	K597-3		
K597-4		植込型心電図記録計摘出術	840	→	840	K597-4		
K598		両心室ペースメーカー移植術	30,750	→	31,510	K598		
K598-2		両心室ペースメーカー交換術	3,200	→	5,000	K598-2		
K599		植込型除細動器移植術	17,030	→	31,510	K599		
K599-2		植込型除細動器交換術	2,860	→	6,000	K599-2		
K599-3		両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	21,000	→	32,000	K599-3		
K599-4		両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	3,200	→	6,000	K599-4		
		経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）	－	→	28,600	K599-5		【新設】
K600		大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）				K600		
	1	初日	8,780	→	8,780		1	
	2	2日目以降	3,680	→	3,680		2	
K601		人工心肺（1日につき）				K601		
	1	初日	24,500	→	24,500		1	
	2	2日目以降	3,000	→	3,000		2	
K602		経皮的心肺補助法（1日につき）				K602		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	初日	11,100	→	11,100		1	
	2	2日目以降	3,120	→	3,120		2	
K603		補助人工心臓(1日につき)				K603		
	1	初日	45,000	→	54,370		1	
	2	2日目以降30日目まで	5,000	→	5,000		2	
	3	31日目以降	4,000	→	4,000		3	
K604		植込型補助人工心臓(拍動流型)				K604		【名称の見直し】
	1	初日(1日につき)	45,000	→	58,500		1	
	2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	→	5,000		2	
	3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	→	4,000		3	
	4	91日目以降(1月につき)	6,000	→	6,000		4	
		植込型補助人工心臓(非拍動流型)				K604-2		【新設】
		初日(1日につき)	―	→	58,500		1	
		2日目以降30日目まで(1日につき)	―	→	5,000		2	
		31日目以降90日目まで(1日につき)	―	→	2,780		3	
		91日目以降(1日につき)	―	→	1,500		4	
K605		移植用心採取術	61,200	→	62,720	K605		
K605-2		同種心移植術	143,140	→	192,920	K605-2		
K605-3		移植用心肺採取術	92,020	→	100,040	K605-3		
K605-4		同種心肺移植術	198,990	→	286,010	K605-4		
		(動脈)						
K606		血管露出術	530	→	530	K606		
K607		血管結紮術				K607		
	1	開胸又は開腹を伴うもの	8,610	→	10,550		1	
	2	その他のもの	3,130	→	3,130		2	
K607-2		血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→	3,130	K607-2		
K607-3		上腕動脈表在化法	5,000	→	5,000	K607-3		
K608		動脈塞栓除去術				K608		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	1	開胸又は開腹を伴うもの	21,970	→	28,560		1	
	2	その他のもの（観血的なもの）	9,470	→	11,180		2	
K608-2		外シャント血栓除去術	1,680	→	1,680	K608-2		
K608-3		内シャント血栓除去術	3,130	→	3,130	K608-3		
K609		動脈血栓内膜摘出術				K609		
	1	大動脈に及ぶもの	31,500	→	40,950		1	
	2	内頸動脈	29,250	→	43,880		2	
	3	その他のもの	19,890	→	25,860		3	
K609-2		経皮的頸動脈ステント留置術	33,150	→	38,930	K609-2		
K610		動脈形成術、吻合術				K610		
	1	頭蓋内動脈	52,550	→	70,980		1	
	2	胸腔内動脈（大動脈を除く。）	44,400	→	47,790		2	
	3	腹腔内動脈（大動脈を除く。）	44,400	→	47,790		3	
	4	指（手、足）の動脈	11,800	→	15,340		4	
	5	その他の動脈	13,910	→	18,080		5	
K610-2		脳新生血管造成術	52,550	→	52,550	K610-2		
K610-3		内シャント又は外シャント設置術	13,910	→	18,080	K610-3		
K610-4		四肢の血管吻合術	13,910	→	18,080	K610-4		
K610-5		血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）	13,910	→	18,080	K610-5		
K611		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置				K611		
	1	開腹して設置した場合	17,940	→	17,940		1	
	2	四肢に設置した場合	16,250	→	16,250		2	
	3	頭頸部その他に設置した場合	16,640	→	16,640		3	
K612		末梢動静脈瘻造設術	7,760	→	7,760	K612		
K613		腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	29,580	→	31,840	K613		
K614		血管移植術、バイパス移植術				K614		
	1	大動脈	70,700	→	70,700		1	
	2	胸腔内動脈	61,500	→	64,050		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	3	腹腔内動脈	56,560	→	56,560		3	
	4	頭、頸部動脈	55,050	→	55,050		4	
		下腿、足部動脈	―	→	62,670		5	【項目の追加】
	5	その他の動脈	23,300	→	30,290		6	
K615		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	16,510	→	―	K615		【項目の見直し】
		止血術	―	→	19,260		1	
		その他のもの	―	→	16,930		2	
K615-2		経皮的大動脈遮断術	1,390	→	1,390	K615-2		
K616		四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→	20,540	K616		
K616-2		頸動脈球摘出術	10,800	→	10,800	K616-2		
K616-3		経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	24,550	→	24,550	K616-3		
		経皮的シャント拡張術・血栓除去術	―	→	18,080	K616-4		【新設】
		(静脈)						
K617		下肢静脈瘤手術				K617		
	1	抜去切除術	10,200	→	10,200		1	
	2	硬化療法(一連として)	1,720	→	1,720		2	
	3	高位結紮術	3,130	→	3,130		3	
K617-2		大伏在静脈抜去術	10,200	→	11,020	K617-2		
K617-3		静脈瘤切除術(下肢以外)	1,680	→	1,820	K617-3		
		下肢静脈瘤血管内焼灼術	―	→	14,360	K617-4		【新設】
K618		中心静脈栄養用植込型カテーテル設置				K618		
	1	四肢に設置した場合	10,500	→	10,500		1	
	2	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→	10,800		2	
K619		静脈血栓摘出術				K619		
	1	開腹を伴うもの	19,000	→	22,070		1	
	2	その他のもの(観血的なもの)	13,100	→	13,100		2	
K619-2		総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→	32,100	K619-2		
K620		下大静脈フィルター留置術	8,000	→	10,160	K620		【名称の見直し】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
		下大静脈フィルター除去術	―	→	6,190	K620-2		【新設】
K621		門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	→	40,650	K621		
K622		胸管内頸静脈吻合術	28,940	→	37,620	K622		
K623		静脈形成術、吻合術				K623		
	1	胸腔内静脈	24,700	→	25,200		1	
	2	腹腔内静脈	24,700	→	25,200		2	
	3	指(手、足)の静脈	10,850	→	12,970		3	
	4	その他の静脈	13,500	→	16,140		4	
K623-2		脾腎静脈吻合術	20,800	→	21,220	K623-2		
		(ﾘﾝﾊﾟ管、ﾘﾝﾊﾟ節)						
K624		削除				K624		
K625		リンパ管腫摘出術				K625		
	1	長径5センチメートル未満	8,390	→	10,910		1	
	2	長径5センチメートル以上	12,610	→	16,390		2	
K626		リンパ節摘出術				K626		
	1	長径3センチメートル未満	1,200	→	1,200		1	
	2	長径3センチメートル以上	2,880	→	2,880		2	
K626-2		リンパ節膿瘍切開術	910	→	910	K626-2		
K627		リンパ節群郭清術				K627		
	1	顎下部又は舌下部(浅在性)	6,970	→	9,060		1	
	2	頸部(深在性)	14,040	→	18,250		2	
	3	鎖骨上窩及び下窩	9,270	→	12,050		3	
	4	腋窩	13,650	→	17,750		4	
	5	胸骨旁	14,040	→	18,250		5	
	6	鼠径部及び股部	5,670	→	7,370		6	
	7	後腹膜	28,940	→	37,620		7	
	8	骨盤	18,740	→	24,360		8	
		腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	―	→	28,460	K627-2		【新設】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K628		リンパ管吻合術	31,200	→	34,450	K628		
		第9款　腹部						
		（腹壁、ヘルニア）						
K629		削除				K629		
K630		腹壁膿瘍切開術	1,270	→	1,270	K630		
K631		腹壁瘻手術				K631		
	1	腹壁に限局するもの	1,820	→	1,820		1	
	2	腹腔に通ずるもの	6,450	→	8,390		2	
K632		腹壁腫瘍摘出術				K632		
	1	形成手術を必要としない場合	4,310	→	4,310		1	
	2	形成手術を必要とする場合	9,810	→	11,210		2	
K633		ヘルニア手術				K633		
	1	腹壁瘢痕ヘルニア	7,440	→	8,450		1	
	2	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→	6,200		2	
	3	臍ヘルニア	4,200	→	4,200		3	
	4	臍帯ヘルニア	14,470	→	18,810		4	
	5	鼠径ヘルニア	6,000	→	6,000		5	
	6	大腿ヘルニア	8,740	→	8,860		6	
	7	腰ヘルニア	8,240	→	8,590		7	
	8	骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）	14,470	→	18,810		8	
	9	内ヘルニア	14,470	→	18,810		9	
		腹腔鏡下ヘルニア手術				K633-2		【新設】
		腹壁瘢痕ヘルニア	－	→	13,770		1	
		大腿ヘルニア	－	→	15,460		2	
K634		腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	20,800	→	22,960	K634		
		（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）						
K635		胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	→	2,810	K635		
K635-2		腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730	→	6,730	K635-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K635-3		連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	→	12,000	K635-3		
K636		試験開腹術	5,550	→	5,550	K636		
K636-2		ダメージコントロール手術	7,210	→	9,370	K636-2		
		腹腔鏡下試験開腹術	―	→	11,320	K636-3		【新設】
		腹腔鏡下試験切除術	―	→	11,320	K636-4		【新設】
K637		限局性腹腔膿瘍手術				K637		
	1	横隔膜下膿瘍	8,880	→	10,690		1	
	2	ダグラス窩膿瘍	5,340	→	5,710		2	
	3	虫垂周囲膿瘍	5,340	→	5,340		3	
	4	その他のもの	6,670	→	8,330		4	
K637-2		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800	→	10,800	K637-2		
K638		骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→	3,290	K638		
K639		急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639		
K639-2		結核性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639-2		
		腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	―	→	16,460	K639-3		【新設】
K640		腸間膜損傷手術				K640		
	1	縫合、修復のみのもの	8,320	→	10,390		1	
	2	腸管切除を伴うもの	18,800	→	24,440		2	
K641		大網切除術	8,490	→	8,720	K641		
K642		大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術				K642		
	1	腸切除を伴わないもの	11,100	→	11,910		1	
	2	腸切除を伴うもの	21,700	→	28,210		2	
		腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	―	→	32,310	K642-2		【新設】
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	48,000	→	48,510	K643		
K644		臍腸管瘻手術				K644		
	1	腸管切除を伴わないもの	5,260	→	5,260		1	
	2	腸管切除を伴うもの	17,400	→	18,280		2	
K645		骨盤内臓全摘術	107,850	→	120,980	K645		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		（胃、十二指腸）						
K646		胃血管結紮術（急性胃出血手術）	10,100	→	11,360	K646		
K647		胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	11,300	→	12,190	K647		
K647-2		腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	→	22,460	K647-2		
K648		胃切開術	7,670	→	9,970	K648		
K649		胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	10,900	→	11,800	K649		
		削除				K650		
K651		内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590	→	7,590	K651		
K652		胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）	10,400	→	11,530	K652		
K653		内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術				K653		
	1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	→	6,460		1	
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	14,130	→	18,370		2	
	3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→	6,230		3	
	4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→	5,200		4	
K653-2		食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）	3,200	→	3,200	K653-2		
K653-3		内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→	3,200	K653-3		
K653-4		内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970	→	6,460	K653-4		
		内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	―	→	12,480	K653-5		【新設】
K654		内視鏡的消化管止血術	4,600	→	4,600	K654		
K654-2		胃局所切除術	10,400	→	11,530	K654-2		
K654-3		腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	→	20,400	K654-3		
K655		胃切除術				K655		
	1	単純切除術	21,700	→	28,210		1	
	2	悪性腫瘍手術	55,870	→	55,870		2	
K655-2		腹腔鏡下胃切除術				K655-2		
	1	単純切除術	30,000	→	34,950		1	
	2	悪性腫瘍手術	62,360	→	64,120		2	
K655-3		十二指腸窓（内方）憩室摘出術	20,700	→	26,910	K655-3		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K655-4		噴門側胃切除術				K655-4		
	1	単純切除術	30,900	→	40,170		1	
	2	悪性腫瘍切除術	55,100	→	71,630		2	
K656		胃縮小術	21,700	→	28,210	K656		
K657		胃全摘術				K657		
	1	単純全摘術	49,200	→	50,920		1	
	2	悪性腫瘍手術	69,840	→	69,840		2	
K657-2		腹腔鏡下胃全摘術				K657-2		
	1	単純全摘術	58,300	→	64,740		1	
	2	悪性腫瘍手術	74,830	→	83,090		2	
K658		削除				K658		
K659		食道下部迷走神経切除術(幹迷切)				K659		
	1	単独のもの	13,600	→	13,600		1	
	2	ドレナージを併施するもの	19,000	→	19,000		2	
	3	胃切除術を併施するもの	28,940	→	37,620		3	
		腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	―	→	21,780	K659-2		【新設】
K660		食道下部迷走神経選択的切除術				K660		
	1	単独のもの	15,000	→	19,500		1	
	2	ドレナージを併施するもの	21,700	→	28,210		2	
	3	胃切除術を併施するもの	28,940	→	37,620		3	
K660-2		腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→	31,310	K660-2		
K661		胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→	17,400	K661		
K662		胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→	13,600	K662		
		腹腔鏡下胃腸吻合術	―	→	17,700	K662-2		【新設】
K663		十二指腸空腸吻合術	13,400	→	13,400	K663		
K664		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	9,460	→	10,070	K664		
		経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	―	→	14,610	K664-2		【新設】
K665		胃瘻閉鎖術	10,590	→	12,040	K665		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
K666		幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。)	10,500	→	10,500	K666		
K666-2		腹腔鏡下幽門形成術	15,300	→	17,060	K666-2		
K667		噴門形成術	12,600	→	12,600	K667		
K667-2		腹腔鏡下噴門形成術	28,940	→	37,620	K667-2		
K667-3		腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	→	15,190	K667-3		
K668		胃横断術(静脈瘤手術)	21,700	→	28,210	K668		
		(胆嚢、胆道)						
K669		胆管切開術	12,100	→	12,460	K669		
K670		胆嚢切開結石摘出術	10,900	→	11,800	K670		
K671		胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)				K671		
	1	胆嚢摘出を含むもの	21,700	→	28,210		1	
	2	胆嚢摘出を含まないもの	18,800	→	24,440		2	
K671-2		腹腔鏡下胆管切開結石摘出術				K671-2		
	1	胆嚢摘出を含むもの	25,600	→	35,470		1	
	2	胆嚢摘出を含まないもの	22,700	→	33,610		2	
K672		胆嚢摘出術	19,760	→	20,960	K672		
K672-2		腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	→	21,500	K672-2		
K673		胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	28,940	→	37,620	K673		
K674		総胆管拡張症手術	28,000	→	36,400	K674		
K675		胆嚢悪性腫瘍手術				K675		
	1	胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	29,930	→	38,910		1	
		肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	―	→	47,370		2	【項目の追加】
	2	肝切除(葉以上)を伴うもの	75,750	→	77,450		3	
	3	膵頭十二指腸切除を伴うもの	97,950	→	101,590		4	
	4	膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	139,680	→	209,520		5	
K676		削除				K676		
K677		胆管悪性腫瘍手術	70,800	→	72,390	K677		
K677-2		肝門部胆管悪性腫瘍手術				K677-2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	血行再建あり	121,050	→	180,990		1	
	2	血行再建なし	97,050	→	101,090		2	
K678		体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	16,300	→	16,300	K678		
K679		胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	→	11,580	K679		
K680		総胆管胃(腸)吻合術	21,700	→	28,210	K680		
K681		胆嚢外瘻造設術	9,200	→	9,420	K681		
K682		胆管外瘻造設術				K682		
	1	開腹によるもの	12,300	→	12,300		1	
	2	経皮経肝によるもの	10,800	→	10,800		2	
K682-2		経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→	10,800	K682-2		
		内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	―	→	10,800	K682-3		【新設】
		超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	―	→	21,320	K682-4		【新設】
K683		削除				K683		
K684		先天性胆道閉鎖症手術	56,700	→	60,000	K684		
K685		内視鏡的胆道結石除去術	9,830	→	―	K685		【名称の見直し】
		胆道砕石術を伴うもの	―	→	12,780		1	【項目の見直し】
		その他のもの	―	→	8,320		2	
K686		内視鏡的胆道拡張術	11,930	→	15,510	K686		
K687		内視鏡的乳頭切開術				K687		
	1	乳頭括約筋切開のみのもの	9,400	→	12,220		1	
	2	胆道砕石術を伴うもの	21,190	→	27,550		2	
K688		内視鏡的胆道ステント留置術	8,880	→	11,540	K688		
K689		経皮経肝胆管ステント挿入術	9,440	→	12,270	K689		
		(肝)						
K690		肝縫合術	17,400	→	17,400	K690		
K691		肝膿瘍切開術				K691		
	1	開腹によるもの	11,000	→	11,860		1	
	2	開胸によるもの	12,200	→	12,520		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K691-2		経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→	10,800	K691-2		
K692		肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→	12,520	K692		
K692-2		腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,700	→	28,210	K692-2		
K693		肝内結石摘出術(開腹)	21,700	→	28,210	K693		
K694		肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	21,700	→	28,210	K694		
K695		肝切除術				K695		【項目の見直し】
		部分切除	―	→	36,340		1	
		亜区域切除	―	→	46,130		2	
		外側区域切除	―	→	46,130		3	
		1区域切除(外側区域切除を除く。)	―	→	49,750		4	
		2区域切除	―	→	76,210		5	
		3区域切除以上のもの	―	→	97,050		6	
		2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	―	→	126,230		7	
K695-2		腹腔鏡下肝切除術				K695-2		
	1	部分切除	50,600	→	50,600		1	
	2	外側区域切除	62,100	→	74,880		2	
K696		肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	21,700	→	28,210	K696		
K697		肝内胆管外瘻造設術				K697		
	1	開腹によるもの	14,470	→	18,810		1	
	2	経皮経肝によるもの	10,800	→	10,800		2	
K697-2		肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	→	17,410	K697-2		
K697-3		肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	15,000	→	―	K697-3		【項目の見直し】
		2センチメートル以内のもの	―	→	15,000		1	
		2センチメートルを超えるもの	―	→	21,960		2	
K697-4		移植用部分肝採取術(生体)	72,000	→	72,000	K697-4		
K697-5		生体部分肝移植術	95,550	→	129,560	K697-5		
K697-6		移植用肝採取術(死体)	85,200	→	86,700	K697-6		
K697-7		同種死体肝移植術	142,380	→	193,060	K697-7		

旧区分番号			新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号			備考
			（膵）							
K698			急性膵炎手術				K698			
	1		感染性壊死部切除を伴うもの	49,390	→	49,390		1		
	2		その他のもの	21,700	→	28,210		2		
K699			膵結石手術				K699			
	1		膵切開によるもの	21,700	→	28,210		1		
	2		経十二指腸乳頭によるもの	21,700	→	28,210		2		
K700			膵中央切除術	45,000	→	53,560	K700			
K701			膵破裂縫合術	19,200	→	22,080	K701			
K702			膵体尾部腫瘍切除術				K702			
	1		膵尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合					1		
		イ	脾同時切除の場合	21,200	→	21,200			イ	
		ロ	脾温存の場合	21,750	→	21,750			ロ	
	2		リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	38,890	→	38,890		2		
	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	52,500	→	52,730		3		
	4		血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870	→	55,870		4		
			腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	―	→	36,730	K702-2			【新設】
K703			膵頭部腫瘍切除術				K703			
	1		膵頭十二指腸切除術の場合	69,840	→	69,840		1		
	2		リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	83,810	→	83,810		2		
	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	83,810	→	83,810		3		
	4		血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	111,740	→	128,230		4		
K704			膵全摘術	91,350	→	91,990	K704			
K705			膵嚢胞胃（腸）吻合術	21,700	→	28,210	K705			
K706			膵管空腸吻合術	28,940	→	37,620	K706			
K707			膵嚢胞外瘻造設術				K707			
	1		内視鏡によるもの	14,130	→	18,370		1		
	2		開腹によるもの	12,100	→	12,460		2		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K708		膵管外瘻造設術	14,470	→	18,810	K708		
K708-2		膵管誘導手術	14,470	→	18,810	K708-2		
		内視鏡的膵管ステント留置術	－	→	22,240	K708-3		【新設】
K709		膵瘻閉鎖術	21,700	→	28,210	K709		
K709-2		移植用膵採取術(死体)	48,700	→	63,310	K709-2		
K709-3		同種死体膵移植術	112,570	→	112,570	K709-3		
K709-4		移植用膵腎採取術(死体)	82,580	→	84,080	K709-4		
K709-5		同種死体膵腎移植術	140,420	→	140,420	K709-5		
		(脾)						
K710		脾縫合術(部分切除を含む。)	24,410	→	24,410	K710		
K711		脾摘出術	21,700	→	28,210	K711		
K711-2		腹腔鏡下脾摘出術	28,500	→	37,060	K711-2		
		(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)						
K712		破裂腸管縫合術	8,350	→	10,400	K712		
K713		腸切開術	7,420	→	9,650	K713		
K714		腸管癒着症手術	10,900	→	12,010	K714		
K714-2		腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600	→	20,650	K714-2		
K715		腸重積症整復術				K715		
	1	非観血的なもの	3,450	→	4,490		1	
	2	観血的なもの	5,530	→	6,040		2	
K716		小腸切除術				K716		
	1	悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→	15,940		1	
	2	悪性腫瘍手術	29,930	→	34,150		2	
K716-2		腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→	－	K716-2		【項目の見直し】
		悪性腫瘍手術以外の切除術	－	→	31,370		1	
		悪性腫瘍手術	－	→	37,380		2	
K717		小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	14,470	→	18,810	K717		
K718		虫垂切除術				K718		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→	6,210		1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→	8,880		2	
K718-2		腹腔鏡下虫垂切除術				K718-2		
	1	虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470	→	11,470		1	
	2	虫垂周囲膿瘍を伴うもの	14,140	→	18,380		2	
K719		結腸切除術				K719		
	1	小範囲切除	17,900	→	22,140		1	
	2	結腸半側切除	25,700	→	29,940		2	
	3	全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	→	35,680		3	
K719-2		腹腔鏡下結腸切除術				K719-2		
	1	小範囲切除、結腸半側切除	35,700	→	42,680		1	
	2	全切除、亜全切除	41,700	→	51,750		2	
K719-3		腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	→	51,750	K719-3		
K719-4		ピックレル氏手術	13,700	→	13,700	K719-4		
		全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	―	→	42,510	K719-5		【新設】
K720		結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	14,470	→	16,610	K720		
K721		内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術				K721		
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	5,000		1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	7,000		2	
K721-2		内視鏡的大腸ポリープ切除術				K721-2		
	1	長径2センチメートル未満	5,000	→	5,000		1	
	2	長径2センチメートル以上	7,000	→	7,000		2	
K721-3		内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→	5,360	K721-3		
		早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	―	→	18,370	K721-4		【新設】
K722		小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→	11,640	K722		
K723		削除				K723		
K724		腸吻合術	9,040	→	9,330	K724		
K725		腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→	6,140	K725		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	―	→	12,080	K725-2		【新設】
K726		人工肛門造設術	6,590	→	7,980	K726		
K727		腹壁外腸管前置術	7,790	→	8,340	K727		
K728		腸狭窄部切開縫合術	9,830	→	11,220	K728		
K729		腸閉鎖症手術				K729		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,600	→	12,190		1	
	2	腸管切除を伴うもの	21,700	→	28,210		2	
		多発性小腸閉鎖症手術	―	→	47,020	K729-2		【新設】
		腹腔鏡下腸閉鎖症手術	―	→	32,310	K729-3		【新設】
K730		小腸瘻閉鎖術				K730		
	1	腸管切除を伴わないもの	10,500	→	11,580		1	
	2	腸管切除を伴うもの	16,700	→	17,900		2	
K731		結腸瘻閉鎖術				K731		
	1	腸管切除を伴わないもの	10,800	→	11,750		1	
	2	腸管切除を伴うもの	21,700	→	28,210		2	
K732		人工肛門閉鎖術				K732		
	1	腸管切除を伴わないもの	10,300	→	11,470		1	
	2	腸管切除を伴うもの	21,700	→	28,210		2	
K733		盲腸縫縮術	4,400	→	4,400	K733		
K734		腸回転異常症手術	14,470	→	18,810	K734		
		腹腔鏡下腸回転異常症手術	―	→	22,910	K734-2		【新設】
K735		先天性巨大結腸症手術	49,050	→	50,830	K735		
K735-2		小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	8,530	→	11,090	K735-2		
K735-3		腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,450	→	63,710	K735-3		
		下部消化管ステント留置術	―	→	9,100	K735-4		【新設】
K736		人工肛門形成術				K736		
	1	開腹を伴うもの	8,400	→	10,030		1	
	2	その他のもの	3,670	→	3,670		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		（直腸）						
K737		直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→	2,690	K737		
K738		直腸異物除去術				K738		
	1	経肛門（内視鏡によるもの）	5,150	→	6,700		1	
	2	開腹によるもの	10,400	→	11,530		2	
K739		直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）				K739		
	1	経肛門	4,010	→	4,010		1	
	2	経括約筋	8,250	→	9,940		2	
	3	経腹及び経肛	14,470	→	18,810		3	
K739-2		経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	20,120	→	26,100	K739-2		
		低侵襲経肛門的局所切除術（MITAS）	－	→	16,700	K739-3		【新設】
K740		直腸切除・切断術				K740		
	1	切除術	40,500	→	42,850		1	
	2	低位前方切除術	66,300	→	66,300		2	
	3	超低位前方切除術（経肛門的結腸嚢肛門吻合によるもの）	69,840	→	69,840		3	
	4	切断術	75,150	→	77,120		4	
K740-2		腹腔鏡下直腸切除・切断術				K740-2		
	1	切除術	63,150	→	75,460		1	
	2	低位前方切除術	77,780	→	83,930		2	
	3	切断術	77,780	→	83,930		3	
K740-3		削除				K740-3		
K741		直腸狭窄形成手術	21,700	→	28,210	K741		
K742		直腸脱手術				K742		
	1	経会陰によるもの	7,370	→	8,410		1	
	2	直腸挙上固定を行うもの	9,260	→	10,900		2	
	3	骨盤底形成を行うもの	14,470	→	18,810		3	
	4	腹会陰からのもの（腸切除を含む。）	28,940	→	37,620		4	
		腹腔鏡下直腸脱手術	－	→	25,810	K742-2		【新設】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
		（肛門、その周辺）						
K743		痔核手術（脱肛を含む。）				K743		
	1	硬化療法	1,380	→	1,380		1	
	2	硬化療法（四段階注射法によるもの）	4,220	→	4,220		2	
	3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→	1,390		3	
	4	根治手術	5,360	→	5,360		4	
	5	PPH	11,260	→	11,260		5	
K743-2		肛門括約筋切開術	1,380	→	1,380	K743-2		
K743-3		脱肛根治手術	5,360	→	5,360	K743-3		
K743-4		痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→	5,360	K743-4		
K743-5		モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	→	3,750	K743-5		
K743-6		肛門部皮膚剥離切除術	3,750	→	3,750	K743-6		
K744		裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→	3,110	K744		
K745		肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→	2,050	K745		
K746		痔瘻根治手術				K746		
	1	単純なもの	3,750	→	3,750		1	
	2	複雑なもの	7,400	→	8,120		2	
K746-2		高位直腸瘻手術	7,400	→	8,120	K746-2		
K747		肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→	1,040	K747		
K748		肛門悪性腫瘍手術				K748		
	1	切除	21,700	→	28,210		1	
	2	直腸切断を伴うもの	63,450	→	70,680		2	
K749		肛門拡張術（観血的なもの）	1,630	→	1,630	K749		
K750		肛門括約筋形成手術				K750		
	1	瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→	3,990		1	
	2	組織置換によるもの	18,200	→	23,660		2	
K751		鎖肛手術				K751		
	1	肛門膜状閉鎖切開	2,100	→	2,100		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
	2	会陰式	14,470	→	18,810		2	
	3	仙骨会陰式	32,700	→	35,270		3	
	4	腹会陰、腹仙骨式	59,700	→	62,660		4	
K751-2		仙尾部奇形腫手術	37,050	→	42,680	K751-2		
K751-3		腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	69,900	→	70,140	K751-3		
K752		肛門形成手術				K752		
	1	肛門狭窄形成手術	5,580	→	5,580		1	
	2	直腸粘膜脱形成手術	6,600	→	8,580		2	
K753		毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680	→	3,680	K753		
		第10款　尿路系・副腎						
		(副腎)						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	21,700	→	28,210	K754		
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	→	40,100	K754-2		
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	30,000	→	34,390	K754-3		
K755		副腎腫瘍摘出術				K755		
	1	皮質腫瘍	27,560	→	35,830		1	
	2	髄質腫瘍(褐色細胞腫)	33,020	→	42,930		2	
K756		副腎悪性腫瘍手術	36,170	→	47,020	K756		
		腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	―	→	51,120	K756-2		【新設】
		(腎、腎盂)						
K757		腎破裂縫合術	28,940	→	37,620	K757		
K757-2		腎破裂手術	29,440	→	38,270	K757-2		
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→	3,480	K758		
K759		腎切半術	28,940	→	37,620	K759		
K760		癒合腎離断術	36,170	→	47,020	K760		
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	→	10,660	K761		
K762		腎固定術	8,260	→	10,350	K762		
K763		腎切石術	21,190	→	27,550	K763		

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号	備考
			改正前		改正後		
K764		経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,200	→	32,800	K764	
K765		経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	28,650	→	33,040	K765	
K766		経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→	13,000	K766	
K767		腎盂切石術	20,930	→	27,210	K767	
K768		体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	19,300	→	19,300	K768	
K769		腎部分切除術	25,090	→	32,620	K769	
K769-2		腹腔鏡下腎部分切除術	33,790	→	43,930	K769-2	
K769-3		腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	→	42,900	K769-3	
K770		腎嚢胞切除縮小術	10,500	→	11,580	K770	
K770-2		腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	→	18,850	K770-2	
		腹腔鏡下腎嚢胞切除術	―	→	20,360	K770-3	【新設】
K771		経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→	1,490	K771	
K772		腎摘出術	16,300	→	17,680	K772	
K772-2		腹腔鏡下腎摘出術	41,730	→	54,250	K772-2	
K772-3		腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	→	40,240	K772-3	
K773		腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	→	42,770	K773	
K773-2		腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	63,450	→	64,720	K773-2	
K773-3		腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300	→	49,870	K773-3	
		腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	―	→	52,800	K773-4	【新設】
K774		削除				K774	
K775		経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→	15,440	K775	
K776		腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	19,500	→	25,350	K776	
K777		腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	21,700	→	28,210	K777	
K778		腎盂形成手術	25,480	→	33,120	K778	
K778-2		腹腔鏡下腎盂形成手術	44,250	→	51,600	K778-2	
K779		移植用腎採取術(生体)	34,200	→	35,700	K779	
K779-2		移植用腎採取術(死体)	41,900	→	43,400	K779-2	
K779-3		腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	51,850	→	51,850	K779-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K780		同種死体腎移植術	98,770	→	98,770	K780		
K780-2		生体腎移植術	60,000	→	62,820	K780-2		
		（尿管）						
K781		経尿道的尿路結石除去術	14,800	→	－	K781		【名称の見直し】
		レーザーによるもの	－	→	22,270		1	【項目の見直し】
		その他のもの	－	→	14,800		2	
K781-2		ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,000	→	7,770	K781-2		
K782		尿管切石術				K782		
	1	上部及び中部	8,180	→	10,310		1	
	2	膀胱近接部	12,000	→	15,310		2	
K783		経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	→	20,930	K783		
K783-2		経尿道的尿管ステント留置術	3,400	→	3,400	K783-2		
K783-3		経尿道的尿管ステント抜去術	1,300	→	1,300	K783-3		
K784		残存尿管摘出術	14,470	→	18,810	K784		
K784-2		尿管剥離術	14,470	→	18,810	K784-2		
K785		経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→	21,420	K785		
K786		尿管膀胱吻合術	14,900	→	19,370	K786		
K787		尿管尿管吻合術	20,930	→	27,210	K787		
K788		尿管腸吻合術	13,130	→	17,070	K788		
K789		尿管腸膀胱吻合術	31,070	→	40,390	K789		
K790		尿管皮膚瘻造設術	9,930	→	12,910	K790		
K791		尿管皮膚瘻閉鎖術	19,890	→	25,860	K791		
K792		尿管腸瘻閉鎖術	28,340	→	36,840	K792		
K793		尿管腟瘻閉鎖術	21,700	→	28,210	K793		
K794		尿管口形成手術	14,300	→	16,580	K794		
K794-2		経尿道的尿管瘤切除術	15,500	→	15,500	K794-2		
		（膀胱）						
K795		膀胱破裂閉鎖術	9,750	→	11,170	K795		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K796		膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→	3,300	K796		
K797		膀胱内凝血除去術	2,980	→	2,980	K797		
K798		膀胱結石、異物摘出術				K798		
	1	経尿道的手術	7,990	→	8,320		1	
	2	膀胱高位切開術	3,150	→	3,150		2	
K798-2		経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	7,990	→	8,320	K798-2		
K799		膀胱壁切除術	7,120	→	9,260	K799		
K800		膀胱憩室切除術	9,060	→	9,060	K800		
K800-2		経尿道的電気凝固術	9,060	→	9,060	K800-2		
K800-3		膀胱水圧拡張術	5,500	→	6,950	K800-3		
K801		膀胱単純摘除術				K801		
	1	腸管利用の尿路変更を行うもの	37,420	→	48,650		1	
	2	その他のもの	34,450	→	44,790		2	
K802		膀胱腫瘍摘出術	9,460	→	12,030	K802		
K802-2		膀胱脱手術				K802-2		
	1	メッシュを使用するもの	24,720	→	30,880		1	
	2	その他のもの	12,970	→	16,860		2	
K802-3		膀胱後腫瘍摘出術				K802-3		
	1	腸管切除を伴わないもの	11,100	→	11,100		1	
	2	腸管切除を伴うもの	21,700	→	21,700		2	
K803		膀胱悪性腫瘍手術				K803		【項目の見直し】
	1	切除	22,450	→	29,190		1	
	2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	51,450	→	66,890		2	
	3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	69,840	→	80,160		3	
	4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	98,400	→	107,800		4	
	5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	103,500	→	110,600		5	
	6	経尿道的手術	10,400	→	―		6	
		電解質溶液利用のもの	―	→	12,300		イ	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号		備考
		その他のもの	―	→	10,400		ロ	
		腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	―	→	89,380	K803-2		【新設】
K804		尿膜管摘出術	9,350	→	10,950	K804		
K805		膀胱瘻造設術	3,530	→	3,530	K805		
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→	7,870	K806		
K807		膀胱腟瘻閉鎖術	19,370	→	25,180	K807		
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	19,370	→	25,180	K808		
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	26,000	→	33,800	K809		
K809-2		膀胱尿管逆流手術	18,090	→	23,520	K809-2		
		腹腔鏡下膀胱内手術	―	→	32,000	K809-3		【新設】
K810		ボアリー氏手術	27,040	→	35,150	K810		
K811		腸管利用膀胱拡大術	32,240	→	41,910	K811		
K812		回腸(結腸)導管造設術	33,150	→	43,100	K812		
K812-2		排泄腔外反症手術				K812-2		
	1	外反膀胱閉鎖術	51,850	→	64,030		1	
	2	膀胱腸裂閉鎖術	103,710	→	103,710		2	
		(尿道)						
K813		尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→	1,160	K813		
K814		外尿道口切開術	1,010	→	1,010	K814		
K815		尿道結石、異物摘出術				K815		
	1	前部尿道	2,180	→	2,180		1	
	2	後部尿道	5,250	→	5,250		2	
K816		外尿道腫瘍切除術	2,180	→	2,180	K816		
K817		尿道悪性腫瘍摘出術				K817		
	1	摘出	21,190	→	27,550		1	
	2	内視鏡による場合	15,470	→	20,110		2	
	3	尿路変更を行う場合	45,900	→	54,060		3	
K818		尿道形成手術				K818		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	1	前部尿道	13,100	→	17,030		1	
	2	後部尿道	32,100	→	37,700		2	
K819		尿道下裂形成手術	30,000	→	33,790	K819		
K819-2		陰茎形成術	30,000	→	33,790	K819-2		
K820		尿道上裂形成手術	30,000	→	39,000	K820		
K821		尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→	17,160	K821		
K821-2		尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→	14,200	K821-2		
K821-3		尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→	12,300	K821-3		
K822		女子尿道脱手術	6,370	→	7,560	K822		
K823		尿失禁手術				K823		
	1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	→	23,510		1	
	2	その他のもの	17,300	→	22,490		2	
K823-2		尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	17,940	→	23,320	K823-2		
		膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)	－	→	23,320	K823-3		【新設】
		腹腔鏡下尿失禁手術	－	→	32,440	K823-4		【新設】
		人工尿道括約筋植込・置換術	－	→	23,920	K823-5		【新設】
		第11款　性器						
		(陰茎)						
K824		陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→	1,130	K824		
K825		陰茎全摘術	12,790	→	16,630	K825		
K826		陰茎切断術	4,500	→	5,850	K826		
K826-2		陰茎折症手術	6,580	→	8,550	K826-2		
K826-3		陰茎様陰核形成手術	4,500	→	5,850	K826-3		
K827		陰茎悪性腫瘍手術				K827		
	1	陰茎切除	14,300	→	18,590		1	
	2	陰茎全摘	28,080	→	36,500		2	
K828		包茎手術				K828		
	1	背面切開術	740	→	740		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	環状切除術	2,040	→	2,040		2	
K828-2		陰茎持続勃起症手術				K828-2		
	1	亀頭―陰茎海綿体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	3,120	→	4,060		1	
	2	その他のシャント術によるもの	15,600	→	18,600		2	
		(陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索)						
K829		精管切断、切除術(両側)	2,550	→	2,550	K829		
K830		精巣摘出術	2,770	→	2,770	K830		
K830-2		精巣外傷手術				K830-2		
	1	陰嚢内血腫除去術	3,200	→	3,200		1	
	2	精巣白膜縫合術	3,400	→	3,400		2	
K831 及び K831-2		削除				K831 及び K831-2		
K832		精巣上体摘出術	4,200	→	4,200	K832		
K833		精巣悪性腫瘍手術	9,460	→	12,300	K833		
K834		精索静脈瘤手術	2,480	→	2,480	K834		
K834-2		腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	14,300	→	18,590	K834-2		
K835		陰嚢水腫手術				K835		
	1	交通性陰嚢水腫手術	3,620	→	3,620		1	
	2	その他	2,290	→	2,290		2	
K836		停留精巣固定術	8,260	→	8,470	K836		
K836-2		腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	24,440	→	31,770	K836-2		
K837		精管形成手術	8,700	→	11,310	K837		
K838		精索捻転手術				K838		
	1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	→	8,570		1	
	2	その他のもの	6,330	→	8,230		2	
		(精嚢、前立腺)						
K839		前立腺膿瘍切開術	2,770	→	2,770	K839		
K840		前立腺被膜下摘出術	13,100	→	15,920	K840		

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K841		経尿道的前立腺手術	18,500	→	18,500	K841		
K841-2		経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→	―	K841-2		【項目の見直し】
		ホルミウムレーザーを用いるもの	―	→	20,470		1	
		その他のもの	―	→	19,000		2	
K841-3		経尿道的前立腺高温度治療(一連につき)	5,000	→	5,000	K841-3		
K841-4		焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	→	5,000	K841-4		
K842		削除				K842		
K843		前立腺悪性腫瘍手術	31,600	→	41,080	K843		
K843-2		腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	67,950	→	77,430	K843-2		
K843-3		腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	→	59,780	K843-3		
		(外陰、会陰)						
K844		バルトリン腺膿瘍切開術	790	→	790	K844		
K845		処女膜切開術	790	→	790	K845		
K846		処女膜切除術	980	→	980	K846		
K847		輪状処女膜切除術	2,230	→	2,230	K847		
K848		バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760	→	2,760	K848		
K849		女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→	2,340	K849		
K850		女子外性器悪性腫瘍手術				K850		
	1	切除	22,450	→	29,190		1	
	2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	41,550	→	54,020		2	
K850-2		腟絨毛性腫瘍摘出術	18,330	→	23,830	K850-2		
K851		会陰形成手術				K851		
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→	2,330		1	
	2	筋層に及ぶもの	4,430	→	5,760		2	
K851-2		外陰・腟血腫除去術	1,600	→	1,600	K851-2		
K851-3		癒合陰唇形成手術				K851-3		
	1	筋層に及ばないもの	2,330	→	2,330		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	2	筋層に及ぶもの	4,430	→	5,760	2	
		（膣）					
K852		腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）				K852	
	1	前又は後壁裂創	2,760	→	2,760	1	
	2	前後壁裂創	4,160	→	5,410	2	
	3	腟円蓋に及ぶ裂創	6,370	→	8,280	3	
	4	直腸裂傷を伴うもの	24,570	→	31,940	4	
K853		腟閉鎖術				K853	
	1	中央腟閉鎖術（子宮全脱）	6,370	→	6,370	1	
	2	その他	2,580	→	2,580	2	
K854		腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2,230	→	2,230	K854	
K854-2		後腟円蓋切開（子宮外妊娠）	2,230	→	2,230	K854-2	
K855		腟中隔切除術				K855	
	1	不全隔のもの	1,260	→	1,260	1	
	2	全中隔のもの	2,540	→	2,540	2	
K856		腟壁腫瘍摘出術	2,540	→	2,540	K856	
K856-2		腟壁嚢腫切除術	2,540	→	2,540	K856-2	
K856-3		腟ポリープ切除術	1,040	→	1,040	K856-3	
K856-4		腟壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→	1,040	K856-4	
K857		腟壁悪性腫瘍手術	22,450	→	29,190	K857	
K858		腟腸瘻閉鎖術	24,570	→	31,940	K858	
K859		造腟術、腟閉鎖症術				K859	
	1	拡張器利用によるもの	2,130	→	2,130	1	
	2	遊離植皮によるもの	14,470	→	18,810	2	
	3	腟断端挙上によるもの	21,700	→	28,210	3	
	4	腸管形成によるもの	31,460	→	40,900	4	
	5	筋皮弁移植によるもの	47,250	→	55,810	5	
		腹腔鏡下造腟術	－	→	38,690	K859-2	【新設】

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K860		腟壁形成手術	5,650	→	7,160	K860		
K860-2		腟断端挙上術(腟式、腹式)	22,450	→	29,190	K860-2		
		(子宮)						
K861		子宮内膜掻爬術	1,180	→	1,180	K861		
K862		クレニッヒ手術	7,710	→	7,710	K862		
K863		腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	→	20,610	K863		
K863-2		子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	14,300	→	18,590	K863-2		
		子宮鏡下子宮内膜焼灼術	―	→	17,810	K863-3		【新設】
K864		子宮位置矯正術				K864		
	1	アレキサンダー手術	4,040	→	4,040		1	
	2	開腹による位置矯正術	5,800	→	7,540		2	
	3	癒着剥離矯正術	10,820	→	14,070		3	
K865		子宮脱手術				K865		
	1	腟壁形成手術及び子宮位置矯正術	13,000	→	16,900		1	
	2	ハルバン・シャウタ手術	13,000	→	16,900		2	
	3	マンチェスター手術	10,850	→	14,110		3	
	4	腟壁形成手術及び子宮全摘術(腟式、腹式)	21,700	→	28,210		4	
K866		子宮頸管ポリープ切除術	990	→	990	K866		
K866-2		子宮腟部冷凍凝固術	990	→	990	K866-2		
K867		子宮頸部(腟部)切除術	3,330	→	3,330	K867		
K867-2		子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術	470	→	470	K867-2		
K867-3		子宮頸部摘出術(腟部切断術を含む。)	3,330	→	3,330	K867-3		
K867-4		子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→	3,330	K867-4		
K868から K870まで		削除				K868から		
K871		子宮息肉様筋腫摘出術(腟式)	3,980	→	3,980	K871		
K872		子宮筋腫摘出(核出)術				K872		
	1	腹式	18,850	→	24,510		1	
	2	腟式	10,990	→	14,290		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K872-2		腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	28,940	→	37,620	K872-2		
K872-3		子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→	4,730	K872-3		
K872-4		痕跡副角子宮手術				K872-4		
	1	腹式	14,500	→	15,240		1	
	2	腟式	8,450	→	8,450		2	
K872-5		子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	→	8,450	K872-5		
K873		子宮鏡下子宮筋腫摘出術	14,470	→	18,810	K873		
K874 及び K875		削除				K874 及び K875		
K876		子宮腟上部切断術	7,310	→	9,500	K876		
		腹腔鏡下子宮腟上部切断術	―	→	14,620	K876-2		【新設】
K877		子宮全摘術	21,700	→	28,210	K877		
K877-2		腹腔鏡下腟式子宮全摘術	38,500	→	42,050	K877-2		
K878		広靭帯内腫瘍摘出術	10,990	→	14,290	K878		
K878-2		腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術	21,640	→	28,130	K878-2		
K879		子宮悪性腫瘍手術	58,500	→	62,000	K879		
K880		削除				K880		
K881		腹壁子宮瘻手術	16,250	→	21,130	K881		
K882		重複子宮、双角子宮手術	17,680	→	22,980	K882		
K883		子宮頸管形成手術	3,590	→	3,590	K883		
K883-2		子宮頸管閉鎖症手術				K883-2		
	1	非観血的	180	→	180		1	
	2	観血的	3,590	→	3,590		2	
K884		奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	16,250	→	21,130	K884		
		(子宮附属器)						
K885		腟式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→	1,350	K885		
K886		子宮附属器癒着剥離術(両側)				K886		
	1	開腹によるもの	8,910	→	11,580		1	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
	2	腹腔鏡によるもの	17,900	→	21,370		2	
K887		卵巣部分切除術(腟式を含む。)				K887		
	1	開腹によるもの	4,350	→	4,350		1	
	2	腹腔鏡によるもの	14,470	→	18,810		2	
K887-2		卵管結紮術(腟式を含む。)(両側)				K887-2		
	1	開腹によるもの	4,350	→	4,350		1	
	2	腹腔鏡によるもの	14,470	→	18,810		2	
K887-3		卵管口切開術				K887-3		
	1	開腹によるもの	4,350	→	4,350		1	
	2	腹腔鏡によるもの	14,470	→	18,810		2	
K887-4		腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	15,860	→	20,620	K887-4		
K888		子宮附属器腫瘍摘出術(両側)				K888		
	1	開腹によるもの	12,090	→	15,720		1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,480	→	25,940		2	
K888-2		卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)				K888-2		
	1	開腹によるもの	12,090	→	12,460		1	
	2	腹腔鏡によるもの	25,480	→	25,540		2	
K889		子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	58,500	→	58,500	K889		
K890		卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	21,060	→	27,380	K890		
K890-2		卵管鏡下卵管形成術	35,700	→	46,410	K890-2		
		腹腔鏡下卵管形成術	―	→	42,120	K890-3		【新設】
		(産科手術)						
K891		分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	→	3,170	K891		
K892		骨盤位娩出術	3,800	→	3,800	K892		
K893		吸引娩出術	2,080	→	2,700	K893		
K894		鉗子娩出術				K894		
	1	低位(出口)鉗子	2,080	→	2,700		1	
	2	中位鉗子	3,660	→	4,760		2	

旧区分番号		新手術項目名	点数			新区分番号		備考
			改正前		改正後			
K895		会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→	1,530	K895		
K896		会陰(腟壁)裂創縫合術(分娩時)				K896		
	1	筋層に及ぶもの	1,650	→	1,650		1	
	2	肛門に及ぶもの	2,970	→	3,860		2	
	3	腟円蓋に及ぶもの	3,320	→	4,320		3	
	4	直腸裂創を伴うもの	6,310	→	8,200		4	
K897		頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	→	4,900	K897		
K898		帝王切開術				K898		
	1	緊急帝王切開	19,340	→	22,160		1	
	2	選択帝王切開	19,340	→	22,160		2	
	3	前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,700	→	24,520		3	【項目の見直し】
K899		胎児縮小術(娩出術を含む。)	3,220	→	3,220	K899		
K900		臍帯還納術	1,240	→	1,240	K900		
K900-2		脱垂肢整復術	1,240	→	1,240	K900-2		
K901		子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	1,890	→	2,460	K901		
K902		胎盤用手剥離術	2,350	→	2,350	K902		
K903		子宮破裂手術				K903		
	1	子宮全摘除を行うもの	22,450	→	29,190		1	
	2	子宮腟上部切断を行うもの	20,540	→	26,700		2	
	3	その他のもの	11,150	→	14,500		3	
K904		妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	27,690	→	33,120	K904		
K905		子宮内反症整復手術(腟式、腹式)				K905		
	1	非観血的	340	→	340		1	
	2	観血的	10,630	→	13,820		2	
K906		子宮頸管縫縮術				K906		
	1	マクドナルド法	1,740	→	1,740		1	
	2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→	3,090		2	
	3	縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→	1,500		3	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号		備考
K907		胎児外回転術	670	→	670	K907		
K908		胎児内(双合)回転術	1,190	→	1,190	K908		
K909		流産手術				K909		
	1	妊娠11週までの場合	1,910	→	1,910		1	
	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	4,820	→	5,470		2	
K909-2		子宮内容除去術(不全流産)	1,910	→	2,000	K909-2		
K910		削除				K910		
		内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	―	→	40,000	K910-2		【新設】
K911		胞状奇胎除去術	4,280	→	4,280	K911		
K912		子宮外妊娠手術				K912		
	1	開腹によるもの	10,850	→	14,110		1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,600	→	22,950		2	
K913		新生児仮死蘇生術				K913		
	1	仮死第1度のもの	840	→	840		1	
	2	仮死第2度のもの	2,220	→	2,890		2	
		(その他)						
K913-2		性腺摘出術				K913-2		
	1	開腹によるもの	4,830	→	6,280		1	
	2	腹腔鏡によるもの	14,300	→	18,590		2	
		第12款　削除						
		第13款　臓器提供管理料						
K914		脳死臓器提供管理料	14,200	→	20,000	K914		
K915		生体臓器提供管理料	5,000	→	5,000	K915		
	第2節　輸血料							
K920		輸血				K920		
	1	自家採血輸血(200mLごとに)					1	
	イ	1回目	750	→	750		イ	
	ロ	2回目以降	650	→	650		ロ	

旧区分番号		新手術項目名	点数 改正前		点数 改正後	新区分番号	備考
	2	保存血液輸血(200mLごとに)				2	
	イ	1回目	450	→	450	イ	
	ロ	2回目以降	350	→	350	ロ	
	3	自己血貯血				3	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)				イ	
	(1)	液状保存の場合	200	→	250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→	500	(2)	
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)				ロ	
	(1)	液状保存の場合	200	→	250	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	400	→	500	(2)	
	4	自己血輸血				4	
	イ	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)				イ	
	(1)	液状保存の場合	750	→	750	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	1,500	→	1,500	(2)	
	ロ	6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)				ロ	
	(1)	液状保存の場合	750	→	750	(1)	
	(2)	凍結保存の場合	1,500	→	1,500	(2)	
	5	交換輸血(1回につき)	5,250	→	5,250	5	
K920-2		輸血管理料				K920-2	
	1	輸血管理料Ⅰ	200	→	220	1	
	2	輸血管理料Ⅱ	70	→	110	2	
K921		造血幹細胞採取(一連につき)				K921	
	1	骨髄採取				1	
	イ	同種移植の場合	19,200	→	21,640	イ	
	ロ	自家移植の場合	15,000	→	17,440	ロ	
	2	末梢血幹細胞採取				2	
	イ	同種移植の場合	19,200	→	21,640	イ	
	ロ	自家移植の場合	15,000	→	17,440	ロ	

旧区分番号			新手術項目名	点数 改正前		改正後	新区分番号			備考
K922			造血幹細胞移植				K922			
	1		骨髄移植					1		
		イ	同種移植の場合	65,600	→	66,450			イ	
		ロ	自家移植の場合	25,000	→	25,850			ロ	
	2		末梢血幹細胞移植					2		
		イ	同種移植の場合	65,600	→	66,450			イ	
		ロ	自家移植の場合	30,000	→	30,850			ロ	
	3		臍帯血移植	44,300	→	66,450		3		
K923			術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	4,500	→	4,500	K923			
			自己生体組織接着剤作成術	―	→	1,400	K924			【新設】
第3節　手術医療機器等加算										
K930			脊髄誘発電位測定等加算	3,130	→	3,130	K930			
K931			超音波凝固切開装置等加算	3,000	→	3,000	K931			
K932			創外固定器加算	10,000	→	10,000	K932			
K933			イオントフォレーゼ加算	45	→	45	K933			
K934			副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→	1,000	K934			
			副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	―	→	1,000	K934-2			【新設】
K935			止血用加熱凝固切開装置加算	700	→	700	K935			
K936			自動縫合器加算	2,500	→	2,500	K936			
K936-2			自動吻合器加算	5,500	→	5,500	K936-2			
K936-3			微小血管自動縫合器加算	2,500	→	2,500	K936-3			
K937			心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	→	30,000	K937			
K938			体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	→	3,000	K938			
K939			画像等手術支援加算				K939			
	1		ナビゲーションによるもの	2,000	→	2,000		1		
	2		実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	→	2,000		2		
			術中血管等描出撮影加算	―	→	500	K939-2			【新設】
			人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	―	→	450	K939-3			【新設】
			内視鏡手術用支援機器加算	―	→	54,200	K939-4			【新設】

別表2

第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K142	脊椎固定術	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
K200-2	涙点プラグ挿入術	K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術
K548	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）	K548	経皮的冠動脈形成術
K596	体外ペースメーキング	K596	体外ペースメーキング術
K604	埋込型補助人工心臓	K604	植込型補助人工心臓（拍動流型）
K620	下大静脈フィルター留置	K620	下大静脈フィルター留置術
K685	内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石術を伴うもの）	K685	内視鏡的胆道結石除去術
K781	経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む。）	K781	経尿道的尿路結石除去術

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第11部　麻酔 第１節　麻酔料 Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 【注の追加】	（追加） →	注８　同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、所定点数に15,250点を加算する。
第２節　神経ブロック料 Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用） 【項目の見直し】	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 →	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、腰神経叢ブロック　570点
【項目の見直し】	４　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 →	４　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を

	400点		用いた場合　400点
【項目の見直し】	6　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　170点	→	6　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、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　170点
【項目の見直し】	7　頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック　90点	→	7　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、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　90点
Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）			
【項目の見直し】	1　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ	→	1　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ

	ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、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　3,000点	ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、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、腰神経叢ブロック　3,000点
【項目の見直し】	3　眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック　800点	3　眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　800点
【項目の見直し】	4　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、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、外側大腿皮神経ブロック、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　340点	4　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、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、外側大腿皮神経ブロック、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、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　340点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第12部　放射線治療		
通則		
【通則の追加】	（追加） →	２　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号Ｍ０００からＭ００４までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。
Ｍ００１　体外照射		
【点数の見直し】	３　高エネルギー放射線治療 イ　（略） ロ　２回目 ⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　280点 ⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　440点 ⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射 →	420点 660点

	を行った場合	600点	900点
【点数の見直し】	４　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） イ　１回目 ロ　２回目	 3,000点 1,000点	→ 3,000点 1,500点
【注の追加】		（追加）	→ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、所定点数に150点を加算する。
Ｍ００１－３　直線加速器による定位放射線治療			
【名称の見直し】	直線加速器による定位放射線治療		→ 直線加速器による放射線治療（一連につき）
【項目の見直し】		63,000点	→ １　定位放射線治療の場合　63,000点 ２　１以外の場合　6,720点
【注の追加】		（追加）	→ 注２　定位放射線治療について、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所

		定点数に次の点数を加算する。 イ　動体追尾法　10,000点 ロ　その他　5,000点
Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき） 【注の追加】	（追加）→	注７　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第13部　病理診断 通則 【通則の見直し】	６　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第２条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第３部検査の通則第６号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	６　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第２条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第３部検査の通則第６号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号Ｎ００６に掲げる病理診断料については、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厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。
【通則の追加】	（追加）	７　テレパソロジーにより、区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００３－２に掲げる術中迅速細胞診を行う場合には、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厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算

		定する。
第１節　病理標本作製料		
Ｎ０００　病理組織標本作製（１臓器につき）		
【点数の見直し】	880点	860点
Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製（１手術につき）		
【注の削除】	注　テレパソロジーにより行う場合には、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厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	（削除）
Ｎ００３－２　術中迅速細胞診（１手術につき）		
【注の削除】	注　テレパソロジーにより行う場合には、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厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	（削除）
Ｎ００４　細胞診（１部位につき）		

【注の新設】		（新設） →	注　過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。
Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製			
【項目の見直し】		2,500点 →	１　単独の場合　2,700点 ２　区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の３による病理標本作成を併せて行った場合　3,050点
第２節　病理診断・判断料			
Ｎ００６　病理診断料			
【点数の見直し】	１　組織診断料 ２　細胞診断料	500点 240点 →	400点 200点
【注の追加】		（追加） →	注４　病理診断管理に関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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　病理診断管理加算１

		(1)　組織診断を行った場合　120点 (2)　細胞診断を行った場合　60点 ロ　病理診断管理加算２ (1)　組織診断を行った場合　320点 (2)　細胞診断を行った場合　160点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 １　緊急時施設治療管理料	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11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。	注　平成18年７月１日から平成30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11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。

項　　目	改　　正　　案
第４章　経過措置	1　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対１入院基本料及び20対１入院基本料は、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医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の２に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該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について、当分の間、算定できるものとする。 2　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成26年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。 イ　区分番号Ｄ２０８の４に掲げるバリストカルジオグラフ ロ　区分番号Ｄ２８９の２に掲げるキシローゼ試験 ハ　区分番号Ｄ２９３の３に掲げる心機能検査（心拍出量測定を含む。） ニ　区分番号Ｄ２９３の４に掲げる肺局所機能検査及び脳局所血流検査 ホ　区分番号Ｍ００１の２に掲げるコバルト^{60}遠隔大量照射 ヘ　区分番号Ｍ００４の２のロに掲げる旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

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		
第１節　初診料		
Ａ０００　初診料		
【注の見直し】	注６　著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（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６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点（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。
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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。	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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28点を加算する。
【注の見直し】	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月１回に限り所定点数に100点を加算する。	しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り所定点数に100点を加算する。
【注の追加】	（追加） →	注11　歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）にて注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応地域支援加算として、月１回に限り所定点数に100点を加算する。
【注の見直し】	注11　通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる →	注12　通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。	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。 イ　同一建物居住者以外の場合　170点 ロ　同一建物居住者の場合（同一日に５人以下）　85点 ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）　50点 注　イについては、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に算定する。　ロ及びハについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。
第２節　再診料 Ａ００２　再診料 【注の見直し】	注４　著しく歯科診療が困難な障害者に対して再	注４　著しく歯科診療が困難な者に対して再診を

	診を行った場合は、175点を所定点数に加算する。	行った場合は、175点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加） →	注８　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に２点を加算する。
【注の見直し】	注８　通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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。 イ　１回目　232点 ロ　２回目以降　90点 →	注９　通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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。 イ　同一建物居住者以外の場合　170点 ロ　同一建物居住者の場合（同一日に５人以下）　85点 ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）　50点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第１章　基本診療料		
第２部　入院料等		
通則		
【通則の見直し】	６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみの診療を行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
第２節　入院基本料等加算		
Ａ２０５　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算		
【名称の見直し】	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	救急医療管理加算
【新設】	（新設）	Ａ２１８－２　療養病棟療養環境改善加算

【新設】		（新設） →	Ａ２１９－２　診療所療養病床療養環境改善加算
【新設】		（新設） →	Ａ２２１－３　有床診療所緩和ケア診療加算
Ａ２２３　栄養管理実施加算 【削除】	Ａ２２３　栄養管理実施加算	→	（削除）
【新設】		（新設） →	Ａ２２４－２　感染防止対策加算
【新設】		（新設） →	Ａ２２４－３　患者サポート体制充実加算
Ａ２２５　褥瘡患者管理加算 【削除】	Ａ２２５　褥瘡患者管理加算	→	（削除）
Ａ２２７　慢性期病棟等退院調整加算 【名称の見直し】	慢性期病棟等退院調整加算	→	退院調整加算

Ａ２２７－２　急性期病棟等退院調整加算 【削除】	Ａ２２７－２　急性期病棟等退院調整加算	→　（削除）
【新設】	（新設）	→　Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算
第３節　特定入院料		
【新設】	（新設）	→　Ａ３０４　小児入院医療管理料
【新設】	（新設）	→　Ａ３０５　特定一般病棟入院料

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第１部　医学管理等 Ｂ０００－４　歯科疾患管理料 【注の追加】	（追加） →	注３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又はＢ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注１及び注２の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月の翌月以降から算定できる。
【注の見直し】	注５　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。 →	注６　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在

			宅療養管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
【注の削除】	注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。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、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Ｃ００１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Ｎ００２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60点を加算する。ただし、区分番号Ｉ０１１－２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。	→	（削除）
【新設】	（新設）	→	Ｂ０００－５　周術期口腔機能管理計画策定料　300点 注１　がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理

			計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｂ０００－６　周術期口腔機能管理料(Ⅰ) １　手術前　190点 ２　手術後　190点 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、計３回に限り算定できる。

			２　周術期口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｂ００６－３－３に掲げるがん治療連携管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｂ０００－７　周術期口腔機能管理料(Ⅱ) １　手術前　300点 ２　手術後　300点 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内に

			おいて、月２回に限り算定できる。 ２　周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｂ０００－８　周術期口腔機能管理料(Ⅲ)　190点 注１　がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月１回に限り算定できる。 ２　周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月にお

		いて、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｂ００６－３－３に掲げるがん治療連携管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料		
【注の見直し】	注１　１については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。	注１　１については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る	注２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る

	施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。	施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。
Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料 【注の見直し】	注４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養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、別に算定できない。	注４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養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、別に算定できない。

Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料		
【項目の見直し】	100点 →	１　緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合　200点 ２　１以外の場合　100点
【注の追加】	（追加） →	注２　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。
Ｂ００４－１－３　がん患者カウンセリング料		
【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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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。 →	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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（当該患者について区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カ

		ウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。
Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料 【注の見直し】	注　入院中の患者であって、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、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、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、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中２回を限度として算定する。
【新設】	（新設）	Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料　300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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　当該患者が15歳未満の小児である場合には

			、小児加算として、所定点数に150点を加算する。 ３　区分番号Ｂ００４－１－２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料 １　外来リハビリテーション診療料１　69点 ２　外来リハビリテーション診療料２　104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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ０００に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。 ２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ０

			０２に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。 ３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。
【新設】		（新設）→	Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　280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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。 ２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 ３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げ

		る初診料及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定しない。
Ｂ００４－２　手術前医学管理料 【注の見直し】	注４　同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。	注４　同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に２枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影（区分番号Ｅ０００及び区分番号Ｅ１００に規定する歯科用３次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
Ｂ００４－６　歯科治療総合医療管理料 【注の追加】	（追加）	注４　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料		
【項目の見直し】	750点 →	１　がん治療連携計画策定料１　750点 ２　がん治療連携計画策定料２　300点
【注の見直し】	注１　入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に１回に限り所定点数を算定する。 →	注１　がん治療連携計画策定料１については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に１回に限り所定点数を算定する。

【注の追加】	（追加） →	注２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。
【注の見直し】	注３　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。 →	注４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。
Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料		
【注の追加】	（追加） →	注３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

【新設】	（新設） →	Ｂ００６－３－３　がん治療連携管理料　500点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。
Ｂ００７　退院前訪問指導料		
【点数の見直し】	410点 →	555点
【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。 →	注１　入院期間が１月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、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		
【注の削除】	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中１回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。	→（削除）
Ｂ００９　診療情報提供料（Ｉ）		
【注の追加】	（追加）	→注７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、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。
【新設】	（新設）	→Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料（１口腔につき）　480点

		注　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要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、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。
Ｂ０１４　退院時共同指導料１ 【注の追加】	（追加） →	注２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。
Ｂ０１５　退院時共同指導料２ 【注の見直し】	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 →	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若しく

	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。		は当該保険医の指示を受けた看護師等又は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の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）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。
【注の追加】		（追加） →	注４　注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ２２７に掲げる退院調整加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第２部　在宅医療 Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）		
【点数の見直し】	１　歯科訪問診療１　830点 →	850点
【注の見直し】	注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。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当該患者 →	注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。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

	の同意を得た歯科訪問診療	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当該患者の同意を得た歯科訪問診療
【注の見直し】	注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。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当該患者の同意を得た歯科訪問診療	注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。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当該患者の同意を得た歯科訪問診療
【注の見直し】	注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４　著しく歯科診療が困難な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。

【注の見直し】	注９　歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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。 イ　１回目　232点 ロ　２回目以降　90点	注９　歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び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。 イ　同一建物居住者以外の場合　170点 ロ　同一建物居住者の場合（同一日に５人以下）　85点 ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）　50点
【注の追加】	（追加）	注10　在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　同一建物居住者以外の場合　110点 ロ　同一建物居住者の場合　45点
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料		
【注の見直し】	注３　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる	注３　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に

	歯科矯正管理料は、別に算定できない。		掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。
【注の削除】	注４　主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月１回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号Ｉ０１１－２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においては、算定しない。	→	（削除）
Ｃ００１－４　在宅患者歯科治療総合医療管理料			
【注の追加】	（追加）	→	注３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

Ｃ００２　救急搬送診療料 【注の追加】	（追加）→	注２　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。
Ｃ００５　在宅悪性腫瘍患者指導管理料 【新設】	（新設）→	Ｃ００５－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍（しゅよう）の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 ２　退院した患者に対して退院の日から１月以内に行った指導管理の費用は算定しない。 ３　入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科

		医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第３部　検査 第１節　検査料 Ｄ００２　歯周組織検査		
【名称の見直し】	歯周組織検査 →	歯周病検査
【項目の見直し】	３　混合歯列期歯周組織検査　40点 →	３　混合歯列期歯周病検査　40点
【注の見直し】	注　同一の患者につき１月以内に歯周組織検査を算定する検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 →	注　同一の患者につき１月以内に歯周病検査を算定する検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査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。
【新設】	（新設） →	Ｄ００２－５　歯周病部分的再評価検査（１歯につき）　15点 注　区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後

		に１回に限り算定する。
Ｄ００３－２　口腔内写真検査（１枚につき） 【注の見直し】	注　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、５枚を限度として算定する。	注　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、１回につき５枚を限度として算定する。
Ｄ００４ 平行測定（１装置につき） 【項目の見直し】	１　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　50点 ２　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　100点	１　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　50点 ２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　100点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第４部　画像診断		
【通則の見直し】	２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における第１節の診断料は、第１の診断については第１節の各区分の所定点数により、第２の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における第１節の診断料は（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）を除く。）、第１の診断については第１節の各区分の所定点数により、第２の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
【通則の見直し】	３　同一の部位につき、同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第２節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第１枚目の撮影については第２節の各区分の所定点数により、第２枚目から第５枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の撮影については算定しない。	３　同一の部位につき、同時に２枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第２節の撮影料（区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（３に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第１枚目の撮影については第２節の各区分の所定点数により、第２枚目から第５枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の撮影については算定しない。

【通則の見直し】	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、フィルムの費用は算定しない。 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	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、フィルムの費用は算定しない。 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　歯科用３次元エックス線断層撮影の場合　120点 ニ　その他の場合　60点
【通則の見直し】	6　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイに係るものを除く。）及び区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料については、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厚生局長等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。	6　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）及び区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料については、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厚生局長等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、歯科画像診断管理加算１として月１回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。
【通則の追加】	（追加）	7　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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、歯科画像診断管理加算２として、月１回に限り所定点数に180点を加算する。
【通則の見直し】	７　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイに係るものを除く。）又は区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）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厚生局長等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前号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月１回に限り所定点数に70点を加算する。	８　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）又は区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）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厚生局長等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第６号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り、歯科画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合は、この限りでない。
【通則の追加】	（追加）	９　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第７号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら

		担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り、歯科画像診断管理加算２を算定することができる。
Ｅ０００　写真診断		
【項目の見直し】	１　単純撮影 イ　歯科エックス線撮影 ⑴　全顎撮影の場合　160点 ⑵　全顎撮影以外の場合（１枚につき）　20点 ロ　その他の場合　85点 ２　特殊撮影 イ　歯科パノラマ断層撮影　125点 ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）　96点 ３　造影剤使用撮影　72点	１　単純撮影 イ　歯科エックス線撮影 ⑴　全顎撮影の場合　160点 ⑵　全顎撮影以外の場合（１枚につき）　20点 ロ　その他の場合　85点 ２　特殊撮影 イ　歯科パノラマ断層撮影　125点 ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）　96点 ３　歯科用３次元エックス線断層撮影　450点 ４　造影剤使用撮影　72点
【注の見直し】	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100分の50に相当する点数により算定する。	注１　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（２及び３に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

【注の追加】	（追加）	注２　３については、撮影の回数にかかわらず、月１回に限り算定できる。
Ｅ１００　歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織		
【名称の見直し】	歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織	歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織
【項目の見直し】	１　単純撮影 イ　歯科エックス線撮影 (1)　全顎撮影の場合 (一)　アナログ撮影　250点 (二)　デジタル撮影　252点 (2)　全顎撮影以外の場合（１枚につき） (一)　アナログ撮影　25点 (二)　デジタル撮影　28点 ロ　その他の場合 (1)　アナログ撮影　65点 (2)　デジタル撮影　68点 ２　特殊撮影 イ　歯科パノラマ断層撮影の場合 (1)　アナログ撮影　180点 (2)　デジタル撮影　182点 ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） (1)　アナログ撮影　264点 (2)　デジタル撮影　266点	１　単純撮影 イ　歯科エックス線撮影 (1)　全顎撮影の場合 (一)　アナログ撮影　250点 (二)　デジタル撮影　252点 (2)　全顎撮影以外の場合（１枚につき） (一)　アナログ撮影　25点 (二)　デジタル撮影　28点 ロ　その他の場合 (1)　アナログ撮影　65点 (2)　デジタル撮影　68点 ２　特殊撮影 イ　歯科パノラマ断層撮影の場合 (1)　アナログ撮影　180点 (2)　デジタル撮影　182点 ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） (1)　アナログ撮影　264点 (2)　デジタル撮影　266点 ３　歯科用３次元エックス線断層撮影（一連につ

	３　造影剤使用撮影 イ　アナログ撮影　148点 ロ　デジタル撮影　150点	き）　600点 ４　造影剤使用撮影 イ　アナログ撮影　148点 ロ　デジタル撮影　150点
【注の追加】	（追加） →	注３　３について、同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
【注の追加】	（追加） →	注４　３について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれるものとする。
Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）		
【注の見直し】	注２　２　次に掲げる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。 イ　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の１に掲げるもの ロ　区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の１に掲げるもの	→ 注２　２　次に掲げる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。 イ　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の１に掲げるもの ロ　区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の１に掲げるもの

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第５部　投薬 第３節　薬剤料 Ｆ２００　薬剤 【注の見直し】	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ときを除き、これを算定しない。	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ときを除き、これを算定しない。
第５節　処方せん料		

Ｆ４００　処方せん料 【注の追加】	（追加）→	注６　薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付１回につき２点を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第６部　注射 【通則の見直し】	６　区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、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厚生局長等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１　550点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、750点） ロ　外来化学療法加算２　420点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）	６　区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、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厚生局長等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。 １　外来化学療法加算１ イ　外来化学療法加算Ａ (1)　15歳未満　780点 (2)　15歳以上　580点 ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)　15歳未満　630点 (2)　15歳以上　430点

			２　外来化学療法加算２ イ　外来化学療法加算Ａ (1)　15歳未満　700点 (2)　15歳以上　450点 ロ　外来化学療法加算Ｂ (1)　15歳未満　600点 (2)　15歳以上　350点
第１節　注射料 Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）			
【注の見直し】	注　皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	→	注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。
Ｇ００６　埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）			
【名称の見直し】	埋込型カテーテルによる中心静脈栄養	→	植込型カテーテルによる中心静脈栄養
Ｇ０２０　無菌製剤処理料			
【項目の見直し】	イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　100点	→	イ　閉鎖式接続器具を使用した場合 ⑴　揮発性の高い薬剤の場合　150点

		⑵　⑴以外の場合　100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厚生局長等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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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、中心静脈注射及び植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。
第２節　薬剤料		
Ｇ１００　薬剤		
【注の見直し】	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	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

	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ときを除き、これを算定しない。	師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第７部　リハビリテーション Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料		
【注の見直し】	注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45点を所定点数に加算する。	注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。
【注の追加】	（追加）	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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14日の間に限り、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注３　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に	注４　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、必要があってそれぞれ発症、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。	規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　221点 ⑵　廃用症候群の場合　212点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　180点 ⑵　廃用症候群の場合　171点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) （１単位） ⑴　⑵以外の場合　90点 ⑵　廃用症候群の場合　90点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第８部　処置		
【通則の見直し】	５　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第８号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。	５　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第８号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
【通則の見直し】	８　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訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	８　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
（歯牙疾患の処置）		
【名称の見直し】	（歯牙疾患の処置）	（歯の疾患の処置）

【新設】	（新設） →	Ｉ０００－３　残根削合（１歯１回につき）　18点 注　貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）		
【点数の見直し】	３　間接歯髄保護処置　25点 →	30点
Ｉ００３　初期う蝕小窩裂溝填塞処置		
【名称の見直し】 【点数の見直し】	初期う蝕小窩裂溝填塞処置　120点 →	初期う蝕早期充填処置　122点
Ｉ００５　抜髄（１歯につき）		
【点数の見直し】	１　単根管　220点 ２　２根管　406点 ３　３根管以上　570点 →	228点 418点 588点
【注の見直し】	注１　区分番号Ｉ００１の１に掲げる歯髄温存療 →	注１　区分番号Ｉ００１の１に掲げる歯髄温存療

	法を行った日から起算して３月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。	法を行った日から起算して３月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。
【注の見直し】	注２　区分番号Ｉ００１の２に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して１月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	注２　区分番号Ｉ００１の２に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して１月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。
【注の見直し】	注３　麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）		
【点数の見直し】	１　単根管　130点 ２　２根管　276点 ３　３根管以上　410点	144点 294点 432点
Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）		
【点数の見直し】	１　単根管　20点 ２　２根管　22点	26点 30点

	３　３根管以上　30点	40点
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根管又は３根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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行われる場合は、この限りでない。	注１　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、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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行われる場合は、この限りでない。
【新設】	（新設）	Ｉ００９－３　歯科ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）　50点
【新設】	（新設）	Ｉ００９－４　上顎洞洗浄（片側）　55点
Ｉ０１１　歯周基本治療		
【点数の見直し】 【項目の見直し】	１　スケーリング（３分の１顎につき）　64点 ２　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき） イ　前歯　58点	66点 60点

	ロ　小臼歯　62点 ハ　大臼歯　68点 ３　歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（１歯につき） イ　前歯　58点 ロ　小臼歯　62点 ハ　大臼歯　68点	64点 72点 ３　歯周ポケット掻爬（１歯につき） 60点 64点 72点
【注の見直し】	注５　区分番号Ｄ００２の３に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。	注５　区分番号Ｄ００２の３に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。
Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療（１口腔につき）		
【注の見直し】	注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施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。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。	注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施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。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
Ｉ０１７　床副子		
【項目の見直し】	３　著しく困難なもの　2,000点	３　著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的

		とするもの（舌接触補助床）　2,000点
Ｉ０１８　歯周治療用装置		
【注の見直し】	注１　歯周組織検査の結果、区分番号Ｊ０６３の３に掲げる歯肉切除手術、区分番号Ｊ０６３の４に掲げる歯肉剥離掻爬手術又は区分番号Ｊ０６３の５に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。	→ 注１　歯周病検査の結果、区分番号Ｊ０６３の３に掲げる歯肉切除手術、区分番号Ｊ０６３の４に掲げる歯肉剥離掻爬手術又は区分番号Ｊ０６３の５に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。
Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去（１歯につき）		
【点数の見直し】	１　簡単なもの　15点 ２　困難なもの　30点 ３　根管内ポストを有する鋳造体の除去　50点	→ 16点 32点 54点
Ｉ０２２　有床義歯床下粘膜調整処置（１顎につき）		
【名称の見直し】	有床義歯床下粘膜調整処置（１顎につき）	→ 有床義歯床下粘膜調整処置（１顎１回につき）
Ｉ０２８　術後専門的口腔衛生処置（１口腔につき）		

【削除】	Ｉ０２８　術後専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　80点 注　区分番号Ｊ０１６、Ｊ０１８、Ｊ０３１、Ｊ０３２、Ｊ０３５、Ｊ０３６、Ｊ０３８、Ｊ０３９、Ｊ０４０、Ｊ０４１、Ｊ０４２、Ｊ０４３、Ｊ０６８、Ｊ０６９、Ｊ０７０、Ｊ０７０－２、Ｊ０７２、Ｊ０７５、Ｊ０７６又はＪ０８７に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して２月以内の期間において、月１回に限り算定する。	→	（削除）
【新設】	（新設）	→	Ｉ０２９　周術期専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　80点 注１　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。 ２　周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の

			属する月において、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。
【新設】		（新設） →	Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき） 60点 注　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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Ｉ０２９に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号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回に限り算定できる。ただし、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第９部　手術		
【通則の見直し】	５　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号Ｊ１００－２の注１に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。	５　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号Ｊ１００－２の注１に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
【通則の見直し】	13　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	13　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

【通則の見直し】	14　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訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（１から３までに限る。）及びＪ０１３に掲げる口腔内消炎手術（２に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	14　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な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手術（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（１から３までに限る。）及びＪ０１３に掲げる口腔内消炎手術（２に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
Ｊ０００　抜歯手術（１歯につき）		
【注の見直し】	注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。	注２　５については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。
Ｊ００３　歯根嚢胞摘出手術		
【項目の見直し】	１　歯冠大のもの　800点 ２　拇指頭大のもの　1,350点	１　歯冠大のもの　800点 ２　拇指頭大のもの　1,350点 ３　鶏卵大のもの　2,040点
Ｊ０１５　口腔底腫瘍摘出術		

【点数の見直し】		5,230点 →	6,800点
Ｊ０１６　口腔底悪性腫瘍手術			
【点数の見直し】		18,500点 →	24,050点
Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術			
【点数の見直し】	1　切除	14,470点 →	18,810点
	2　亜全摘	49,350点	64,160点
Ｊ０１９　口蓋腫瘍摘出術			
【点数の見直し】	1　口蓋粘膜に限局するもの	400点 →	520点
	2　口蓋骨に及ぶもの	6,720点	8,050点
Ｊ０２２　顎・口蓋裂形成手術			
【点数の見直し】	1　軟口蓋のみのもの	11,170点 →	14,520点
	2　硬口蓋に及ぶもの	18,590点	24,170点
	3　顎裂を伴うもの		
	イ　片側	19,360点	25,170点
Ｊ０２４　口唇裂形成手術（片側）			

【点数の見直し】	1　口唇のみの場合 2　口唇裂鼻形成を伴う場合 3　鼻腔底形成を伴う場合	10,140点 14,470点 17,030点	→ 13,180点 18,810点 22,140点
Ｊ０２４－２　口唇裂形成手術（両側）			
【点数の見直し】	1　口唇のみの場合 2　口唇裂鼻形成を伴う場合 3　鼻腔底形成を伴う場合	14,470点 18,300点 25,610点	→ 18,810点 23,790点 33,290点
Ｊ０２４－３　軟口蓋形成手術			
【点数の見直し】		7,800点	→ 9,700点
Ｊ０２４－４　鼻咽腔閉鎖術			
【点数の見直し】		16,640点	→ 21,630点
Ｊ０２８　舌形成手術（巨舌症手術）			
【点数の見直し】		5,840点	→ 7,590点

Ｊ０３１　口唇悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】		21,700点	→	28,210点
Ｊ０３２　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術				
【点数の見直し】		59,400点	→	89,100点
Ｊ０３３　類腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	２　その他のもの	3,370点	→	4,380点
Ｊ０３５　類粘膜悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】		17,300点	→	22,490点
Ｊ０３６　術後性上顎嚢胞摘出術				
【点数の見直し】	１　上顎に限局するもの	5,120点	→	6,660点
Ｊ０３８　上顎骨切除術				
【点数の見直し】		12,000点	→	15,310点

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	１　掻爬	5,880点	→	7,640点
	２　切除	21,700点	→	28,210点
	３　全摘	37,420点	→	56,130点
Ｊ０４０　下顎骨部分切除術				
【点数の見直し】		9,960点	→	14,940点
Ｊ０４１　下顎骨離断術				
【点数の見直し】		15,730点	→	23,600点
Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	１　切除	21,700点	→	32,550点
	２　切断	28,940点	→	43,410点
Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）				
【点数の見直し】	２　長径３センチメートル以上	8,210点	→	11,160点

Ｊ０５２　がま腫摘出術			
【点数の見直し】		4,580点 →	5,950点
Ｊ０５３　唾石摘出術			
【点数の見直し】	３　腺体内に存在するもの	5,540点 →	7,200点
Ｊ０５４　舌下腺腫瘍摘出術			
【点数の見直し】		4,610点 →	5,990点
Ｊ０５５　顎下腺摘出術			
【点数の見直し】		7,440点 →	9,670点
Ｊ０５６　顎下腺腫瘍摘出術			
【点数の見直し】		7,410点 →	9,480点
Ｊ０５７　顎下腺悪性腫瘍手術			
【点数の見直し】		21,700点 →	28,210点

Ｊ０５９　耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

1	耳下腺浅葉摘出術	20,930点	→ 27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	23,920点	→ 31,100点

Ｊ０６０　耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

1	切除	21,700点	→ 28,210点
2	全摘	28,940点	→ 37,620点

Ｊ０６２　唾液腺管形成手術

【点数の見直し】　8,740点 → 11,360点

Ｊ０６３　歯周外科手術
（１歯につき）

【点数の見直し】

1	歯周ポケット掻爬術	75点	80点
2	新付着手術	150点 →	160点
3	歯肉切除手術	300点	320点
4	歯肉剥離掻爬手術	600点	620点
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）	730点	760点
	ロ　２次手術（非吸収性膜の除去）	300点	320点

【注の見直し】	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に60点を加算する。
Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む。）		
【点数の見直し】	１　自家骨移植 ロ　困難なもの　10,790点 ２　同種骨移植（生体）　12,870点 ３　同種骨移植（非生体）　11,830点	 14,030点 16,730点 14,770点
Ｊ０６８　上顎骨折観血的手術		
【点数の見直し】	11,710点	15,220点
Ｊ０６９　上顎骨形成術		

【項目の見直し】	1　単純な場合　16,250点 2　複雑な場合及び２次的再建の場合　32,400点	→ 1　単純な場合　21,130点 2　複雑な場合及び２次的再建の場合　41,370点 3　骨移動を伴う場合　72,900点
【注の追加】	（追加）	→ 注　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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。
Ｊ０７０　頬骨骨折観血的整復術		
【点数の見直し】	11,610点	→ 15,090点
Ｊ０７０－２　頬骨変形治癒骨折矯正術		
【点数の見直し】	27,000点	→ 35,100点
Ｊ０７１　下顎骨折非観血的整復術		
【注の見直し】	注　三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。	→ 注　連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。
Ｊ０７２　下顎骨折観血的手術		

【点数の見直し】	1　片側の場合 2　両側の場合	10,000点 19,110点	→ 13,000点 24,840点
Ｊ０７２－２　下顎関節突起骨折観血的手術			
【点数の見直し】	1　片側 2　両側	21,700点 36,170点	→ 28,210点 47,020点
Ｊ０７５　下顎骨形成術			
【項目の見直し】	1　おとがい形成の場合 2　短縮又は伸長の場合 3　再建の場合	4,990点 17,160点 27,750点	→ 1　おとがい形成の場合　6,490点 2　短縮又は伸長の場合　22,310点 3　再建の場合　36,080点 4　骨移動を伴う場合　54,210点
【注の追加】		（追加）	→ 注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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。
【新設】		（新設）	→ Ｊ０７５－２　下顎骨延長術 1　片側　22,310点 2　両側　33,460点

Ｊ０７６　顔面多発骨折観血的手術			
【点数の見直し】		26,550点 →	34,520点
Ｊ０７８　顎関節脱臼観血的手術			
【点数の見直し】		18,330点 →	23,830点
Ｊ０７９　顎関節形成術			
【点数の見直し】		32,400点 →	40,870点
Ｊ０８０　顎関節授動術			
【点数の見直し】	２　顎関節鏡下授動術 ３　開放授動術	5,620点 17,550点 →	7,310点 22,820点
Ｊ０８１　顎関節円板整位術			
【点数の見直し】	１　顎関節鏡下円板整位術 ２　開放円板整位術	14,470点 21,700点 →	18,810点 27,300点
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）			
【点数の見直し】	４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー	→	

	トル以上)	2,200点	2,860点
Ｊ０８５　デブリードマン			
【点数の見直し】	2　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,300点 →	2,990点
Ｊ０８６　上顎洞開窓術			
【点数の見直し】		2,000点 →	2,600点
Ｊ０８７　上顎洞根治手術			
【点数の見直し】		5,120点 →	6,660点
Ｊ０８７－２　上顎洞炎術後後出血止血法			
【点数の見直し】		5,120点 →	6,660点
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	3,330点 →	3,520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	4,590点	6,270点
	3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,660点	9,000点
	4　200平方センチメートル以上	20,150点	25,820点

Ｊ０８９－２　全層植皮術			
【点数の見直し】	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　21,700点 ４　200平方センチメートル以上　31,350点	→	28,210点 40,290点
Ｊ０９０　皮膚移植術（生体・培養）			
【点数の見直し】	4,700点	→	6,110点
Ｊ０９０－２　皮膚移植術（死体）			
【点数の見直し】	１　200平方センチメートル未満　5,190点 ２　200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　6,920点 ３　500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満　10,380点 ４　1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　25,320点	→	6,750点 9,000点 13,490点 32,920点
Ｊ０９１　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			
【点数の見直し】	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　8,800点 ３　100平方センチメートル以上　15,600点	→	11,440点 20,280点

Ｊ０９２　動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術			
【点数の見直し】		32,850点 →	41,120点
Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）			
【点数の見直し】		64,500点 →	74,240点
Ｊ０９５　複合組織移植術			
【点数の見直し】		11,700点 →	15,210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】		73,800点 →	110,700点
Ｊ０９７　粘膜移植術			
【点数の見直し】	１　４平方センチメートル未満	5,010点 →	6,510点
	２　４平方センチメートル以上	5,500点	7,080点

Ｊ０９９　動脈形成術、吻合術			
【点数の見直し】		13,910点 →	18,080点
Ｊ０９９－２　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			
【名称の見直し】	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	→	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置
Ｊ１００　血管移植術、バイパス移植術			
【点数の見直し】	２　その他の動脈	23,300点 →	30,290点
Ｊ１００－２　中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置			
【名称の見直し】	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置	→	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置
Ｊ１０１　神経移植術			
【点数の見直し】		18,090点 →	23,520点

Ｊ１０２　交感神経節切除術				
【点数の見直し】		18,200点	→	23,660点
Ｊ１０３　過長茎状突起切除術				
【点数の見直し】		4,520点	→	5,880点
Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術				
【点数の見直し】	１　広汎切除	21,700点	→	28,210点
Ｊ１０５　瘢痕拘縮形成手術				
【点数の見直し】		9,740点	→	12,660点
Ｊ１０８　顔面神経麻痺形成手術				
【点数の見直し】	１　静的なもの ２　動的なもの	14,700点 39,000点	→	19,110点 58,500点
【新設】		（新設）	→	Ｊ１０９　広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）

		1　１回法によるもの　14,500点 2　２回法によるもの イ　１次手術　11,500点 ロ　２次手術　4,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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　１及び２のイについては、３分の２顎以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。
Ｊ２００　輸血 【項目の削除】	1　自家採血輸血（200mＬごとに） イ　１回目　750点 ロ　２回目以降　650点 2　保存血液輸血（200mＬごとに） イ　１回目　450点 ロ　２回目以降　350点 3　自己血貯血 イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに） ⑴　液状保存の場合　200点 ⑵　凍結保存の場合　400点 ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに） ⑴　液状保存の場合　200点	→ （削除）

	⑵　凍結保存の場合　400点 ４　自己血輸血 イ　６歳以上の患者の場合（200ｍＬごとに） ⑴　液状保存の場合　750点 ⑵　凍結保存の場合　1,500点 ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４ｍＬごとに） ⑴　液状保存の場合　750点 ⑵　凍結保存の場合　1,500点 ５　交換輸血（１回につき）　5,250点	
【注の見直し】	注１　輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。	→ 注　医科点数表の区分番号Ｋ９２０に掲げる輸血の例により算定する。
【注の削除】	注２　自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。 ３　骨髄内輸血を行った場合は、所定点数に胸骨にあっては80点を、その他にあっては90点を加算し、血管露出術を行った場合は、所定点数に530点を加算する。 ４　輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第６部に掲げる薬剤料の所定点数を加算する。 ５　輸血に伴って行った患者の血液型検査（ＡＢＯ式及びＲh式）の費用として所定点数に48点を加算する。 ６　不規則抗体検査の費用として検査回数にか	→ （削除）

	かわらず１月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回の輸血が行われる場合には、１週間に１回を限度として、所定点数に200点を加算する。 ７　ＨＬＡ型適合血小板輸血に伴って行った患者のＨＬＡ型検査クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）又はクラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）の費用として、検査回数にかかわらず一連につき所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。 ８　輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、１回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。 ９　６歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。 10　輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。 11　輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。	
Ｊ２００－２　輸血管理料		
【項目の削除】	１　輸血管理料Ⅰ　200点 ２　輸血管理料Ⅱ　70点	→（削除）
【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厚生局長等に届け出た	→注　医科点数表の区分番号Ｋ９２０－２に掲げる輸血管理料の例により算定する。

	保険医療機関において、輸血を行った場合に、月１回を限度として、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第10部　麻酔 【通則の見直し】	２　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	２　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
Ｋ００１　浸潤麻酔、圧迫麻酔 【名称の見直し】	浸潤麻酔、圧迫麻酔	浸潤麻酔

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第11部　放射線治療		
【通則の見直し】	放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。	１　放射線治療の費用は、各区分の所定点数により算定する。 ２　第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。
【通則の追加】	（追加）	３　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。
Ｌ００１　体外照射		
【点数の見直し】	３　高エネルギー放射線治療 ロ　２回目 ⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合 280点	420点

	⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　440点 ⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　600点 ４　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） ロ　２回目　1,000点		660点 900点 1,500点
Ｌ００３　密封小線源治療（一連につき） 【注の追加】	（追加）	→	注５　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第12部　歯冠修復及び欠損補綴		
【通則の見直し】	３　この部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。	３　第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。
【通則の見直し】	４　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１４、Ｍ０１５及びＭ０１７からＭ０２６までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第６号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。	４　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１４、Ｍ０１５及びＭ０１７からＭ０２６までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第６号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。
【通則の見直し】	６　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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を	６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した

	算定すべき患者については、区分番号Ｍ０２９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Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１４、Ｍ０１５及びＭ０１７からＭ０２６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100分の50に相当する点数を加算する。		患者については、区分番号Ｍ０２９に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１４、Ｍ０１５及びＭ０１７からＭ０２６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100分の50に相当する点数を加算する。
【通則の見直し】	７　区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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（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、当該補綴物を装着する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。	→	７　区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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（接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する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。
Ｍ０００　補綴時診断料（１口腔につき）			
【注の追加】		（追加）→	注４　区分番号Ｍ０００－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。
Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）			

【項目の見直し】	2　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　330点 3　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　440点	→ 2　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　330点 3　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　440点
【新設】	（新設）	→ Ｍ０００－３　広範囲顎骨支持型補綴診断料（１口腔につき）　1,800点 注１　当該診断料は、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。 2　同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を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。 3　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。 4　当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号Ｍ０００に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）		
【項目の見直し】 【点数の見直し】	１　生活歯歯冠形成 イ　鋳造冠　300点 ロ　ジャケット冠　300点 ハ　乳歯金属冠　120点 ２　失活歯歯冠形成 イ　鋳造冠　160点 ロ　ジャケット冠　160点 ハ　乳歯金属冠　114点 ３　窩洞形成 イ　単純なもの　54点 ロ　複雑なもの　80点	１　生活歯歯冠形成 イ　金属冠　306点 ロ　ジャケット冠　306点 ハ　乳歯金属冠　120点 ２　失活歯歯冠形成 イ　金属冠　166点 ロ　ジャケット冠　166点 ハ　乳歯金属冠　114点 ３　窩洞形成 イ　単純なもの　60点 ロ　複雑なもの　86点
【注の見直し】	注１　１のイについては、前歯の４分の３冠、前歯の前装鋳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。	注１　１のイについては、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。
【注の見直し】	注２　２のイについては、前歯の４分の３冠又は前歯の前装鋳造冠については、所定点数に470点を加算する。	注２　２のイについては、前歯の４分の３冠又は前歯のレジン前装金属冠については、所定点数に470点を加算する。
Ｍ００１－２　う蝕（しょく）歯即時充填形成（１歯につき）		
【点数の見直し】	120点	126点

Ｍ００２－２　支台築造印象（１歯につき）		
【点数の見直し】	20点 →	22点
Ｍ００３　印象採得		
【項目の見直し】 【点数の見直し】	１　歯冠修復（１個につき） ロ　連合印象　60点 ２　欠損補綴（１装置につき） ロ　連合印象　225点 ハ　特殊印象　265点 ニ　ワンピースキャストブリッジ ⑴　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　275点 ⑵　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　326点 →	１　歯冠修復（１個につき） ロ　連合印象　62点 ２　欠損補綴（１装置につき） ロ　連合印象　228点 ハ　特殊印象　270点 ニ　ワンピースキャストブリッジ ⑴　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　280点 ⑵　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　332点
Ｍ００３－２　テンポラリークラウン（１歯につき）		
【注の見直し】	注　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、前装鋳造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鋳造冠若しくはジャケット冠 →	注　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、レジン前装金属冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは

	の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鋳造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、１歯につき１回に限り算定する。	ジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、レジン前装金属冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、１歯につき１回に限り算定する。
Ｍ００４　リテイナー		
【項目の見直し】	1　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　100点 2　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	1　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　100点 2　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　300点
Ｍ００５　装着		
【項目の見直し】	1　歯冠修復（１個につき） イ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠　45点 ロ　その他　30点 2　欠損補綴（１装置につき） イ　ブリッジ (1)　ワンピースキャストブリッジ (ｲ)　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 (ﾛ)　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	1　歯冠修復（１個につき）　45点 2　欠損補綴（１装置につき） イ　ブリッジ (1)　ワンピースキャストブリッジ (ｲ)　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　150点 (ﾛ)　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　300点

【注の削除】	注１　２のイの⑴の㈠については、仮着を行った場合は、40点を加算する。	（削除）
【注の削除】	注２　２のイの⑴の㈡については、仮着を行った場合は、80点を加算する。	（削除）
【新設】	（新設）	Ｍ００５－２　仮着（ワンピースキャストブリッジ）（１装置につき） １　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　40点 ２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　80点
Ｍ００６　咬合採得		
【項目の見直し】 【点数の見直し】	１　歯冠修復（１個につき）　14点 ２　欠損補綴（１装置につき） イ　ブリッジ ⑴　ワンピースキャストブリッジ ㈠　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　70点 ㈡　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　140点	１　歯冠修復（１個につき）　16点 ２　欠損補綴（１装置につき） イ　ブリッジ ⑴　ワンピースキャストブリッジ ㈠　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　70点 ㈡　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　140点
Ｍ００８　ワンピースキャストブリッ		

ジの試適		
【項目の見直し】	1　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　40点 2　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　80点	1　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　40点 2　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　80点
Ｍ００９　充填（１歯につき）		
【項目の見直し】	1　単純なもの　100点 2　複雑なもの　148点	1　充填１ イ　単純なもの　102点 ロ　複雑なもの　152点 2　充填２ イ　単純なもの　57点 ロ　複雑なもの　105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に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	注１　歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は１により、それ以外は２により算定する。
【注の追加】	（追加）	注２　１の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｍ０１０ 鋳造歯冠修復（１個につき）		

【名称の見直し】	鋳造歯冠修復（１個につき）	金属歯冠修復（１個につき）
【点数の見直し】 【項目の見直し】	１　インレー イ　単純なもの　181点 ロ　複雑なもの　275点 ４　全部鋳造冠（小臼歯及び大臼歯）　445点	１　インレー イ　単純なもの　190点 ロ　複雑なもの　284点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点
【注の見直し】	注１　２については、前歯部の接着ブリッジのための鋳造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注１　２については、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	（追加）	注３　３については、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｍ０１１　前装鋳造冠（１歯につき）		
【名称の見直し】	前装鋳造冠（１歯につき）	レジン前装金属冠（１歯につき）
Ｍ０１７　ポンティック（ダミー）（１歯につき）		
【名称の見直し】 【点数の見直し】	ポンティック（ダミー）（１歯につき）　428点	ポンティック（１歯につき）　434点

【注の見直し】	注１　前装鋳造ポンティック（ダミー）については、所定点数に746点を加算する。	注１　レジン前装金属ポンティックについては、所定点数に746点を加算する。
【注の見直し】	注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。	注２　金属裏装ポンティックについては、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　550点 ロ　５歯から８歯まで　676点 ハ　９歯から11歯まで　900点 ニ　12歯から14歯まで　1,310点 ２　総義歯（１顎につき）　2,060点	560点 690点 920点 1,340点 2,100点
Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）		
【点数の見直し】 【項目の見直し】	１　双歯鉤　224点 ２　両翼鉤　208点	１　双子鉤　230点 ２　二腕鉤　212点
Ｍ０２１　線鉤（１個につき）		
【項目の見直し】	１　双歯鉤　200点 ２　両翼鉤（レストつき）　140点	１　双子鉤　200点 ２　二腕鉤（レストつき）　140点

Ｍ０２２　フック、スパー（１個につき）			
【点数の見直し】		96点 →	103点
【注の追加】		（追加） →	注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｍ０２３　バー（１個につき）			
【点数の見直し】	１　鋳造バー ２　屈曲バー	430点 240点 →	438点 248点
Ｍ０２４　臼歯金属歯（１歯につき）			
【削除】	Ｍ０２４　臼歯金属歯（１歯につき） 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	12点 →	（削除）
【新設】		（新設） →	Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴 １　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）

		18,000点 ２　床義歯形態のもの（１顎につき）　13,000点 注１　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。 ２　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）		
【点数の見直し】	220点 →	224点
【注の見直し】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して２日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、１床につき所定点数に20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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して２日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、１床につき所定点数に22点を加算する。
Ｍ０３０　有床義歯内面適合法		

【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　205点 ロ　５歯から８歯まで　250点 ハ　９歯から11歯まで　340点 ニ　12歯から14歯まで　540点 ２　総義歯（１顎につき）　750点	→ 210点 260点 360点 560点 770点
Ｍ０３２　帯環金属冠修理（１歯につき）		
【名称の見直し】 【項目の見直し】	帯環金属冠修理（１歯につき） １　金合金冠　60点 ２　その他の合金冠　40点 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	→ ブリッジ修理（１歯につき）　40点 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｍ０３３　金合金鉤修理（１個につき）		
【削除】	Ｍ０３３　金合金鉤修理（１個につき）　50点 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	→ （削除）
【新設】	（新設）	→ Ｍ０４１　広範囲顎骨支持型補綴物修理（１装置につき）　1,200点

		注　保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第13部　歯科矯正		
【通則の見直し】	２　この部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、この部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。	２　第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。
Ｎ００２　歯科矯正管理料		
【注の見直し】	注２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養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、別に算定できない。	注２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養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、別に算定できない。
Ｎ０２６　附加装置（１箇所につき）		
【項目の見直し】	１　パワーチェイン　20点 ２　コイルスプリング　20点	１　パワーチェイン　20点 ２　コイルスプリング　20点

	3　ピグテイル　20点 4　アップライトスプリング　40点 5　エラスティクス　20点	3　ピグテイル　20点 4　アップライトスプリング　40点 5　エラスティクス　20点 6　超弾性コイルスプリング　60点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第14部　病理診断		
【通則の見直し】	１　病理診断の費用は、各区分により算定する。	１　病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。
Ｏ０００　口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）		
【点数の見直し】	１　組織診断料　500点 ２　細胞診断料　240点	400点 200点
【注の追加】	（追加）	注４　病理診断管理に関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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　病理診断管理加算１ ⑴　組織診断を行った場合　120点 ⑵　細胞診断を行った場合　60点 ロ　病理診断管理加算２ ⑴　組織診断を行った場合　320点 ⑵　細胞診断を行った場合　160点

３　調剤報酬点数表

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第１部　調剤報酬 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） 【注の見直し】	注３　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関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厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注１に該当する場合には注１に掲げる点数）に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　６点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　13点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　17点	→ 注３　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関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厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注１に該当する場合には注１に掲げる点数）に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　５点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　15点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　19点
	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	→ 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１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号１１に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。	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１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
０１　調剤料 【注の見直し】	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⑴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）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。） ⑴　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 ⑵　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 ⑶　液剤　45点 ロ　内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。） ⑴　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆	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⑴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）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 ⑴　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 ⑵　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 ⑶　液剤　45点

	粒剤、エキス剤　120点 (2)　液剤　75点 ハ　外用薬 (1)　錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤　90点 (2)　点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤　75点 (3)　液剤　45点	ロ　外用薬 (1)　錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤　90点 (2)　点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤　75点 (3)　液剤　45点
【注の見直し】	注７　２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、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、注６に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注６のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。 イ　特別の乳幼児用製剤を行った場合 (1)　液剤の場合　75点 (2)　散剤又は顆粒剤の場合　90点 (3)　軟・硬膏剤の場合　80点 ロ　イ以外の場合 (1)　液剤の場合　35点 (2)　散剤又は顆粒剤の場合　45点 (3)　軟・硬膏剤の場合　80点	注７　２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、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、注６に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注６のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。 イ　液剤の場合　35点 ロ　散剤又は顆粒剤の場合　45点 ハ　軟・硬膏剤の場合　80点

【注の削除】	注８　後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、１剤に係る所定点数）に１調剤につき２点を加算する。	→	（削除）
【注の追加】	（追加）	→	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、処方せん受付１回につき15点を加算する。
第２節　薬学管理料 １０　薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付１回につき）			
【点数の見直し】	30点	→	41点
【注の見直し】	注１　患者に対して、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	→	注１　患者に対して、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、薬剤の服用に関して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て必要な指導を行うこと。		関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して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て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、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。 ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。 ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
【注の追加】		（追加） →	注５　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、所定点数に５点を加算す

		る。
１１　薬剤情報提供料（処方せんの受付１回につき） 【削除】	15点 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（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月４回）に限り算定する。 ２　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、算定しない。	（削除）
１４　後発医薬品情報提供料（処方せんの受付１回につき） 【削除】	10点 注１　後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。 ２　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	（削除）

	、算定しない。		
１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料 【注の追加】		（追加） →	注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。
１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 【注の追加】		（追加） →	注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料 【注の追加】		（追加） →	注３　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

【新設】	（新設） →	１５の５　服薬情報等提供料　15点 注１　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す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。 ２　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、算定しない。
１６　調剤情報提供料（処方せんの受付１回につき） 【削除】	15点 注１　処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。 ２　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤 →	（削除）

	管理指導料を算定している患者については、算定しない。		
１７　服薬情報提供料 【削除】	15点 注１　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す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。 ２　保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。 ３　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、算定しない。	→	（削除）

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（大正11年法律第70号）第88条第１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（昭和57年法律第80号）第78条第１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、区分番号０１により算定される額に区分番号０２から区分番号０５までにより算定される額を加えた額とする。	１　健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第１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（昭和57年法律第80号）第78条第１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、区分番号０２の注７に規定する場合を除き、区分番号０１又は区分番号０１－２により算定される額に区分番号０２から区分番号０５までにより算定される額を加えた額とする。
【通則の見直し】	３　区分番号０１の注２、区分番号０２の注２及び注３における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。	３　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注４まで並びに区分番号０２の注２及び注３における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該

		分室を経由して行うものとする。
０１　訪問看護基本療養費（１日につき） 【項目の見直し】	1　訪問看護基本療養費(I) イ　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 ⑴　週３日目まで　5,550円 ⑵　週４日目以降　6,550円 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　5,050円 ⑵　週４日目以降　6,050円 2　訪問看護基本療養費(II)　1,600円 3　訪問看護基本療養費(III) イ　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 ⑴　週３日目まで　4,300円 ⑵　週４日目以降　5,300円 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　3,800円 ⑵　週４日目以降　4,800円	1　訪問看護基本療養費(I) イ　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（ハを除く。） ⑴　週３日目まで　5,550円 ⑵　週４日目以降　6,550円 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　5,050円 ⑵　週４日目以降　6,050円 ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円 2　訪問看護基本療養費(II) イ　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（ハを除く。） ⑴　週３日目まで　4,300円 ⑵　週４日目以降　5,300円 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　3,800円 ⑵　週４日目以降　4,800円 ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師によ

		る場合　12,850円 ３　訪問看護基本療養費(Ⅲ)　8,500円
【注の見直し】	注１　１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に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第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、健康保険法第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、訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する日と合わせて週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。	注１　１のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者（注３に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第３項第１号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第８条第27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。以下この区分番号において同じ。）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、健康保険法第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、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）及び区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週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。
【注の削除】	注２　２については、指定訪問看護を受けようと	（削除）

	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、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厚生局長等に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。		
【注の追加】		（追加） →	注２　１のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者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、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養

		を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。
【注の見直し】	注３　３については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、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、利用者１人につき、訪問看護基本療養費(I)を算定する日と合わせて週３日を限度（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対する場合を除く。）として算定する。	注３　２のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、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、利用者１人につき、訪問看護基本療養費(I)（ハを除く。）及び区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週３日を限度（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対する場合を除く。）として算定する。
【注の追加】	（追加）	注４　２のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者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、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。
【注の追加】		（追加） →	注５　３については、指定訪問看護を受けようとする者（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その者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、入院中１回（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である場合にあっては、入院中２回）に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。
【注の見直し】	注４　指定訪問看護を受けようとする者の主治医	→	注６　１及び２（いずれもハを除く。）について

	（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、１月に２回）に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。	は、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回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。
【注の見直し】	注５　１及び３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に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、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７　１及び２（いずれもハを除く。）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６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、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。
【注の削除】	注６　２については、指定訪問看護の時間が３時間を超えたときは、３時間を超えた時間について、５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額に400円を加算する。	（削除）

【注の見直し】	注８　利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援診療所又は同表に規定する在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、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９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、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９　１及び３については、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、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、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　１及び２（いずれもハを除く。）については、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、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週１日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３日）を限度として、所定額に5,200円を加算する。
【注の見直し】	注10　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。	注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、１日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

【注の見直し】	注11　１及び３については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合　4,300円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合　3,800円	注12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては、週１回を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合　4,300円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合　3,800円 ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合　3,000円
【注の追加】	（追加）	注13　１及び２（いずれもハを除く。）については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ。）

		に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。
【注の見直し】	注12　利用者が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又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から現に指定訪問看護を受けている場合（当該利用者がニの⑴及び⑵並びにホに規定する利用者である場合を除く。） ニ　次に掲げる利用者が、他の２つ以上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 ⑴　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（ホに規定する利用者を除く。） ⑵　特別訪問看護指示書の交付を受けた訪	注14　利用者が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又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19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から現に指定訪問看護（注２及び注４の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。） ⑴　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が現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合 ⑵　特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものが現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪

	問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているもの ホ　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であって週７日の指定訪問看護が計画されているものが、他の３つ以上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		問看護を受けている場合 ⑶　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であって週７日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合 ⑷　注２又は注４に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合
【新設】		（新設）→	０１－２　精神科訪問看護基本療養費（１日につき） １　精神科訪問看護基本療養費(I) イ　保健師、看護師又は作業療法士による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合　5,550円 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合　4,250円 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合　6,550円 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合　5,100円 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合　5,050円 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合

3,870円

(3) 週４日目以降　30分以上の場合

6,050円

(4) 週４日目以降　30分未満の場合

4,720円

２　精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)　1,600円

３　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)

イ　保健師、看護師又は作業療法士による場合

(1) 週３日目まで　30分以上の場合

4,300円

(2) 週３日目まで　30分未満の場合

3,300円

(3) 週４日目以降　30分以上の場合

5,300円

(4) 週４日目以降　30分未満の場合

4,060円

ロ　准看護師による場合

(1) 週３日目まで　30分以上の場合

3,800円

(2) 週３日目まで　30分未満の場合

2,910円

(3) 週４日目以降　30分以上の場合

4,800円

(4) 週４日目以降　30分未満の場合

3,670円

４　精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)

8,500円

注１　１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又はその家族等（注２に規定する者及び注３に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医であって精神科を担当するものに限る。）。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准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。以下この区分番号において「保健師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費㈢及び区分番号０１の訪問看護基本療養費（１のハ及び２のハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度として算定する。

２　２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又は福祉ホーム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から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等（准看護師

を除く。）が同時に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。

３　３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又はその家族等（注２に規定する者を除く。）であって、同一建物居住者であるものに対して、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費⑴及び区分番号０１の訪問看護基本療養費（１のハ及び２のハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度として算定する。

４　４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（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中１回（区分番号０１の注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の場合にあっては、入院中２回）に限り算定でき

る。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

5　１及び３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の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健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回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

6　２については、指定訪問看護の時間が３時間を超えたときは、３時間を超えた時間について、５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額に400円を加算する。

7　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

8　１及び３については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、

精神科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。

9　１及び３については、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保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週１日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３日）を限度として、所定額に5,200円を加算する。

10　１及び３（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１回を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合　4,300円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合　3,800円

ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健

福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合
3,000円

11　１及び３については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。

12　利用者が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又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19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から現に指定訪問看護（区分番号０１の注２及び注４の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）

⑴　区分番号０１の注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が現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

⑵　精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものが現

		に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合 ⑶　区分番号０１の注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であって週７日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
０２　訪問看護管理療養費		
【項目の見直し】	１　月の初日の訪問の場合　7,300円 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　2,950円 注　１月に12日までを限度とする。	１　月の初日の訪問の場合　7,300円 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　2,950円
【注の見直し】	注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して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ものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。	注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して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ものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

【注の見直し】	注３　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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、１月に４日以上の指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に１回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用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利用者については、5,000円を加算する。	注３　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厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月に１回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用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利用者については、5,000円を加算する。
【注の見直し】	注４　指定訪問看護を受けようとする者であって、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のものが、退院又は退所に当たり、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、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該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、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、	注４　指定訪問看護を受けようとする者であって、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のものの退院又は退所に当たり、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、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該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、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該

	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、区分番号０１の注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注３本文に規定する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。	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、区分番号０１の注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、当該退院又は退所につき２回に限り加算できる。
【注の追加】	（追加） →	注５　注４に規定する者が注３本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、所定点数に2,000円を更に加算する。
【注の見直し】	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（区分番号０１の注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注３本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者にあっては、当該加算を２回算定している場合）は、算定しない。 →	注６　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（区分番号０１の注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あっては、当該加算を２回算定している場合）は、算定しない。
【注の見直し】	注６　指定訪問看護を受けようとする者が区分番号０１の注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本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退 →	注７　指定訪問看護を受けようとする者が退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、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

	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、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、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際に6,000円を加算する。	日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、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際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することなったときに算定する。
０５　訪問看護ターミナルケア療養費 【注の見直し】	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、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）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回以上指定訪問看護を実施し、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所定額を算定する。	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、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上指定訪問看護を実施し、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所定額を算定する。

別紙３

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 【項目の見直し】	１　診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号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って、別表11の診断群分類点数表に掲げる区分（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（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三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（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養	１　診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号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って、別表17の診断群分類点数表に掲げる区分（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（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三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（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三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。	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　（略）	一　（略）
【項目の見直し】	二　治験（薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十六項に規定する治験をいう。）の対象患者 →	二　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条に規定する評価療養を受ける患者
	三　（略）	三　（略）
【項目の削除】	四　厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条第一号に規定する先進医療である療養を受ける患者 →	（削除）
	五・六　（略）	四・五　（略）

項　　目	現　　行	改　　正　　案
別表		
1 【項目の見直し】	1　１日当たりの療養に要する費用の額は、11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）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。	1　１日当たりの療養に要する費用の額は、17の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）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18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 【項目の見直し】	2　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ　（略） ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用 ⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４、Ａ１０４の注５及びＡ１０５の注３に規定する費用 ⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２０５からＡ２０６まで、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１８からＡ２３３－２まで及びＡ２３５からＡ２４３までに掲げる費用 ⑶～⑸　（略） ⑹　画像診断の費用のうち、通則第４号及	2　所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ　（略） ロ　イに掲げる点数の費用から除かれる費用 ⑴　入院基本料のうち、区分番号Ａ１００の注４から注７まで、Ａ１０４の注５、Ａ１０５の注３及びＡ１０５の注４に規定する費用 ⑵　入院基本料等加算のうち、区分番号Ａ２０５からＡ２０６まで、Ａ２０８からＡ２１３まで、Ａ２１９からＡ２３３－２まで及びＡ２３６からＡ２４３までに掲げる費用 ⑶～⑸　（略） ⑹　画像診断の費用のうち、通則第４号及

び第６号に掲げる画像診断管理加算１並びに通則第５号及び第７号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。）に掲げる費用

⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３（１に限る。）、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７（１に限る。）、Ｊ０３８からＪ０４２まで、Ｊ０４７、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１２２（５及び６に限り、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。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（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。）、Ｊ１２９（４に限り、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。）並びにＪ１２９－２（２に限る。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１に限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分０５１から

び第６号に掲げる画像診断管理加算１並びに通則第５号及び第７号に掲げる画像診断管理加算２並びに区分番号Ｅ００３（３のイ及びイの注に規定する費用に限る。）に掲げる費用

⑺　（略）

⑻　処置の費用のうち、区分番号Ｊ００１（５に限る。）、Ｊ００３、Ｊ０１０－２、Ｊ０１７、Ｊ０１７－２、Ｊ０２７（１に限る。）、Ｊ０３８からＪ０４２まで、Ｊ０４５－２、Ｊ０４７、Ｊ０４９、Ｊ０５２－２、Ｊ０５４－２、Ｊ０６２、Ｊ１２２（５及び６に限り、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。）、Ｊ１２３からＪ１２８まで（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。）、Ｊ１２９（４に限り、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。）並びにＪ１２９－２（２に限る。）に掲げる処置料並びにＪ０３８（１及び２に限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分０４０⑴及び⑸に掲げる材料に限る。）並びにＪ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区

	区分０５３までに掲げる材料に限る。）に係る費用 ⑼ ～ ⑾　（略）	分０５１から区分０５３までに掲げる材料に限る。）に係る費用 ⑼ ～ ⑾　（略）
4 Ａ３００　救命救急入院料 【注の見直し】	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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の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（以下「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかか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　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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の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（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等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。
Ａ３０１　特定集中治療室管理料 【注の見直し】	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

	（７日以内の期間）　1,500点 （８日以上14日以内の期間）　1,000点	（７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点
Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料 【項目の追加】	（新規） →	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　13,477点 （８日以上14日以内の期間）　11,477点
5 Ａ３００　救命救急入院料 【注の見直し】	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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかか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　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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等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。
Ａ３０１　特定集中治療室管理料 【注の見直し】	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局 →	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局

	長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　1,500点 （８日以上14日以内の期間）　1,000点	長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点
Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料 【項目の追加】	（新規） →	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　13,677点 （８日以上14日以内の期間）　11,677点
6 Ａ３００　救命救急入院料 【注の見直し】	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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかか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　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もの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等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。

Ａ３０１　特定集中治療室管理料 【注の見直し】	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　1,500点 （８日以上14日以内の期間）　1,000点	注　基本診療料の施設基準等第九の三の⑷に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （７日以内の期間）　2,000点 （８日以上14日以内の期間）　1,500点
Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料 【項目の追加】	（新規）	小児特定集中治療室管理料 （７日以内の期間）　13,739点 （８日以上14日以内の期間）　11,739点
7 【項目の追加】	（新規）	7　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の五の（５）に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の五の（６）に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療

			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から減じるものとする。 区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る） ７対１入院基本料　125点 10対１入院基本料　105点
8 【項目の追加】		（新規）→	8　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の（５）に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の六の（６）に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左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から減じるものとする。 区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料 ７対１入院基本料　125点 10対１入院基本料　105点 13対１入院基本料　88点

9 【項目の追加】	（新規） →	9　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の（９）に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(10)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左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から減じるものとする。 区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料 ７対１入院基本料　125点 ７対１特別入院基本料　100点 10対１入院基本料　105点 10対１特別入院基本料　83点 13対１入院基本料　88点 15対１入院基本料　76点 特別入院基本料　46点
10 【項目の追加】	（新規） →	10　１の規定にかかわらず、４に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の五の（７）に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の五の（８）に規定する日の診断群分類区分の点数は、

			医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左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から減じるものとする。 区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る） ７対１入院基本料　125点 10対１入院基本料　105点
11 【項目の追加】		（新規）→	11　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の（７）に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の六の（８）に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左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から減じるものとする。 区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料 ７対１入院基本料　125点 10対１入院基本料　105点 13対１入院基本料　88点
12		（新規）→	12　１の規定にかかわらず、６に規定する病院で

【項目の追加】		あって、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(11)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(12)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左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から減じるものとする。 区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料 ７対１入院基本料　125点 ７対１特別入院基本料　100点 10対１入院基本料　105点 10対１特別入院基本料　83点 13対１入院基本料　88点 15対１入院基本料　76点 特別入院基本料　46点
13 【項目の見直し】	7　11の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、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項の規定の例による。	13　17の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、１から12まで及び14から16までの規定にかかわらず、第２項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）であって、化学療法等に係る区分の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに、化学療法等が実施されないも

		のについては、第２の規定にかかわらず当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。
18 【項目の見直し】	12　４に規定する病院、５に規定する病院及び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、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める機能評価係数とを合算して得た係数とする。	18　４に規定する病院、５に規定する病院及び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暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

別紙４

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）

【平成24年４月１日施行】

改　正　案	現　行
（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。 一～五　（略） 六　歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。 イ　歯冠修復 (1)（略） (2)　歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。 ロ　欠損補綴 (1)　（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。 一～五　（略） 六　歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。 イ　歯冠修復 (1)（略） (2)　歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限つて使用するものとし、前歯部の鋳造歯冠修復又は歯冠継続歯については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。 ロ　欠損補綴 (1)　（略）

(2)　ブリッジ (一)　(略) (二)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。 (3)　口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴 　口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。 七～九　(略) 様式第二号(処方せん様式)を別添のとおり改正	(2)　ブリッジ (一)　(略) (二)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはポンティックに限つて使用する。 (3)　口蓋補綴及び顎補綴 　口蓋補綴及び顎補綴は、必要があると認められる場合に行う。 七～九　(略)

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）
【平成26年４月１日施行】

改　正　案	現　行
（領収証等の交付） 第五条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。 ３　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。 ※　ただし、400 床以上の病院を除き、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。	（領収証等の交付） 第五条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 ３　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

（別添）新たな処方せんの様式（案）

様式第二号（第二十三条関係）

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 電話番号 保険医氏名　印
	生年月日	明 大 昭 平　年　月　日　男・女	
	区分	被保険者　被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード
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	変更不可	（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）	
備考	保険医署名（「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）		
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。

2．この用紙は、日本工業規格 A 列５番を標準とすること。

3．療養の給付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こと。

別紙５

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）

【平成26年４月１日施行】

改　正　案	現　行
（領収証の交付） 第四条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。 ３　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。 ※　ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。	（領収証の交付） 第四条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 ３　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

別紙６

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成24年４月１日施行】

改　正　案	現　行
（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。 一～六　（略） 七　歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。 イ　歯冠修復 (1)　（略） (2)　歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、前歯部の金属歯冠修復については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。 ロ　欠損補綴 (1)　（略） (2)　ブリッジ	（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。 一～六　（略） 七　歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。 イ　歯冠修復 (1)　（略） (2)　歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、金位十四カラツト合金は臼歯部の歯冠継続歯に限つて使用するものとし、前歯部の鋳造歯冠修復又は歯冠継続歯については金合金又は白金加金を使用することができるものとする。 ロ　欠損補綴 (1)　（略） (2)　ブリッジ

（一）　（略） （二）　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はボンティックに限つて使用する。 (3)　口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。 八・九　（略）	（一）　（略） （二）　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞若しくはボンティックに限つて使用する。 (3)　口蓋補綴及び顎補綴 口蓋補綴及び顎補綴は、必要があると認められる場合に行う。 八・九　（略）

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成26年４月１日施行】

改　正　案	現　行
（領収証等の交付） 第五条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。 ３　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。	（領収証等の交付） 第五条の二　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつ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。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 ３　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。
（領収証の交付） 第二十六条の五　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載	（領収証の交付） 第二十六条の五　（略） ２　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載

した明細書を交付しなければならない。	した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。
3　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。	3　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。
※　ただし、400 床以上の病院を除き、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。	

別紙７

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（昭和十八年厚生労働省告示第四百九十五号）

【平成24年４月１日施行】

改　　正　　案	現　　行
第二条　健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～七　（略） 八　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給 九・十　（略）	第二条　健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 一～七　（略） 八　前歯部の鋳造歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給 九・十　（略）

別紙８

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方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【平成24年４月１日施行】

<table>
<tr><th>改　正　案</th><th>現　行</th></tr>
<tr><td>別表第一
<table><tr><td>前歯部の<u>金属歯冠修復</u>に金合金又は白金加金を使用した療養</td><td>前歯部の<u>金属歯冠修復</u>に歯科鋳造用金銀パラジウム合金を使用した療養</td></tr></table></td><td>別表第一
<table><tr><td>前歯部の<u>鋳造歯冠修復</u>に金合金又は白金加金を使用した療養</td><td>前歯部の<u>鋳造歯冠修復</u>に歯科鋳造用金銀パラジウム合金を使用した療養</td></tr></table></td></tr>
</table>

正誤表

下記の通り、誤記がありましたので訂正いたします。

正誤箇所	誤	正
ＤＰＣ－別表－ 11/11 18　【項目の見直し】	18　４に規定する病院、５に規定する病院及び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暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。	18　４に規定する病院、５に規定する病院及び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基礎係数、暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

中医協 総－３－１
２４．２．１０

薬価算定の基準について（案）

第１章　定義

１　薬価

薬価とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）が薬剤の支給に要する単位（以下「薬価算定単位」という。）あたりの平均的な費用の額として銘柄毎に定める額をいう。

ただし、複数の薬剤について、次のいずれかに該当する場合には、別の銘柄として薬価算定は行わない。

(1) 組成（有効成分又は有効成分の組合せ及びその配合割合をいう。以下同じ。）、剤形、規格及び薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた者（以下「製造販売業者」という。）の全てが同一である場合

(2) 組成、剤形及び規格が同一であって、製造販売業者が異なる薬剤のうち、当該製造販売業者の関係が次のいずれかの要件を満たす場合

イ　薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第１号）第69条（同規則第111条において準用する場合を含む。）の規定における承認取得者と承認取得者の地位を承継する者の関係であったこと。

ロ　「医薬品等の製造（輸入）承認の取扱いについて」（昭和61年薬発第238号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

ハ　「医薬品等の製造承認、輸入承認及び外国製造承認の取扱いについて」（昭和62年薬発第821号）に規定する既承認取得者と承認申請者の関係であったこと。

(3) 組成、剤形及び規格が同一の日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、生薬その他の薬剤であって、当該薬剤の保険医療機関等における使用状況、購入状況その他の状況からみて、製造販売業者の違いに応じ別に薬価を定める必要性が乏しいと認められる場合

２　一日薬価

一日薬価とは、薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づき承認された用法及び用量(以下単に「用法及び用量」という。）に従い、通常最大用量を投与した場合における一日あたりの平均的な費用の額をいう。

３　一日通常最大単位数量

一日通常最大単位数量とは、用法及び用量に従い、通常最大用量を投与した場合における薬価算定単位あたりの一日平均の数量をいう。

４　投与形態

投与形態とは、内用、注射又は外用をいう。

５　剤形区分

剤形区分とは、別表１に定める投与形態及び剤形の類似性に基づく薬価算定上の剤形の区分をいう。

６　薬価収載

薬価収載とは、当該銘柄について、薬価に係る厚生労働大臣告示を定めることをいう。

７　薬価改定

薬価改定とは、厚生労働省が実施する薬価調査の結果に基づき、薬価に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

８　新規収載品

新規収載品とは、新規に薬価収載される銘柄をいう。

９　新薬

新薬とは、次の各号に掲げる新規収載品をいう。

イ　薬事法第14条の４第１項（同法第19条の４において準用する場合を含む。）の規定に基づき厚生労働大臣の再審査を受けなければならないとさ

れた新規収載品

ロ　組成、投与形態及び製造販売業者が同一（共同開発されたものについては、製造販売業者が同一のものとみなす。）の既収載品（イに規定する新規収載品として薬価収載されたもの（薬価収載された後、薬価基準から削除されたものを含む。）に限る。）がある新規収載品

10　新規後発品

新規後発品とは、新薬以外の新規収載品（バイオ後続品を含む。）をいう。

11　汎用新規収載品

汎用新規収載品とは、次の新規収載品のうち、有効成分量を基に計算した年間販売量（以下単に「年間販売量」という。）が、規格別にみて最も多くなると見込まれる規格のものをいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一であって、規格が異なる類似薬（15に定義する類似薬をいう。）がない新規収載品

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者がイの新規収載品と同一であって、規格が異なる新規収載品（効能及び効果が類似するものに限る。）

12　非汎用新規収載品

非汎用新規収載品とは、汎用新規収載品以外の新規収載品をいう。

13　既収載品

既収載品とは、既に薬価収載されている銘柄をいう。

14　汎用規格

汎用規格とは、組成及び剤形が同一の類似薬（15に定義する類似薬をいう。）の年間販売量を、規格別にみて、最もその合計量が多い規格をいう。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

15　類似薬

類似薬とは、次の既収載品をいう。

イ　既収載品のうち、次に掲げる事項からみて類似性があると認められる

もの。ただし、新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。

（イ）効能及び効果

（ロ）薬理作用

（ハ）組成及び化学構造式

（ニ）投与形態、剤形区分、剤形及び用法

ロ　新薬の薬価算定においては、イに規定する既収載品について、新薬として薬価収載されたものに限るものとする。ただし、既収載品に類似性があると認められる新薬がない場合であって、必要と認められるときは、イに規定する既収載品のうち新規後発品として薬価収載されたもの以外の既収載品を含むものとする。

16　最類似薬

最類似薬とは、汎用規格の類似薬のうち、類似薬を定める際に勘案する事項（新規後発品の薬価算定においては、同一剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）からみて、類似性が最も高いものをいう。

ただし、複数の類似薬を組み合わせた場合が最も類似性が高いと認められるときは、当該類似薬の組合せを最類似薬とする。

17　薬理作用類似薬

薬理作用類似薬とは、類似薬のうち、次の要件を全て満たす既収載品をいう。

イ　同一の効能及び効果を有するものであって、当該効能及び効果に係る薬理作用が類似していること。

ロ　投与形態が同一であること。

18　比較薬

比較薬とは、新規収載品の薬価算定上の基準となる既収載品をいう。

19　剤形間比

剤形間比とは、剤形が新規収載品と同一の汎用規格の既収載品及び剤形が比較薬と同一の汎用規格の既収載品（剤形が新規収載品と同一の当該既収載品と組成及び製造販売業者が同一であるものに限る。）との、有効成分の含有量あたりの薬価の比をいう。

20　類似薬効比較方式（Ⅰ）

類似薬効比較方式（Ⅰ）とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新規収載品の薬価とする算定方式をいう。

イ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が同一である場合
当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　当該新規収載品と比較薬の剤形区分が異なる場合
当該新規収載品の一日薬価と、類似する効能及び効果に係る比較薬の一日薬価とが同一となるように算定された、当該新規収載品の薬価算定単位あたりの費用の額に、類似薬の剤形間比（剤形間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の剤形間比とし、類似薬に剤形間比がない場合には１（必要があると認められる場合は、剤形区分間比（19中「剤形」とあるのを「剤形区分」と読み替えたものをいう。））とする。）を乗じた額

21　類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、当該新規性に乏しい新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（汎用規格のものに限る。この号において同じ。）を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。
なお、次の各号に規定する期間については、当該新薬が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して計算する。

(1) 過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬がある場合

イ　当該新薬の一日薬価と次のいずれか低い額とが同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額
（イ）過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額
（ロ）過去６年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ⅰ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬

効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去15年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額
（ロ）過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

(2) 過去10年間に薬価収載された薬理作用類似薬がない場合

イ　当該新薬の一日薬価と、直近に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価とが、同一となるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

ロ　イにより算定される額が、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額を超える場合には、イに関わらず、当該新薬の一日薬価と類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額及び次のいずれかのうち最も低い額とが同一になるように算定された、当該新薬の薬価算定単位あたりの費用の額

（イ）過去20年間に薬価収載された薬理作用類似薬について、当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価を相加平均した額
（ロ）過去15年間に薬価収載された薬理作用類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価のうち、最も低い一日薬価

22　原価計算方式

原価計算方式とは、薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価に、販売費及び一般管理費、営業利益、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を薬価とする算定方式（当該算定について、「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（平成24年　月　　日医政発第　　号、保発第　　号）１（１）②に基づく資料の提出があった場合であって、必要があると認められるときは、当該資料を勘案し計算された額を薬価とするもの）をいう。

この場合において、営業利益率は、既存治療と比較した場合の革新性や有効性、安全性の程度に応じて、平均的な営業利益率の±50％の範囲内の値を用いることとする。

なお、平均的な営業利益率等の係数については、前年度末時点で得られる直近３か年の平均値を用いることとする。

23　補正加算

補正加算とは、類似薬効比較方式（Ⅰ）で算定される新規収載品に対して行われる画期性加算、有用性加算（Ⅰ）、有用性加算（Ⅱ）、市場性加算（Ⅰ）、市場性加算（Ⅱ）及び小児加算をいう。

24　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ　類似薬に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

25　有用性加算（Ⅰ）

有用性加算（Ⅰ）とは、画期性加算の３つの要件のうち２つの要件を満たす新規収載品（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

26　有用性加算（Ⅱ）

有用性加算（Ⅱ）とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品（画期性加算又は有用性加算（Ⅰ）の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の作用機序を有すること。

ロ　類似薬に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

ニ　製剤における工夫により、類似薬に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

27　市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、次の要件を全て満たす新規収載品に対する別表２

に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　薬事法第77条の２の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された新規収載品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能及び効果が当該新規収載品の主たる効能及び効果であること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと。

28　市場性加算(Ⅱ)

市場性加算(Ⅱ)とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算(Ⅰ)又は小児加算の対象となるものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　当該新規収載品の主たる効能及び効果が、日本標準商品分類に定められている薬効分類のうち、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと。

29　小児加算

小児加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品（市場性加算（Ⅰ）の対象となるもの及び国内で小児効能に係る臨床試験を実施しておらず、かつ、小児用製剤など、小児に対して臨床使用上適切な製剤が供給されないものを除く。）に対する別表２に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　当該新規収載品の主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。以下同じ。）に係るものが明示的に含まれていること。

ロ　当該新規収載品の比較薬が小児加算の適用を受けていないこと

30-1　外国平均価格

組成及び剤形区分が新規収載品と同一であって、規格及び使用実態が当該新規収載品と類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）の薬剤の国別の価格（当該国の薬剤に係る価格表に収載されている価格をいう。）を相加平均した額をいう。ただし、外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が２ヶ国以上あり、そのうち最高の価格が最低の価格の５倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額を、また、外国の薬剤の国別の価格が３ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以

外の価格を相加平均した額（以下「最高価格除外平均価格」という。）の２倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の２倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。

30-2 外国平均価格調整

外国平均価格調整とは、外国平均価格が計算できる場合（30-1 のただし書きにより、外国平均価格調整に当たって外国平均価格とみなすこととした場合は、当該外国平均価格）において、類似薬効比較方式（Ⅰ）、類似薬効比較方式（Ⅱ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の２分の３に相当する額を上回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含む。）又は類似薬効比較方式（Ⅰ）若しくは原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の４分の３に相当する額を下回る場合（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が同時に薬価収載される場合であって、当該新規収載品のうち一以上が当該要件を満たす場合を含み、次のいずれかに該当する場合を除く。）に、別表３に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品の薬価とする調整方式をいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合であって、次のいずれかに該当する場合

（イ）類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が当該汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。以下同じ。）が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ロ）類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格を下回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を上回る場合

（ハ）類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による一の非汎用新規収載品（以下「特定非汎用新規収載品」という。）の算定値（補正加算を含む。）が特定非汎用新規収載品の外国平均価格を上回り、かつ、類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による特定非汎用新規収載品以外の非汎用新規収載品の算定値（補正加算を含む。）が当該非汎用新規収載品の外国平均価格を下回る場合

（ニ）類似薬効比較方式（Ⅰ）又は原価計算方式による非汎用新規収載品

の算定値が当該非汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額を下回り、かつ、類似薬効比較方式（Ｉ）又は原価計算方式による汎用新規収載品の算定値が当該汎用新規収載品の外国平均価格の４分の３に相当する額以上である場合

ロ　外国平均価格が１ヶ国のみの価格に基づき算出されることとなる場合

31　規格間調整

規格間調整とは、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する薬価及び有効成分の含有量の関係と、非汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係とが、別表４に定める当該非汎用新規収載品の類似薬の規格間比と同じとなるように非汎用新規収載品の薬価を算定する調整方式をいう。

イ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がない場合

汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量の関係

ロ　組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある場合

最類似薬の薬価及び有効成分の含有量の関係

32　市場実勢価格加重平均値調整幅方式

市場実勢価格加重平均値調整幅方式とは、薬剤の市場実勢価格、消費税率及び薬剤流通の安定性を考慮した別表５に定める算式により行う原則的な薬価の改定方式をいう。

33　再算定

再算定とは、薬価算定の前提となった条件が大きく異なったと認められる際に、市場実勢価格加重平均値調整幅方式に代えて、薬価改定の際に、適用される市場拡大再算定、効能変化再算定、用法用量変化再算定及び不採算品再算定をいう。

第２章　新規収載品の薬価算定

第１部　新薬の薬価算定

第１節　類似薬がある新薬の場合

1　新薬が補正加算の対象となる場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の最類似薬(以下「新薬算定最類似薬」という。）を比較薬として、類似薬効比較方式(Ｉ)によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(Ｉ)によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に、補正加算を行った額を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ただし、新薬算定最類似薬が、当該新薬と組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の場合を除く。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

2　新薬が補正加算の対象にならない場合

(1) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬（既収載品と組成が同一であって、医療上の必要性から、当該既収載品の用法及び用量を変更した新規収載品を除く。）が次の要件を全て満たす場合には、類似薬効比較方式(Ⅱ)によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

（イ）当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）の組成の種類が３以上であること。

（ロ）当該新薬の薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日が、当該新薬の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）のうち、最も早く薬価収載されたものの当該薬価収載の日から起算して３年を経過した日以後であること。

ハ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ニ　規格間調整

イ又はロ及びハに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量
（ロ）イ又はロ及びハにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

(2) 組成が当該新薬と同一の薬理作用類似薬（当該新薬の主たる効能及び効果に係るものに限る。）がある場合

① 組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合

イ 薬価算定の原則

新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ただし、共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を当該新薬の薬価とする。

（イ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合
当該新薬算定最類似薬を比較薬として類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額

（ロ）組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の新薬算定最類似薬がない場合
複数の新薬算定最類似薬それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

②　組成、剤形区分及び製造販売業者が新薬と同一の新薬算定最類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

当該新薬の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）当該新薬算定最類似薬の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ロ　薬価算定の特例

イに関わらず、新薬算定最類似薬と組成及び投与形態が同一であって、医療上の必要性から、当該新薬算定最類似薬の用法及び用量を変更した新薬（イの規格間調整による薬価算定が不適切と認められる場合に限る。）については、当該新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を、当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該新薬の薬価とする。

新薬算定最類似薬は、当該新薬が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた日の前日から起算して過去10年間に薬価収載されたものであって、当該新薬算定最類似薬に係る後発品が薬価収載されていないものとするが、必要と認められるときは、それ以外の新薬算定最類似薬を用い、それ以外の場合は、第２節の規定により算定される額を当該新薬の薬価とする。

第２節　類似薬がない新薬の場合

イ　薬価算定の原則

原価計算方式によって算定される額を新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

第２部　新規後発品の薬価算定

１　新規後発品として薬価収載された既収載品の中に、新規後発品の最類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

新薬として薬価収載された既収載品中の当該新規後発品の最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形区分が同一の最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）に 100分の70を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。ただし、内用薬については、当該新規後発品及び同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）の銘柄数が10を超える場合は、100分の60を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

ロ　バイオ後続品に係る特例

当該新規収載品がバイオ後続品である場合には、イの規定により算定される額に、当該バイオ後続品の製造販売業者が薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を申請するに当たって患者を対象に実施した臨床試験の充実度に応じて、100分の10を上限とする割合を当該額に乗じて得た額を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ハ　有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規収載品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

ニ　規格間調整

イからハまでに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

ホ　薬価算定の特例

当該新規後発品に、新薬として収載された既収載品中の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格がない場合は、当該最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100分の70（イのただし書きに該当する場合は、 100分の60）を乗じて得た額（当該新規後発品がバイオ後続品に係る特例又は有用性加算（Ⅱ）の適用を受ける場合には、適用後の額）を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

2　新規後発品として薬価収載された既収載品中に、新規後発品の最類似薬がある場合

(1) 組成、剤形区分及び製造販売業者が新規後発品と同一の最類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

当該新規後発品の薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量

（ロ）当該最類似薬の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

ロ　有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、次の数値を用いた規格間調整により算定する。
（イ）当該新規後発品の有効成分の含有量
（ロ）当該最類似薬に有用性加算(Ⅱ)を行ったとした場合に算定される額及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

(2) 組成、剤形区分及び製造販売業者が新規後発品と同一の最類似薬がない場合

①　新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がある場合

イ　薬価算定の原則

組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を当該新規後発品の薬価とする。
なお、当該類似薬が複数となる場合には、薬価が最も低い額のものを比較薬とする。

ロ　薬価算定の特例

（イ）内用薬
次の（い）から（は）に掲げるものについて合計した銘柄数が初めて10を超える場合には、次の（ろ）に該当する後発品が薬価改定を受けるまでの間は、１のイのただし書きに該当するものとして算定した額を当該新規後発品の薬価とし、薬価改定を受けた後は、イの規定により算定される額に100分の90を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。
（い）当該新規後発品
（ろ）組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の後発品
（は）当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

（ロ）注射薬及び外用薬

次の（い）から（は）に掲げるものについて合計した銘柄数が初めて20を超える場合には、イの規定により算定される額に100分の90を乗じた額を当該新規後発品の薬価とする。

（い）当該新規後発品

（ろ）組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の類似薬

（は）当該新規後発品と同時期の薬価収載が予定される組成、剤形区分及び規格が当該新規後発品と同一の薬剤（効能及び効果が当該新規後発品と類似しているものに限る。）

ハ　有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イ又はロの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

②　新規後発品として薬価収載された既収載品中に、組成、剤形区分及び規格が新規後発品と同一の類似薬がない場合

イ　薬価算定の原則

当該新規後発品の最類似薬と有効成分の含有量が同一の規格があるものとして、類似薬効比較方式(Ⅰ)によって算定される額を算定値とし、当該算定値から規格間調整により算定される額を当該新規後発品の薬価とする。

なお、当該最類似薬が複数となる場合には一日薬価が最も低い額のものを比較薬とする。

ロ　有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合

当該新規後発品が有用性加算(Ⅱ)の対象となる場合には、イの規定により算定される額に、有用性加算(Ⅱ)を加えた額を当該新規後発品の薬価とする。

第３部　新規収載品の薬価算定の特例

１　効能追加と同等とみなせる新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部の規定に関わらず、新薬が次の要件の全てを満たす場合には、別表６に定めるところにより算定される額を当該新薬の薬価とする。

（イ）当該新薬の主たる効能及び効果に係る類似薬中に、組成、投与形態及び製造販売業者が当該新薬と同一の既収載品がないこと。

（ロ）当該新薬の主たる効能及び効果に係る類似薬以外に、組成、剤形区分及び製造販売業者が当該新薬と同一の既収載品があること。

（ハ）当該新薬の新薬算定最類似薬があること。

ロ　規格間調整

イに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

２　キット製品である新規収載品の薬価算定

イ　キット製品に係る特例

第１部及び前部の規定に関わらず、キット製品（注射剤に溶解液等を組み合わせたキット製品等の取扱いについて（昭和61年薬審２第98号）に規定するキット製品をいう。以下同じ。）である新規収載品の薬価は、当該キット製品に含まれる薬剤について第１部又は前部の規定により算定される額に、薬剤以外の部分のうちキット製品としての特徴をもたらしている部分の製造販売に要する原材料費を加えた額とする。

ロ　有用性の高いキット製品の薬価算定の特例

当該キット製品が次のいずれかの要件を満たす場合（既収載品のキット製品と比較して、キットの構造、機能に新規性が認められる場合に限る。）には、イにより算定される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を当該キット製品の薬価とする。

（イ）既収載品（キット製品である既収載品を除く。以下この号において同じ。）を患者に投与する場合に比して、感染の危険を軽減すること
（ロ）既収載品を患者に投与する場合に比して、調剤時の過誤の危険を軽減すること
（ハ）既収載品を患者に投与する場合に比して、救急時の迅速な対応が可能となること
（ニ）既収載品を患者に投与する場合に比して、治療の質を高めること

3　類似処方医療用配合剤の薬価算定

イ　類似処方医療用配合剤の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものに限る。）である新規収載品の薬価は、新薬又は類似処方医療用配合剤として薬価収載された最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（処方の類似性が同様である最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額）を当該類似処方医療用配合剤の薬価とする。

ロ　規格間調整

イに関わらず、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。
（イ）当該類似処方医療用配合剤の有効成分の含有量
（ロ）イにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

ハ　最類似薬がイに規定する類似処方医療用配合剤（製造販売業者が同一のものを除く。）に該当する医療用配合剤については、第１部及び前部の規定に関わらず、類似薬効比較方式（Ｉ）により算定される額に１００分の７０を乗じて得た額を当該医療用配合剤の薬価とする。

4　規格間調整のみによる新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部第１節２(2)②の規定の適用を受けたもののうち、当該新薬が次の（イ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める市場性加算（Ⅱ）の算式を準用して算定される額を加えた額を、当該新薬が次の（ロ）の要件を満たす場合には、当該規定により算出される額に、別表２に定める小児加算の算式を準用して算定される額を加えた額を当該新薬の薬価とする。

（イ）類似薬に比して、投与回数の減少等高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

（ロ）第１章29の小児加算の要件。

5　不採算品再算定の要件に該当する既収載品について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品の薬価算定

イ　算定の特例

第３章第３節４の不採算品再算定の要件に該当する既収載品（製造販売業者が同一のものに限る。）について安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、新規に収載する医薬品であって、当該既収載品の薬価に基づく類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）により算定したのでは不採算となり、緊急性がある場合には、原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の薬価とする。

6　新医療用配合剤の薬価算定

(1) 特例の対象となる新医療用配合剤

本号の対象となる新医療用配合剤は、次の全ての要件に該当するもの。ただし、抗ＨＩＶ薬<u>並びに臨床試験の充実度又は臨床上のメリットが明らかな注射用配合剤及び外用配合剤</u>を除く。

イ　当該新医療用配合剤の全ての有効成分について、当該有効成分のみを有効成分として含有する既収載品（以下「単剤」という。）があること。

ロ　効能及び効果が、当該新医療用配合剤に係る単剤の効能及び効果の組合せと同様であると認められること。

ハ　当該新医療用配合剤の投与形態及び当該新医療用配合剤に係る全て

の単剤の投与形態が同一であること。

(2) 新医療用配合剤の特例

① 新医療用配合剤に係る全ての単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。

（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量

（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

② 新医療用配合剤に係る単剤の一部について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合（④の場合を除く。）

イ 算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、次のいずれか低い額を当該新医療用配合剤の薬価とする。

（イ）新医療用配合剤に係る全ての単剤（製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがある場合には当該単剤を、また、同一のものがない場合には薬価が最も高い額の単剤を用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（ロ）次の各号に掲げる額の合計額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）

（い）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がある有効成分について、当該単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額に100分の80を乗じた額

（ろ）製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一の単剤がない有効成分について、薬価が最も低い額の単剤を比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額

ロ 外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ 単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ 規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、

その合計により算定する。
（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品における当該有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

③　新医療用配合剤に係る単剤について、製造販売業者が当該新医療用配合剤と同一のものがない場合（④の場合を除く。）

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、新医療用配合剤に係る全ての単剤（薬価が最も低い額のものを用いるものとする。）の組合せを比較薬として、類似薬効比較方式（Ｉ）によって算定される額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新医療用配合剤の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新医療用配合剤について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　単剤の一日薬価との調整

イ及びロに関わらず、イ及びロの規定により算定される薬価に基づき計算した一日薬価が、比較薬とした単剤の一日薬価のうち最も高い額を下回る場合には、当該単剤の一日薬価と当該新医療用配合剤の一日薬価とが同一となるように、当該新医療用配合剤の薬価を算定する。

ニ　規格間調整

イからハまでに関わらず、有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。
（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
（ロ）イからハまでにより算定される当該汎用新規収載品の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該汎用新規収載品におけ

る当該有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

④　有効成分の組合せ、剤形区分及び製造販売業者が新医療用配合剤と同一の最類似薬がある場合

イ　算定の特例

当該新医療用配合剤の薬価については、有効成分ごとに次の数値を用いた規格間調整による算定額を求め、その合計により算定する。
（イ）当該新医療用配合剤の有効成分の含有量
（ロ）当該最類似薬の薬価のうち、当該有効成分の価格に相当する部分及び当該最類似薬における当該有効成分の含有量
（ハ）類似薬の規格間比

7　組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部及び前部の規定に関わらず、組成及び投与形態が同一で効能及び効果が異なる既収載品がある新薬（主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児に係るものが明示的に含まれているものを除く。）については、類似薬がある場合であっても、原価計算方式によって算定される額を当該新薬の薬価とする。
ただし、当該原価計算方式によって算定される額が、新薬算定最類似薬を比較薬として、類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれについて類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額。また、補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を超える場合には、当該類似薬効比較方式（Ⅰ）又は類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

8　既収載品（ラセミ体）を光学分割した新薬の薬価算定

イ　算定の特例

第１部の規定に関わらず、光学分割した成分を新有効成分とする新薬であって当該成分を含むラセミ体の既収載品と投与経路、効能・効果等に大きな違いがないものについては、次のいずれかに該当する場合を除き、当該ラセミ体の既収載品を比較薬とした類似薬効比較方式（Ⅰ）によって算定される額に 100分の80を乗じた額（補正加算の対象となる場合には当該額に補正加算を行った額）を当該新薬の薬価とする。ただし、類似薬効比較方式（Ⅱ）の要件にも該当し、当該算定額がより低い場合は、類似薬効比較方式（Ⅱ）によって算定される額を当該新薬の薬価とする。

（イ）当該ラセミ体の既収載品が薬価収載から長期間経過（15年超）している場合

（ロ）光学分割を行ったことにより当該ラセミ体に比し高い有効性又は安全性を有することが客観的に示されている場合

（ハ）当該ラセミ体の既収載品の製造販売業者と異なる製造販売業者が開発している場合

ロ　外国平均価格調整

当該新薬について、外国平均価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を薬価とする。

ハ　規格間調整

イ及びロに関わらず、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎

用新規収載品と非汎用新規収載品とが同時に薬価収載される場合には、非汎用新規収載品に該当するものの薬価については、次の数値を用いた規格間調整により算定する。

（イ）当該新薬の有効成分の含有量

（ロ）イ及びロにより算定される当該汎用新規収載品の薬価及び有効成分の含有量

（ハ）類似薬の規格間比

９　最低薬価を下回る新規収載品の薬価算定の特例

第２章第１部又は第２部の規定によって算定される額が、別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、同部の規定に関わらず、原則として、最低薬価を当該新規収載品の薬価とする。

第３章　既収載品の薬価の改定

第１節　既収載品の薬価の改定の原則

薬価改定においては、当該既収載品の薬価を市場実勢価格加重平均値調整幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、薬価調査により市場実勢価格が把握できない既収載品については、当該既収載品の最類似薬の薬価改定前後の薬価の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

第２節　既収載品の薬価の改定の特例

第１節の規定に関わらず、次の１から４までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、薬価改定の際に、該当する各号に掲げる額に薬価を改定する。ただし、１から４までのうち２以上に該当する場合には、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に掲げる額に薬価を改定する。

(1)　１に定める要件及び２から４までに定める要件のうち１以上に該当する場合

第１節の規定により算定される額から、次のイに掲げる額を控除し、次のロに掲げる額を加えた額に改定する。

イ　第１節の規定により算定される額に、１(2)の各号に掲げる区分に従

い当該各号に規定する割合を乗じて得た額

ロ　第１節の規定により算定される額に、２(2)、３(2)又は４(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額

(2)　２から４までに定める要件のうち２以上に該当する場合（(1)の場合を除く。）

第１節の規定により算定される額に、当該額に２(2)、３(2)又は４(2)の規定（当該既収載品が該当する要件に係るものに限る。）により算定される補正加算率のうち最も大きな率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

1　初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例

(1)　特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、薬事法の規定に基づき昭和42年10月１日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除く。）であって、当該既収載品に係る最初の後発品（新規後発品として薬価収載されたものであって、当該既収載品と組成、投与形態及び薬効小分類が同一のもので最も早く薬価収載されたものをいう。以下同じ。）の新規収載後の最初の薬価改定に該当するもののうち、次のいずれにも該当しないもの。

イ　日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）

ロ　生物学的製剤（血液製剤を含む。）

ハ　漢方製剤及び生薬

ニ　薬事法第77条の２の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定された既収載品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しない医薬品

ホ　第３節４の不採算品の要件を満たしている医薬品

ヘ　後発品の薬価を下回る医薬品又は第４節２の最低薬価を下回る医薬品（本節に規定する特例を適用した場合の算定値が下回る医薬品を含む。）

(2)　薬価の改定方式

第１節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第１節の規定により算定される額から、当該額に次の各号に掲げる区分に従い当該各号に規定する割合を乗じて得た額を控除した額に改定する。

ただし、日本薬局方収載医薬品のうち銘柄毎に薬価収載されているものについては、当該割合に２分の１を乗じた割合を適用する。

イ　昭和42年10月１日以降昭和55年９月30日までに承認された既収載品　100分の４

ロ　昭和55年10月１日以降に承認された既収載品であって、平成９年度薬価改定において一定価格幅が100分の８とされたもの又は平成10年度薬価改定において一定価格幅が100分の２とされたもの　100分の５

ハ　昭和55年10月１日以降に承認された既収載品であって、ロに該当するもの以外のもの　100分の６

２　小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月１日以降に、薬事法第14条第９項（同法第19条の２第５項において準用する場合を含む。以下同じ。）の規定に基づき小児に係る効能及び効果又は用法及び用量が追加されたもの。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第１節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第１節の規定により算定される額に、当該額に別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

３　希少疾病に係る効能及び効果等が追加された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月１日以降に、薬事法第14条第９項の規定に基づき希少疾病に係る効能及び効果又は用法及び用量

が追加されたもの（薬事法第77条の２の規定に基づき、希少疾病用医薬品として指定されたもの又はそれに相当すると認められるものに限る。）。ただし、当該効能及び効果等の追加の承認の申請に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であることその他の合理的な理由により、臨床試験その他の試験の全部又は一部を新たに実施することなく、文献等を添付することにより申請が可能であった場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第１節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第１節の規定により算定される額に、当該額に別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

4　市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品の薬価の改定の特例

(1) 特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、平成21年11月１日以降に、市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されていることが、国際的に信頼できる学術雑誌への論文の掲載等を通じて公表されたもの。ただし、その根拠となる調査成績が大学等の研究機関により得られたものである場合など、当該既収載品の製造販売業者の負担が相当程度低いと認められるものを除く。

(2) 薬価の改定方式

第１節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、第１節の規定により算定される額に、当該額に別表２に定める有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率を乗じて得た額を加えた額に改定する。

5　既収載の内用配合剤の薬価の改定の特例

(1)　特例の対象となる既収載品

本号の対象となる既収載品は、第２章第３部６(1)の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に

相当すると認められる既収載品であって、当該内用配合剤の有効成分の単剤（当該既収載内用配合剤の比較薬に限る。）が第２節１に該当するもの。

(2)　薬価の改定方式

第１節の規定に関わらず、(1)に該当する既収載品の薬価については、次により算定される額のうち、いずれか低い額に改定する。

イ　当該内用配合剤の収載時の算定方式に基づき、当該内用配合剤の有効成分のそれぞれの単剤について第１節又は第２節１から４の規定により算定した額を反映し、算定した額
ロ　第１節の規定により算定される額（ただし、第２節１から４に該当する場合は、同節（５を除く。）の規定により算定される額

第３節　再算定

第１節又は第２節の規定に関わらず、次の１から４までに定めるいずれかの要件に該当する既収載品については、薬価改定の際に、該当する各号に掲げる額に薬価を改定する。ただし、１から４までのうち２以上に該当する場合には、該当する各号に掲げる額のうち最も低い額を当該既収載品の薬価とする。
なお、４に定める要件に該当する既収載品のうち、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行ったものであって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。

１　市場拡大再算定

(1) 市場拡大再算定対象品

次の要件の全てに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定対象品」という。）については、別表７に定める算式により算定される額と第１節又は第２節の規定により算定される額のいずれか低い額

イ　次のいずれかに該当する既収載品
（イ）薬価収載された際、原価計算方式により薬価算定された既収載品
（ロ）薬価収載された際、原価計算方式以外の方式により薬価算定されたものであって、薬価収載後に当該既収載品の使用方法の変化、適

用対象患者の変化その他の変化により、当該既収載品の使用実態が著しく変化した既収載品

ロ　薬価収載の日（薬事法第１４条第９項の規定に基づき効能又は効果の変更（以下「効能変更」という。）が承認された既収載品については、当該効能変更の承認を受けた日）から10年を経過した後の最初の薬価改定を経ていない既収載品

ハ　既収載品並びに組成及び投与形態が当該既収載品と同一の全ての類似薬（以下「同一組成既収載品群」という。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額（以下この号において単に「年間販売額」という。）の合計額が、次に掲げる当該既収載品の薬価収載の日と当該薬価改定との関係の区分に従い、

・イの（イ）に該当する既収載品にあっては、当該各号に規定する基準年間販売額の２倍以上となる既収載品（当該合計額が150億円以下のものを除く。）又は10倍以上となる既収載品（当該合計額が100億円以下のものを除く。）

・イの（ロ）に該当する既収載品にあっては、当該各号に規定する基準年間販売額の２倍以上となる既収載品（当該合計額が150億円以下のものを除く。）

（イ）薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定以前の場合

基準年間販売額は、同一組成既収載品群が薬価収載された時点における予想年間販売額の合計額（当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前に、市場拡大再算定（市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額）

（ロ）効能変更があった場合であって、薬価収載の日から10年を経過した後の最初の薬価改定後の場合

基準年間販売額は、効能変更の承認を受けた日の直前の薬価改定の時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額（当該同一組成既収載品群が、前回の薬価改定以前（効能変更の承認後に限る。）に市場拡大再算定（市場拡大再算定類似品の価格調整を含む。）の対象となっている場合には、直近に当該再算定を行った時点における同一組成既収載品群の年間販売額の合計額）

(2) 市場拡大再算定類似品の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品（以下「市場拡大再算定類似品」と

いう。）については、別表７に定める算式により算定される額と第１節又は第２節の規定により算定される額のいずれか低い額

イ　当該市場拡大再算定対象品の薬理作用類似薬である既収載品

ロ　市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品と組成が同一の既収載品

ただし、市場規模、薬価基準への収載時期、適応の範囲等を考慮し、市場拡大再算定対象品と市場における競合性が乏しいと認められるものを除く。

２　効能変化再算定

(1) 主たる効能変化品

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品については、別表８に定めるところにより算定される額

イ　効能変更がなされた既収載品であって、当該効能変更が、薬価算定上、主たる効能及び効果の変更と認められる既収載品

ロ　当該変更後の主たる効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。）　がある既収載品

(2) 市場性加算対象効能変化品

次の全ての要件に該当する汎用規格の既収載品（主たる効能変化品を除く。）については、別表８に定める算式により算定される額

イ　薬事法第１４条第９項の規定に基づき追加された効能及び効果について、新薬として承認されれば、薬価算定上、市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の対象になると認められる既収載品

ロ　当該追加された効能及び効果について、薬事法第１４条の４第１項第１号イ又は同号ロによる再審査が附された既収載品

ハ　当該追加された効能及び効果に係る類似薬（新薬として薬価収載されたものに限り、当該既収載品と組成及び投与形態が同一であるものを除く。）がある既収載品

ニ　当該類似薬中の最類似薬の一日薬価より一日薬価が小さい既収載品

(3) 主たる効能変化品、市場性加算対象効能変化品の類似薬の価格調整

次のいずれかに該当する既収載品については、別表８に定める算式より算定される額

イ　主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と、組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の汎用規格以外の既収載品（主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と同様の効能変更があったものに限る。）

ロ　(1)又は(2)の効能変化再算定を行った後に、当該主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品と組成及び投与形態が同一である類似薬について、同様の効能変更があった既収載品

3　用法用量変化再算定

(1) 用法用量変化再算定の原則

直近の薬価改定後に、薬事法第14条第９項の規定に基づき、主たる効能及び効果に係る用法又は用量に変更があった既収載品（主たる効能変化品及び主たる効能変化品の類似薬の価格調整の対象となる既収載品並びに副作用の発生の防止等安全対策上の必要性により主たる効能及び効果に係る通常最大用量が減少した既収載品を除く。）については、別表９に定める算式により算定される額

(2) 用法用量変化再算定の特例

直近の薬価改定後に、薬価収載時又は効能及び効果の追加の際に定めた保険適用上の投与期間及び適用対象となる患者の範囲が変更された既収載品については、別表９に定める算式により算定される額。ただし、(1)に該当する既収載品については、(1)により算定される額とする。

4　不採算品再算定

次のいずれかに該当する既収載品については、原価計算方式によって算定される額（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額の

うち、最も低い額）

ただし、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の５を上限とする。

(1) 次の要件の全てを満たす既収載品

イ　中央社会保険医療協議会において、保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品

ロ　薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難である既収載品（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）

(2) 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）

第４節　低薬価品等の特例

１　組成、剤形区分及び規格が同一である既収載品群の特例

薬価改定の際、組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬について、それぞれ第１節、第２節又は第３節の規定により算定される額のうち最も高い額に100分の20を乗じた額を下回る算定額となる既収載品（以下「低薬価品」という。）については、第１節、第２節又は第３節の規定に関わらず、別表10に定める算式により算定される額を当該低薬価品の薬価とする。また、薬価改定の際、組成、剤形区分及び規格が同一である全ての類似薬について、それぞれ第１節、第２節又は第３節の規定により算定される額のうち最も高い額に100分の20を乗じた額以上かつ100分の30を乗じた額を下回る算定額となる既収載の後発品（以下「準低薬価品」という。）については、第１節、第２節又は第３節の規定に関わらず、別表10に定める算式により算定される額を当該準低薬価品の薬価とし、100分の30を乗じた額以上の算定額となる既収載後発品については、第１節、第２節又は第３節の規定に関わらず、最も高い額に100分の３を乗じた額の範囲内の後発品ごとに、別表10に定める算式の「低薬価品群又は準低薬価品群の税抜市場実勢価格の加重平均値」を「範囲内の後発医薬品の税抜市場実勢価格の加重平均値」と読み替えて算定される額を当該後発品の薬価とする。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

２　最低薬価

薬価改定の際、既収載品について第１節、第３節又は前号の規定により算定される額が、別表11の左欄に掲げる薬剤の区分に従い、同表の右欄に掲げる額（以下「最低薬価」という。）を下回る場合には、第１節、第３節又は前号の規定に関わらず、最低薬価を当該既収載品の薬価とする。

第４章　実施時期等

１　実施時期

(1) 新規収載品に係る薬価算定基準は、平成12年４月に薬事法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定に基づく承認を受けた薬剤に係る通常の薬価収載時から適用する。

(2) 効能変化再算定、用法用量変化再算定は、平成12年４月以降に薬事法の承認を受けたものその他の当該各号に定める要件を満たしたものについて適用し、当該要件を満たした時期に応じ、平成12年度薬価改定以降の最初の薬価改定又は当該薬価改定後の薬価改定の際に実施する。

２　改正手続き

薬価算定基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

３　経過措置

(1) 薬価算定基準の実施にあたっては、平成12年３月31日において薬価収載されているものについては、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新薬の定義に該当すると認められる場合には、新薬として薬価収載された既収載品とみなし、当該既収載品が新規に薬価収載された際に新規後発品の定義に該当すると認められる場合には、新規後発品として薬価収載された既収載品とみなす。

(2) 平成22年度薬価改定において最低薬価とみなして第３章第４節２の規定を適用することとされた既収載品及び平成24年３月31日における薬価が最低薬価を下回る既収載品の薬価については、当該薬価（再算定によ

り薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、第３章第４節２の規定を適用する。ただし、当該薬価（再算定により薬価が引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）が、最低薬価以上のときはこの限りでない。

(3) 平成24年度薬価改定においては、第３章第１節の規定に関わらず、次の要件の全てを満たす既収載品（第２章第３部６の規定により薬価算定されることとなる配合剤（補正加算の対象とならないものに限る。）に相当すると認められる既収載品であって、薬価収載の日から15年を経過した既収載品の有効成分又は後発品が薬価収載されている既収載品の有効成分を含有するもの並びに第３章第３節に定める再算定のいずれかの要件に該当するものを除く。）の薬価については、第３章第１節の規定により算定される額に、新薬創出・適応外薬解消等促進加算（以下「新薬創出等加算」という。）として、別表12に定める算式により算定される額を加えた額に改定する。ただし、当該既収載品の薬価改定前の薬価を超えることはできない。

イ　新薬として薬価収載された既収載品であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されていないもの（薬価収載の日から15年を経過した後の最初の薬価改定を経ていないものに限る。）

ロ　当該既収載品の市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えないもの

(4) (3)の規定に関わらず、(3)の要件に該当する既収載品であって、第３章第２節２から４までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当するものについては、(3)の規定により算定される額と同章第２節の規定により算定される額のいずれか高い額を当該既収載品の薬価とする。

(5) (3)の規定により算定される額については、第３章第４節の規定を適用する。

(6) 平成24年度薬価改定後の薬価改定（以下「24年度以降の薬価改定」という。）における新薬創出等加算の実施の可否については、その財政影響や適応外薬等（欧米では使用が認められているが国内では承認されていない医薬品及び適応のことをいう。以下同じ。）の開発及び上市の状況、後発医薬品の使用状況等を検証した上で、判断する。なお、適応外薬等の開発及び上市の状況（ドラッグラグ解消）については、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内開発状況の評価等も含め検証する。

(7) 平成22年度薬価改定において新薬創出等加算の対象となった既収載品

（以下「新薬創出等加算適用品」という。）が、24年度の薬価改定の際に、(3)イの要件を満たさない場合には、第３章第１節の規定により算定される額から、当該額に平成22年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額（平成22年度薬価改定において同章第１節の規定により算定された額から(3)の規定により算定された額（ただし、平成22年度薬価改定前の薬価を上限とする。以下同じ。）までの加算額（平成22年度薬価改定において同章第２節２から４までに定める既収載品の薬価の改定の特例のいずれかの要件に該当した新薬創出等加算適用品であって、同章第２節の規定により算定された額が(3)の規定により算定された額よりも低かったものにあっては、当該加算額から、同章第２節２(2)、３(2)又は４(2)の規定（当該新薬創出等加算適用品が該当した要件に係るものに限る。）により加算された額のうち最も大きな額を控除した額）をいう。以下同じ。）を控除した額に対して、同章第２節から第４節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の薬価とする。この場合において、別表７に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表７中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成22年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

(8)新薬創出等加算適用品の製造販売業者に対しては、24年度以降の薬価改定までの間、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」（以下「未承認薬等検討会議」という。）における検討結果を踏まえ厚生労働省が開発を要請する適応外薬等の開発や上市の状況を確認し、次の要件のいずれかに該当すると認められる場合には、24年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用しない。

イ　開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法第14条第１項若しくは第19条の２第１項の規定に基づく承認の申請又は第14条第９項の規定に基づく承認事項の一部変更承認の申請（以下、これらをまとめて「薬事法に基づく承認申請」という。）に当たって、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であり、臨床試験その他の試験を新たに実施する必要がないと認められるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから六月以内に薬事法に基づく承認申請を行わなかった場合

ロ　開発の要請を受けた適応外薬等のうち、薬事法に基づく承認申請に当たって、薬事法第２条第16項に規定する治験が必要となるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから一年以内に治験等に着手しなかった場合

なお、イ及びロにおける特段の合理的な理由として認められる場合と

しては、当該製造販売業者が同時期に多数の適応外薬等の開発の要請を受けている場合を基本とするが、なおその場合であっても、相当程度の適応外薬等について、イ又はロの区分に従い、当該各号に規定する期限内に薬事法に基づく承認申請を行っているもの又は治験等に着手しているものとする。

(9)(8)イ又はロの要件に該当すると認められる製造販売業者の既収載品の薬価については、24年度以降の薬価改定において、次の手順により改定する。

① 当該製造販売業者の新薬創出等加算適用品について、第３章第１節の規定により算定される額から、新薬創出等加算の適用により加算された額を控除した額に対して、同章第２節から第４節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の算定値として求める。この場合において、別表７に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表７中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

② 当該製造販売業者の全ての新薬創出等加算適用品について、新薬創出等加算の適用により得られた年間販売額（薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額（薬価改定前の薬価と同一の薬価に改定されたものについては、当該薬価までの加算の額）に年間販売量を乗じて求めた額をいう。）の合計額を求める。

③ 当該製造販売業者の全ての既収載品（第３章第４節２の最低薬価が適用されるものを除く。）の薬価について、同章の規定により算定される額（新薬創出等加算適用品については①の算定値）から、当該額に一定の割合を乗じて得た額を控除したとき（ただし、個々の既収載品について同章同節２の最低薬価を下回らないものとする。）に減少することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を控除した額（当該額が同章同節２の最低薬価を下回る場合には当該最低薬価）に改定する。

なお、24年度以降の薬価改定後の薬価改定においては、全ての既収載品の薬価について、第３章の規定により算定される額に、当該額に一定の割合を乗じて得た額を加えたときに増加することとなる年間販売額の合計額が②の合計額の100分の105と一致するような一定の割合を求め、当該一定の割合を乗じて得た額を加えた額に改定する。

(10) 未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省からの適応外薬等の開発の要請を受けていない新薬創出等加算適用品の製造販売業者（当該製造販売業者の全ての新薬創出等加算適用品について、新薬

創出等加算の適用により加算された額に年間販売量を乗じて求めた額の合計額が一定額未満である場合を除く。）については、業界全体の取り組みを検証するとともに、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省による適応外薬等の開発公募に対する開発などの具体的な貢献を確認し、不適切と判断された製造販売業者については、24年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用せず、当該製造販売業者の新薬創出等加算適用品について、第３章第１節の規定により算定される額から、当該額に平成24年度薬価改定の際に新薬創出等加算の適用により加算された額を控除した額に対して同章第２節から第４節までの規定を適用して得た額を当該新薬創出等加算適用品の算定値として求める。この場合において、別表７に定める算式により算定される額を求めるに当たっては、別表７中「薬価改定前の薬価」とあるのは、「平成24年度薬価改定における新薬創出等加算を適用する前の算定値」と読み替えるものとする。

(11)24年度以降の薬価改定までの間、新薬創出等加算適用品に係る新規後発品の薬価については、当該新薬創出等加算適用品の薬価から、平成22年度及び平成24年度薬価改定時の新薬創出等加算により加算された額の合計を差し引いた額を最類似薬の薬価とみなして、第２章第２部１の規定を適用することにより算定する。

(12)平成24年度薬価改定においては、薬事法の規定に基づき昭和42年10月１日以降に承認された既収載品（新規後発品として収載されたものを除き、新薬として収載されたものの薬事法第14条の４第１項に規定する再審査期間中に当該新薬の製造販売業者と異なる製造販売業者が当該新薬と成分、分量、用法及び用量、効能及び効果が同一性を有するものとして薬事法に基づく承認申請を行い、承認を受けたもの、薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会の報告品目及び審議品目であって新薬以外のもののうち、薬価収載時に第２章第２部の規定以外の規定により薬価算定されたもの並びにこれらの既収載品に相当すると認められるものを含む。）であって、当該既収載品に係る後発品が薬価収載されているものの薬価については、第３章の規定により算定される額から、同章第１節の規定により算定される額に 100分の0.86を乗じて得た額を控除した額に改定する。ただし、第３章第３節又は第４節に該当するものについては、同章第３節又は第４節中の「第１節の規定により算定される額」を「同章第１節の規定により算定される額に 100分の0.86を乗じて得た額を控除した額」と読み替えて算定した額に改定する。

また、後発品の薬価については、第３章の規定により算定される額から、当該額に 100分の0.33を乗じて得た額を控除した額に改定する。た

だし、第３章第３節又は第４節に該当するものについては、同章第３節又は第４節中の「第１節の規定により算定される額」を「同章第１節の規定により算定される額に 100分の0.33を乗じて得た額を控除した額」と読み替えて算定した額に改定する。

別表１

剤　形　区　分

内用薬

内－１　錠剤、カプセル剤、丸剤
内－２　散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
内－３　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（成人用）
内－４　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（小児用）
内－５　チュアブル、バッカル、舌下錠

注射薬

注－１　注射剤（キット製品でないもの）
注－２　注射剤（キット製品）

外用薬

外－１　軟膏剤、クリーム剤、ローション剤、液剤、散布剤、ゼリー、パウダー剤
外－２　噴霧剤、吸入剤、カプセル剤
外－３　眼科用剤（点眼剤、眼軟膏）
外－４　耳鼻科用剤（点鼻液、耳科用液、耳鼻科用吸入剤・噴霧剤）
外－５　パップ剤、貼付剤、硬膏剤
外－６　坐剤、膣剤
外－７　注腸剤
外－８　口嗽剤、トローチ剤（口腔内に適用するものを含む。）
外－９　外－１から外－８までのそれぞれの区分のキット製品

（注）ただし、上記で同一の剤形区分とされる薬剤であっても、組成及び規格が同一であって、製剤の工夫により効能、効果、用法又は用量が明らかに異なる場合は、別の剤形区分とみなす。

別表２

補正加算の計算方法

１．基本的考え方

（１）一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

（２）二つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α_1＋α_2）

２．各補正加算率の計算方法

（１）補正加算における補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100}$$

（注）Ａ：当該新規収載品目に対して適用される率（％）

ただし、Ａの範囲は次のとおり。

・画期性加算　　70≦Ａ≦120
・有用性加算（Ⅰ）35≦Ａ≦60
・有用性加算（Ⅱ）５≦Ａ≦30
・市場性加算（Ⅰ）10≦Ａ≦20
・市場性加算（Ⅱ）Ａ＝５
・小児加算　　５≦Ａ≦20

（２）別表７において有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品に対して適用される率（％）

Ｘ：億円単位で示した当該市場拡大再算定対象品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額

ただし、０．５Ａ／１００≦α≦１．５Ａ／１００とする。

（３）第３章第２節２から４までに定める既収載品の薬価の改定の特例において、有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用する場合における補正加算率（α）の算式

イ）内用薬及び外用薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/50)/\log(25/50)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

ロ）注射薬

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/20)/\log(10/20)}$$

（ただし、2.5/100≦α≦15/100）

（注）Ａ：当該既収載品に対して適用される率（％）
Ｘ：億円単位で示した当該既収載品の同一組成既収載品群（当該薬価の改定の特例の対象となるものに限る。）の薬価改定前の薬価を基に計算した年間販売額の合計額
ただし、0.5Ａ／100≦α≦1.5Ａ／100とする。

別表３

外国平均価格調整の計算方法

１　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の２分の３に相当する額を超える場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を上回る場合を除く。）

次の算式により算定される額

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + 1 \right) \times \text{外国平均価格}$$

２　当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の４分の３に相当する額未満の場合（当該新規収載品の有効成分の含有量が、類似している外国の薬剤を下回る場合を除く。）

次の算式により算定される額（ただし、算定値の２倍に相当する額を超える場合には、当該額とする。）

$$\left(\frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{1}{2} \right) \times \text{外国平均価格}$$

３　組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の複数の新規収載品が、同時に薬価収載される場合

当該新規収載品のうち、上記１又は２の場合に該当するものについて、下記の算式により算定された変化率を、全ての新規収載品の数で相加平均した数値を用いて、薬価を求める算式により算定される額

＜変化率を求める算式＞

$$\text{変化率} = \frac{\text{１又は２の算式により算定される額}}{\text{算定値}} - 1$$

＜薬価を求める算式＞

算定値　×　（１＋変化率の相加平均値）

別表４

規格間調整の計算方法

１　類似薬の規格間比を求める算式

log（Q2/Q1）／log（Y2/Y1）

Q1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の薬価
Q2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの薬価
Y1＝汎用規格の類似薬中、年間販売量が最も多い既収載品の有効成分の含有量
Y2＝当該既収載品と別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）のうち、年間販売量が２番目のものの有効成分の含有量

（注）組成、剤形区分及び製造販売業者が当該非汎用新規収載品と同一の最類似薬がある 場合であって、当該最類似薬に別の規格の類似薬（組成、剤形区分及び製造販売業者が同一のものに限る。）があるときは、当該最類似薬と、当該類似薬のうち最類似薬に次いで２番目の年間販売量のもの（剤形区分内における剤形の違いは考慮しない。）とで規格間比を計算する。

２　非汎用新規収載品の薬価（Ｐ２）を求める関係式

log（P2/P1）／log（X2/X1）＝類似薬の規格間比

P1＝汎用新規収載品又は最類似薬の薬価
P2＝当該非汎用新規収載品の薬価
X1＝汎用新規収載品又は最類似薬の有効成分の含有量
X2＝当該非汎用新規収載品の有効成分の含有量

（注）類似薬の規格間比が複数ある場合には最も類似性が高い類似薬の規格間比とし、規格間比が１を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は１とする。ただし、内用薬については、X2＞X1（X2が通常最大用量を超える用量に対応するものである場合に限る。）であって、最も類似性が高い類似薬の規格間比が0.5850を超える場合及び類似薬の規格間比がない場合は0.5850とする。

別表５

市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

$$\left(\text{当該既収載品の保険医療機関等における薬価算定単位あたりの平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right) \times \left(1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\right) + \text{調整幅}$$

消 費 税 率 ：消費税法(昭和63年法律第108号)第29条に定める率
地方消費税率：地方税法(昭和25年法律第226号)第72条の83に定める率
調　整　幅　：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の２／100に相当する額

別表６

効能追加と同等とみなせる新薬に係る計算方法

(1) 次のいずれかに該当する場合には、当該新薬について第２章第１部の規定により算定される額

（イ）ＡがＢより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該新薬について第２章第１部の規定により算定される額を下回る場合

（ロ）ＡがＢより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該新薬について第２章第１部の規定により算定される額を上回る場合

(2) (1) 以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \frac{X}{X+Y} + B \times \frac{Y}{X+Y}}{P \times \alpha \times \frac{X}{X+Y} + Q \times \frac{Y}{X+Y}}$$

Ａ＝組成、剤形区分及び製造販売業者が当該新薬と同一の既収載品（汎用規格に限る。以下この別表において「別効能自社製品」という。）の主たる効能及び効果に係る一日薬価

Ｂ＝新薬算定最類似薬の当該新薬と類似する効能及び効果に係る一日薬価

（共同開発その他の理由により、組成及び剤形が同一の新薬算定最類似薬が複数となる場合には、それぞれの一日薬価を当該新薬算定最類似薬の年間販売量で加重平均した額）

Ｐ＝別効能自社製品の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｑ＝当該新薬の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｘ＝別効能自社製品の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該別効能自社製品と組成が異なる既収載品に限る。）の年間販売額の合計額

Ｙ＝当該新薬の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該新薬と組成が異なる既収載品に限る。）の年間販売額の合計額

α＝別効能自社製品の有効成分の含有量を当該新薬の有効成分の含有量で除した額

別表７

市場拡大再算定対象品、市場拡大再算定類似品に係る計算方法

$$薬価改定前の薬価 \times \{(0.9)^{\log X / \log 2} + \alpha\}$$

$$X（市場規模拡大率）= \frac{\left(\begin{array}{l}市場拡大再算定対象品の同一組成\\既収載品群の薬価改定前の薬価を\\基に計算した年間販売額の合計額\end{array}\right)}{（当該同一組成既収載品群の基準年間販売額）}$$

α（補正加算率）：個別の市場拡大再算定対象品又は市場拡大再算定類似品について、第３章第２節２若しくは３に定めるいずれかの要件に該当する場合又は市販後に集積された調査成績により、真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合、該当する要件ごとに有用性加算（Ⅱ）の計算方法を準用して算定される補正加算率のうち最も大きな率。ただし、５≦Ａ≦10とする。

（注）上記算式による算定値が、原価計算方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の75／100に相当する額を下回る場合、原価計算方式以外の方式により薬価を算定した対象品及びその類似品については薬価改定前の薬価の85／100を下回る場合には、当該額とする。

別表８

効能変化再算定の計算方法

１　主たる効能変化品・市場性加算対象効能変化品に係る計算方法

（1）次のいずれかに該当する場合には、当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額

（イ）ＡがＢより大きい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額を上回る場合

（ロ）ＡがＢより小さい場合であって下記の算式により算定される額が当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額を下回る場合

(2)（1）以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\frac{A \times \dfrac{X}{X+Y} + B \times \dfrac{Y}{X+Y}}{P \times \dfrac{X}{X+Y} + Q \times \dfrac{Y}{X+Y}}$$

Ａ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日薬価(第３章第１節の規定により算定される額を基に計算)

Ｂ＝当該既収載品の効能変更後の最類似薬の当該効能及び効果に係る一日薬価（最類似薬の薬価改定後の薬価を基に計算）

（注）効能変更後の最類似薬が複数となる場合には、一日薬価とあるのは、それぞれの１日薬価を当該最類似薬の年間販売量で加重平均した額とする。

Ｐ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る一日通常最大単位数量

Ｑ＝当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果（市場性加算対象効能変化品の場合には、当該追加された効能及び効果）に係る一日通常最大単位数量

Ｘ＝当該既収載品の従前の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

Ｙ＝当該既収載品の変更後の主たる効能及び効果（市場性加算対象効能変化品の場合には、当該追加された効能及び効果）に係る薬理作用類似薬（当該既収載品と組成が異なるものに限る。）の年間販売額の合計額

（注）この場合、年間販売額は薬価改定後の薬価を基に計算する。

２　主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品の類似薬の価格調整の計算方法

(1) 主たる効能変化品又は市場性加算対象効能変化品が、１(1) に該当した場合には、当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額

(2) (1) 以外の場合には、下記の算式により算定される額

$$\left(\text{当該既収載品の薬価改定前の薬価}\right) \times \frac{\left(\text{当該主たる効能変化品（市場性加算対象効能変化品）の１の算式により算定される額}\right)}{\left(\text{当該主たる効能変化品（市場性加算対象効能変化品）の薬価改定前の薬価}\right)}$$

別表９

用法用量変化再算定の計算方法

１　用法用量変化再算定の原則の場合

$$\left(\text{当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額（通常の薬価改定後の薬価）}\right) \times \frac{\left(\text{当該既収載品の従前の１日通常最大単位数量（主たる効能及び効果に係るもの）}\right)}{\left(\text{当該既収載品の変更後の１日通常最大単位数量（主たる効能及び効果に係るもの）}\right)}$$

２　用法用量変化再算定の特例の場合

$$\left(\text{当該既収載品について第３章第１節又は第２節の規定により算定される額（通常の薬価改定後の薬価）}\right) \times \text{当該既収載品の使用量変化率}$$

（注）上記算定式による算定値が、薬価改定前の薬価の７５／１００に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

$$\text{当該既収載品の使用量変化率} = \frac{A \times B}{C \times D}$$

Ａ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の投与期間
Ｂ：当該既収載品の保険適用上の取扱い変更前の推計患者数
Ｃ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の投与期間
Ｄ：当該既収載品の保険適用上の取扱いの変更後の推計患者数

別表10

（低薬価品群又は準低薬価品群の税抜市場実勢価格の加重平均値）×　｛１＋（１＋地方消費税率）×消費税率｝＋一定幅

低薬価品群：組成、剤形区分及び規格が同一である低薬価品の一群
準低薬価品群：組成、剤形区分及び規格が同一である準低薬価品の一群
消費税率：消費税法第29条に定める率
地方消費税：地方税法第72条の83に定める率
一定幅：薬価改定前の低薬価品群又は準低薬価品群の薬価の加重平均値の２／100に相当する額

別表11　　最　低　薬　価

区分		最低薬価
日本薬局方収載品		
錠剤	1錠	9.60円
カプセル剤	1カプセル	9.60円
丸剤	1個	9.60円
散剤（細粒剤を含む。）	1グラム※1	7.20円
顆粒剤	1グラム※1	7.20円
末剤	1グラム※1	7.20円
注射剤	1管又は1瓶	92円
坐剤	1個	19.30円
点眼剤	5ミリリットル1瓶	85.60円
	1ミリリットル	17.10円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものを除く。）	1日薬価	9.30円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものに限る。）	1ミリリットル※2	9.70円
外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10ミリリットル※1	9.50円
その他の医薬品		
錠剤	1錠	5.60円
カプセル剤	1カプセル	5.60円
丸剤	1個	5.60円
散剤（細粒剤を含む。）	1グラム※1	6.20円
顆粒剤	1グラム※1	6.20円
末剤	1グラム※1	6.20円
注射剤	1管又は1瓶	56円
坐剤	1個	19.30円
点眼剤	5ミリリットル1瓶	84.80円
	1ミリリットル	17.10円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものを除く。）	1日薬価	6.40円
内用液剤、シロップ剤（小児への適応があるものに限る。）	1ミリリットル※2	6.40円
外用液剤（外皮用殺菌消毒剤に限る。）	10ミリリットル※1	6.30円

※1　規格単位が10グラムの場合は10グラムと読み替える。
※2　規格単位が10ミリリットルの場合は10ミリリットルと読み替える。

別表12

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の計算方法

加算額

$$= \left(\begin{array}{l} \text{当該既収載品に} \\ \text{ついて第３章第} \\ \text{１節の規定によ} \\ \text{り算定される額} \end{array} \right) \times \left(\text{全ての既収載品の平均乖離率} - 2 / 100 \right) \times 80 / 100$$

医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて（案）

１　新医薬品の薬価基準収載手続き

新医薬品の薬価基準収載の手続きは、次のとおりであること。

なお、「薬価算定の基準について」（平成２４年　月　　日保発第　　号）第２章第３部５の新規収載品の薬価基準収載の手続き及び第３章第３節本文なお書の薬価改定の手続きについても、これに準じて行うこと。

(1) 新医薬品の薬価基準収載希望書

① 新医薬品（薬事法（昭和３５年法律第１４５号）第１４条の４第１項に掲げる医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、新医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「新薬収載希望者」という。）が、別紙様式１又は２に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該新医薬品について、承認後１週間を経過した日又は承認前の直近の薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会又は医薬品第二部会（以下「医薬品部会」という。）終了後から３週間を経過した日のいずれか早い日（薬事・食品衛生審議会薬事分科会において審議される医療用医薬品又は緊急に薬価基準への収載を必要とする抗ＨＩＶ薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内）までに提出すること。

ただし、当該新医薬品の迅速な供給が困難であることその他新薬収載希望者に特別の事情がある場合には、この限りでない。

② ①により薬価基準収載希望書を提出する場合であって、「薬価算定の基準について」第１章22に規定する原価計算方式による算定を希望する場合には、当該新薬収載希望者が希望する係数を用いた薬価基準収載希望書を提出することができる。なお、当該新医薬品が輸入医薬品である場合、新薬収載希望者は、薬価算定組織における輸入原価の妥当性の評価に資するため、輸入先国における価格（当該輸入医薬品が原体である場合の当該原体の輸入先国における価格を含む。）の状況、日本以外の国への輸出価格の状況等の輸入原価設定の根拠となる資料を提出すること。

③ 新薬収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。

(2) 新医薬品の薬価基準収載の時期等

新医薬品の薬価基準収載が施行されるまでの標準的な事務処理期間は、当該新医薬品の承認から原則として６０日以内、遅くとも９０日以内とする。

ただし、(4)⑤によって決定された薬価算定案に不服がある場合、(1)①のた

だし書若しくは③に該当する場合、薬価基準収載希望書に係る不備の補正の指示に応じない場合又は必要な資料が提出されない場合には、この限りでない。

(3) 新薬収載希望者からの意見聴取等

① 新医薬品の薬価基準への収載に係る事務を円滑に進めるため、薬価基準収載希望書の提出期限前に、薬価基準収載希望書に添付して提出すべき書類について、別に定めるところにより事前提出を求めることができるものとする。

当該書類の事前提出があった場合においては、別に日時を定め、当該新薬収載希望者の意見を事前に聴取することができるものとする。

② 新薬収載希望者から新医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当該新薬収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に公示するものとする。

ただし、①による意見聴取が行われた場合においては、新薬収載希望者との合意により、薬価基準収載希望書の提出後の意見聴取を行わないことができるものとする。

(4) 薬価算定組織の関与と中医協の承認

薬価基準収載希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、薬価基準への収載における取扱いを決定する。

① 薬価基準収載希望書の提出のあった新医薬品の薬価算定に関し、次の事項について薬価算定組織の専門的見地からの検討を経て薬価算定案を策定する。

なお、薬価算定組織の検討にあたっては別に定める基本方針による。

ア 類似薬の有無（類似薬効比較方式か原価計算方式かの妥当性）

イ 類似薬・最類似薬選定の妥当性

ウ 補正加算適用の妥当性（加算要件への適否）

エ 製品製造原価及び係数（新薬収載希望者が希望する係数を含む。）の妥当性（原価計算方式の場合に限る。）

オ 薬価算定案に対する新薬収載希望者の不服の妥当性

② 薬価基準収載希望書を提出した新薬収載希望者であって、薬価算定組織における意見陳述を希望するものは、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

③ 薬価算定組織の検討を経た薬価算定案は、中医協総会での審議の前に、その理由を付して新薬収載希望者に通知する。

④ 通知した薬価算定案について不服がある新薬収載希望者は、１回に限り、別紙様式３に定める薬価算定案不服意見書を提出することができる。

⑤ 薬価算定案不服意見書を提出した新薬収載希望者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該新医薬品の開発における臨床試験に関与した者が新薬収載希望者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価算定案を決定する。この薬価算定案は予め新薬収載希望者に通知され、さらに不服がないことを確認する。

⑥　通知された薬価算定案について新薬収載希望者の不服がないことが確認された新医薬品は、その薬価算定案について中医協総会で審議し、その了承を求める。

(5) 薬価収載の決定の通知

中医協総会で了承され薬価収載が決定された新医薬品については、次の事項を新薬収載希望者に対し通知する。

①　品名、規格単位、決定された薬価

②　薬価収載予定日

③　保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

(6) 薬価基準収載品目の供給について

①　新薬収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

②　新薬収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

２　報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載手続き

(1) 報告品目、新キット製品又は後発医薬品の薬価基準収載希望書

①　報告品目

報告品目（医薬品部会の報告品目及び審議品目であって新医薬品以外のもの（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、報告品目の収載を希望する製造販売業者（以下「報告品目収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該報告品目について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗ＨＩＶ薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

② 新キット製品

新キット製品（既存のキット製品がない医薬品について新たにキット製品として承認されたもの又は既承認のキット製品と機能・形態あるいは組み合わされた医薬品の組成が異なるものとして承認された医薬品（原則として、２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日までに承認されたものに限る。）をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、新キット製品の収載を希望する製造販売業者（以下「新キット収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、薬事法に基づく承認を受けた当該新キット製品について、それぞれ２月又は８月開催の医薬品部会において審議される医療用医薬品の承認日の前の直近の医薬品部会終了後から３週間以内又は承認日までに提出すること。

ただし、緊急に薬価基準への収載を必要とする抗ＨＩＶ薬等について、特別に期限を指定した場合には、当該期限内に提出すること。

③ 後発医薬品

後発医薬品（新医薬品、報告品目及び新キット製品以外の医療用医薬品をいう。以下同じ。）の薬価基準への収載手続きは、後発医薬品の収載を希望する製造販売業者（以下「後発医薬品収載希望者」という。）が、別紙様式１に定める薬価基準収載希望書を提出することにより行われるものであること。

なお、当該希望書は、原則として、２月１５日及び８月１５日（当該日が土曜日又は日曜日に該当するときは、その日後においてその日に最も近い平日とする。）までに薬事法に基づく承認を受けた当該後発医薬品について、それぞれ当該年の３月１０日及び９月１０日までの指定する日までに提出すること。

④ 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの申し出により、薬価基準収載希望書の取り下げがあった場合には、再度、薬価基準収載希望書を提出することを妨げない。

(2) 薬価基準収載の時期等

① 報告品目及び新キット製品

５月及び１１月を標準とする。

② 後発医薬品

６月及び１２月を標準とする。

(3) 報告品目収載希望者、新キット製品収載希望者又は後発医薬品収載希望者からの意見聴取

① 報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者からそれぞれ報告品目又は新キット製品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、予め当

該報告品目収載希望者又は新キット製品収載希望者の意見を聴取する機会を設ける。

この際の意見聴取の時期及び場所は、原則として、意見聴取実施予定日の少なくとも１週間前に公示するものとすること。

② 後発医薬品収載希望者から後発医薬品に係る薬価基準収載希望書の提出があった場合には、必要に応じ当該収載希望者から意見を聴取する機会を設けることができること。

(4) 薬価収載の決定の通知

薬価基準収載希望書の提出があった場合には、当該希望書の内容を審査のうえ、薬価基準収載日から３ヶ月以内の供給開始及びその後の継続した安定供給に支障がないことが確認された場合に限り、予め次の事項を報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者に対し通知したうえで、薬価基準に収載する。

① 品名、規格単位、決定された薬価

② 薬価収載予定日

③ 保険適用上の取扱い（特に必要な品目に限る。）

(5) 薬価基準収載品目の供給について

① 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、その製造販売する医療用医薬品が薬価基準に収載された場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、その収載された日から３ヶ月以内に製造販売して、当該医薬品の医療機関等への供給を開始するとともに、継続して供給するものとする。

② 報告品目収載希望者、新キット収載希望者又は後発医薬品収載希望者は、薬価基準に収載された医薬品について、別紙様式４に定める供給開始報告書を提出すること。

３ 再算定手続き

薬価基準既収載品のうち、薬価改定の際に、「薬価算定の基準について」に規定する市場規模拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定により薬価を改定することとなる品目については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し、再算定品目を決定する。

(1) 薬価改定年の前年の薬価調査月の末日時点において市場規模拡大、効能変化又は用法用量変化に基づく再算定の要件に該当すると考えられる品目については、当該品目の製造販売業者から必要に応じ予め意見を聴取するとともに、別紙様式５に定める再算定候補品目要件該当性検討資料（以下「再算定要件該当性資料」という。）の提出を求める。

(2) 提出された再算定要件該当性資料に基づき、薬価算定組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定品目として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、意見を付して予め当該品目の製造販売業者に通知する。

(3) 通知された再算定品目案について不服がある当該品目の製造販売業者は、別紙様式６に定める再算定品目案不服意見書を提出することができる。

(4) 再算定品目案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で薬価算定組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該再算定候補品目の臨床試験に関与した者が当該製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ薬価算定組織において検討を行い、再度薬価再算定品目案を決定する。この再算定品目案は予め当該品目の製造販売業者に通知され、不服の有無について確認する。

(5) 通知された再算定品目案について、当該品目の製造販売業者に不服がないことが確認された品目及び製造販売業者の不服があっても算定組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる品目については、その品目案をもって中医協総会で審議する。

(6) 中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

(7) 中医協総会で了承された再算定品目については、当該品目の製造販売業者にその旨を通知した上で、その直後の薬価改定時に再算定により薬価を改定する。

なお、市場拡大再算定の対象候補品目として再算定要件該当性資料の提出が求められた日以降に市場規模の拡大、効能変化又は用法用量変化があった品目については、当該薬価改定時以降の薬価改定時に再算定対象品目の該当性を検討する。

4　その他

平成２４年度薬価改定後の薬価改定の際に、中医協において、平成２４年度薬価改定の際に「薬価算定の基準について」に規定する新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となった既収載品の製造販売業者について、「薬価算定の基準について」第４章３(8)イ若しくはロ又は(10)の要件への該当性を判断するに当たっては、必要に応じ、当該製造販売業者に意見陳述の機会を与えることとする。

別紙様式１

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	― ― ―		収 載 区 分	新医薬品 ・ 報告品目 新キット製品・後発医薬品	
薬 効 分 類					
成 分 名					
会 社 名			販売会社名		
販 売 名					
規 格 単 位					
効 能 ・ 効 果					
用 法 ・ 用 量					
薬事・食品衛生審議会審議日					
承 認 年 月 日					
算定希望内容	算定方式	類似薬効比較方式（ ）			
	比 較 薬	成分名			
		会社名			
		販売名			
		規格単位			
		薬 価 （一日薬価）			
	補正加算				
	算定薬価 （一日薬価）				
外 国 価 格					
市場規模予測	初年度 億円（患者数 人） ２年度 億円（患者数 人） ３年度 億円（患者数 人） ４年度 億円（患者数 人） ５年度 億円（患者数 人） ６年度 億円（患者数 人） ７年度 億円（患者数 人） ８年度 億円（患者数 人） ９年度 億円（患者数 人） １０年度 億円（患者数 人） （最大） 年度 億円（患者数 人）				
包 装 単 位					
担当者連絡先	氏名 TEL FAX ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				
備 考					

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年 月 日

住 所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

印

厚生労働大臣 殿

別紙様式２

薬 価 基 準 収 載 希 望 書

整理番号	－ － －			
薬効分類				
成分名				
会社名			販売会社名	
販売名				
規格単位				
効能・効果				
用法・用量				
薬事・食品衛生審議会審議日				
承認年月日				
算定希望内容	算定方式	原価計算方式		
	原価計算	製品総原価		
		営業利益		
		流通経費		
		消費税相当額		
	算定薬価			
外国価格				
市場規模予測	初年度　億円（患者数　人） ２年度　億円（患者数　人） ３年度　億円（患者数　人） ４年度　億円（患者数　人） ５年度　億円（患者数　人） ６年度　億円（患者数　人） ７年度　億円（患者数　人） ８年度　億円（患者数　人） ９年度　億円（患者数　人） １０年度　億円（患者数　人） （最大）　年度　億円（患者数　人）			
包装単位				
担当者連絡先	氏名　TEL　FAX　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			
備考				

上記により、医療用医薬品の薬価基準収載を希望します。

年　月　日

住　所
法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏　名
法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　印

厚生労働大臣　殿

別紙様式３

薬価算定案不服意見書

成分名　　品目名

通知された算定案 　算定方式： 　比較薬　： 　補正加算： 　算定式　：
算定案に対する意見及びその根拠

上記により通知された薬価算定案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙様式4

薬価基準収載医薬品に関する供給開始報告書

平成　　年　　月　　日

厚生労働省医政局長　殿

所在地
会社名
代表者　　印

		報　告　事　項
1．薬価基準収載医薬品コード(12桁ｺｰﾄﾞ)		
2．収　載　名　（　販　売　名　）		
3．規格単位		
4．承認番号及び承認年月日		
5．製造販売業者名		
6．薬価基準収載年月日		
7．供給開始年月		
8．供給開始を証明する書面 (医療機関等に対する販売伝票の写)		別添
9．薬価基準収載後３ヵ月以内に供給することができなかった場合はその理由		
10．ＪＡＮコード	包装単位	ＪＡＮコード

（注）本報告書は、規格単位別に作成すること。

別紙様式５

再算定候補品目要件該当性検討資料
（再算定要件該当性資料）

<table>
<tr><td>区 分</td><td colspan="2">１ 市場拡大再算定、２ 効能変化再算定、３ 用法用量変化再算定</td></tr>
<tr><td rowspan="2">名
称
等</td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td>販売名
規格単位</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">成分及び分量又は本質</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">用法及び用量</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">効能又は効果</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">承認日、承認番号
再審査期間
一部変更承認日
再審査期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">これまでの再算定</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">１）市場拡大再算定の場合は薬価収載時又は直近の市場拡大再算定時点での基準年間販売額を添付
なお、平成２１年１１月以降に小児又は希少疾病に係る効能・効果又は用法・用量が追加された場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付。また、市販後に集積された調査成績により真の臨床的有用性が直接的に検証されている場合は当該調査成績の概要を添付
２）効能変化再算定又は用法用量変化再算定の場合は効能・効果又は用法・用量の新旧対照表を添付</td></tr>
</table>

上記により再算定候補品目の要件該当性に関する検討資料を提出します。

年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙様式６

再算定品目案不服意見書

区分	１　市場拡大再算定、２　効能変化再算定、３　用法用量変化再算定
通知された再算定品目の概要 　販売名 　汎用規格 　主たる効能 　主たる効能の１日用量 　予想年間販売額 　販売額の推移	
再算定品目案に対する意見及びその根拠	

上記により通知された再算定品目案に対する意見を提出します。

年　　月　　日

住所
　法人にあっては、主
　たる事務所の所在地

氏名
　法人にあっては、名　　印
　称及び代表者の氏名

厚生労働大臣　　殿

中医協 総－４－１
２４．２．１０

特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について（案）

第１章　定義

１　特定保険医療材料

特定保険医療材料とは、保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）における医療材料の支給に要する平均的な費用の額が、診療報酬とは別に定められる医療材料をいう。

２　機能区分

機能区分とは、構造、使用目的、医療上の効能及び効果等からみて類似していると認められる特定保険医療材料の一群として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める区分をいう。

３　基準材料価格

基準材料価格とは、特定保険医療材料の保険償還価格として、機能区分毎に定められる価格をいう。

４　基準材料価格改定

基準材料価格改定とは、厚生労働省が実施する材料価格調査の結果に基づき、基準材料価格に係る厚生労働大臣告示を全面的に見直すことをいう。

５　新規収載品

新規収載品とは、新たに保険償還の対象とされた医療材料の銘柄をいう。

６　既収載品

既収載品とは、既に保険償還の対象である医療材料の銘柄をいう。

７　新規機能区分

新規機能区分とは、新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）と明らかに異なるものと認められ、新規収載品が属する機能区分として新たに設定された機能区分をいう。

８　既存機能区分

既存機能区分とは、既収載品が属している機能区分をいう。

９　類似機能区分

類似機能区分とは、当該新規機能区分と類似性が最も高い既存の機能区分をいう。

10　類似機能区分比較方式

類似機能区分比較方式とは、類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する

新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

11　原価計算方式

原価計算方式とは、新規収載品の製造又は輸入に要する原価に、販売費及び一般管理費（薬事法（昭和３５年法律第１４５号）第７７条の５第１項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた特定医療機器に係る対策費用を含む。）、営業利益率（業界の実情を踏まえつつ、新規収載品の革新性の度合いに応じて±５０％の範囲内で調整を行う。）、流通経費並びに消費税及び地方消費税相当額を加えた額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする方式をいう。

12　補正加算

補正加算とは、類似機能区分比較方式で算定される新規機能区分に対して行われる画期性加算、有用性加算、改良加算、市場性加算（Ⅰ）及び市場性加算（Ⅱ）をいう。

13　画期性加算

画期性加算とは、次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

イ　臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。

ハ　当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

14　有用性加算

有用性加算とは、画期性加算の３つの要件のうちいずれか１つを満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算の対象となるものを除く。）に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

15　改良加算

改良加算とは、次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分（画期性加算又は有用性加算の対象となるものを除く。）に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

なお、客観的に示されているとは、臨床的な知見が示されていることをいう。ただし、臨床的な効果が直接的に示されていない場合であっても、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合には、別表１に別に定める算式により算定される額を加算する。

イ　構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、職業感染リスクの低減など医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。

ロ　類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。

ハ　構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療や合併症の発生が減少するなど、より安全かつ有効な治療をできることが、客観的に示されていること。

ニ　小型化、軽量化、設計等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に

比して、小児等への適応の拡大が客観的に示されていること。

ホ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手技が可能となること等が、客観的に示されていること。

へ　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、形状の保持が可能になるといった耐久性の向上や長期使用が可能となることが、客観的に示されていること。

ト　構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、操作性等が向上し、患者にとって在宅での療養が安全かつ容易であることが、客観的に示されていること。

16　市場性加算（Ⅰ）

市場性加算（Ⅰ）とは、薬事法第７７条の２の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

17　市場性加算（Ⅱ）

市場性加算（Ⅱ）とは、類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分に対する別表１に定める算式により算定される額の加算をいう。

18　価格調整

価格調整とは、外国平均価格（構造、使用目的、医療上の効能及び効果が当該新規収載品と最も類似している外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）の医療材料の国別の価格（当該国の医療材料に係る価格をいう。）を相加平均した額をいう。以下同じ。）が計算できる場合（四ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において、類似機能区分比較方式又は原価計算方式による算定値（補正加算を含む。）が、外国平均価格の１．５倍に相当する額を上回る場合に、別表２に定めるところにより当該算定値を調整した額を当該新規収載品が属する新規機能区分の基準材料価格とする調整をいう。

19　市場実勢価格加重平均値一定幅方式

市場実勢価格加重平均値一定幅方式とは、当該機能区分に属する全ての既収載品（材料価格調査時以降に保険適用されたことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既収載品及び第３章第３節に該当する新規収載品を除く。）の市場実勢価格、消費税率その他を考慮した別表３に定める算式により行う原則的な基準材料価格の改定方式をいう。

20　再算定

再算定とは、市場実勢価格加重平均値一定幅方式に代えて、別表４に定める算式により基準材料価格を算定する方式をいう。

第２章　特定保険医療材料の保険償還価格

第１節　保険償還価格の原則

特定保険医療材料の保険償還価格は、当該特定保険医療材料が属する機能区分（「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成２４年２月　　日医発　　第　　号、保発　　第　　号）４⑴②に基づき、当該機能区分の基準の見直しが行われる場合を含む。）の基準材料価格とする。

第３章　新規機能区分の基準材料価格の算定

第１節　類似機能区分がある場合

１　基準材料価格算定の原則

類似機能区分比較方式により、当該新規機能区分の類似機能区分の基準材料価格を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　補正加算

１の規定に関わらず、当該新規収載品が補正加算の要件を満たす場合には、１により算定された額に、補正加算を行った額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

３　価格調整

当該新規収載品について、価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第２節　類似機能区分がない場合

１　基準材料価格算定の原則

原価計算方式によって算定される額を当該新規収載品の属する新規機能区分の基準材料価格とする。

２　価格調整

当該新規収載品について、価格調整を行う要件に該当する場合には、これにより調整される額を当該新規機能区分の基準材料価格とする。

第３節　新規収載品に係る特例（暫定価格）

保険適用通知により、当該新規収載品に係る機能区分が明確化されるまでの間、暫定価格で保険償還が認められた新規収載品については、定義通知からみて当該新規収載品と最も類似すると認められる既存の特定保険医療材料が属する機能区分の基準材料価格により保険償還を行う。

第４節　新規収載品に係る特例（迅速な保険導入に係る評価）

１　対象とする医療機器

次のいずれかの要件を満たす場合、迅速な保険導入に係る評価の対象とする。

イ　類似機能区分比較方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で補正加算の要件を満たした場合

ロ　原価計算方式で新規収載品の基準材料価格を算出する特定保険医療材料で保険医療材料専門組織において補正加算の要件を満たすものと同等の有用性があると判断された場合

２　評価の対象となる要件

迅速な保険導入に係る評価の対象とするのは１の医療機器のうち、次のいずれの要件も満たす場合とし、当該要件が確認できる資料をそれぞれ保険適用希望書に添付すること。

イ　日本での薬事法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日から１８０日以内又は日本での薬事法に基づく承認申請がアメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出を完了した日と比較して早い場合（アメリカ合衆国への食品医薬品化粧品法に基づく承認申請又は市販前届出前を含む。）

ロ　薬事法に基づく総審査期間のうち、申請者側の期間が新医療機器の優先品目又は改良医療機器の臨床ありの場合には１５０日以内、新医療機器の通常品目の場合には２４０日以内

３　評価

迅速な保険導入に係る評価は、新規機能区分の価格に追加して、２年間に限り、当該医療機器に対して、補正加算額の５０／１００又は原価計算方式により算出された額の５／１００を算定できることとする。

第４章　既存機能区分の基準材料価格の改定

１　基準材料価格改定の原則

基準材料価格改定においては、当該機能区分の基準材料価格を市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額（販売量が少ないことその他の理由により、材料価格調査により市場実勢価格が把握できない既存機能区分については、当該機能区分の属する分野の基準材料価格改定前後の基準材料価格の比率の指数その他の方法により算定される額）に改定する。ただし、当該機能区分の基準材料価格改定前の基準材料価格を超えることはできない。

なお、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、上記の規定にかかわらず、別表５に定める方式により改定する。

２　再算定

イ　平成２４年３月までに基準材料価格を決定した機能区分

１にかかわらず、当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ及びフランスに限る。）における国別の価格が計算できる場合（三ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格１」という。）の１．５倍以上である場合については、別表４に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

ロ　平成２４年４月以降に基準材料価格を決定した機能区分

１にかかわらず、当該機能区分に係る市場実勢価格の加重平均値が当該機能区分

に属する既収載品と最も類似するものの外国（アメリカ合衆国、連合王国、ドイツ、フランス及びオーストラリアに限る。）における国別の価格が計算できる場合（四ヵ国以下の外国の価格のみが計算できる場合を含む。）において当該価格の相加平均値（以下「既存品外国平均価格２」という。）の１．５倍以上である場合については、別表４に定める算式により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

なお、外国における価格が把握出来ない機能区分については、当該機能区分が属する分野の各機能区分の市場実勢価格加重平均値と既存品外国平均価格１又は既存品外国平均価格２の比率の指数その他の方法により算定した額を当該機能区分の基準材料価格とする。

３　迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器の特例

第３章第４節の評価については、１による基準材料価格改定を行う際は、当該評価を受けた医療機器の市場実勢価格から除外する。

また、当該医療機器については、１及び２による基準材料価格改定後の当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を改定後の保険償還価格とする。

４　歯科用貴金属材料の基準材料価格改定の特例

健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成６年厚生大臣告示第５４号）の別表第二第２章第１２部に規定する特定保険医療材料に係る機能区分のうち、金、銀又はパラジウムを含有するものであって、別表６に定める歯科用貴金属機能区分の基準材料価格については、金、銀又はパラジウムの国際価格変動に対応するため、１の規定に関わらず、基準材料価格改定時及び随時改定時（基準材料価格改定の当該月から起算して６ヶ月ごとの時点をいう。以下同じ。）に、別表７に定める算式により算定される額に改定する。

５　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

１又は２の規定に関わらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第５章　機能区分の見直しに伴う基準材料価格の算定

１　当該機能区分に既収載品が属する場合

既存の機能区分の見直しが行われ、当該機能区分に既収載品（第３章第３節に該当する新規収載品を除く。）が属するものに係る基準材料価格については、市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額とする。ただし、当該機能区分に属する全ての既収載品の基準材料価格改定前の保険償還価格を、当該既収載品の年間販売量で加重平均した額を超えることはできない。（供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係る場合を除く。）

２　中央社会保険医療協議会の承認に係る特例

１の規定に関わらず、特定保険医療材料の安定供給等の観点から、経過措置等が必要と中央社会保険医療協議会が認める場合には、別に定める方式により基準材料価格を改定することができる。

第６章　保険上の算定制限の見直しに伴う基準材料価格の再評価

特定保険医療材料の保険上の算定制限の見直しが行われた場合は、必要に応じて、保険適用時の保険償還価格設定の状況及び保険上の算定制限の見直しに伴う状況の変化を踏まえ、再評価を行う。

第７章　実施時期等

１　実施時期等

イ　本基準は、平成２４年度基準材料価格改定から適用する。ただし、材料価格基準において、当該機能区分の基準材料価格が保険医療機関等における購入価格によるものとされているものについては、保険医療機関等における実購入価格を当該特定保険医療材料の保険償還価格とする。

ロ　イにより、保険医療機関等における実購入価格が保険償還価格とされている特定保険医療材料の基準材料価格を新たに設定する場合については、第５章の規定に関わらず、当該機能区分に属する既収載品の税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税相当額を加えた額とする。

２　改正手続き等

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の見直し等、特定保険医療材料の基準材料価格算定の基準の改正は、中央社会保険医療協議会の承認を経なければならない。

別表１

補正加算の計算方法

１　基本的考え方

(1) 一つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×α（補正加算率）

(2) 二つの補正加算に該当する場合

加算額＝算定値×（α１＋α２）

２　各補正加算率の計算方法

補正加算率（α）の算式

$$\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log(X/B)/\log(0.5\times B/B)}$$

Ａ：当該新規収載品の属する新規機能区分に対して適用される率(%)

Ｂ：当該新規機能区分の類似機能区分が属する分野の基準材料価格を相加平均した額

Ｘ：算定値

ただし、αの値は次の各区分に定める範囲内とする。

画期性加算　：　２５／１００≦α≦１５０／１００
有用性加算　：２．５／１００≦α≦　４５／１００
改良加算　：０．５／１００≦α≦　３０／１００
市場性加算（Ⅰ）：　５／１００≦α≦　１５／１００
市場性加算（Ⅱ）：１．５／１００≦α≦４．５／１００

また、０．５Ａ／１００≦α≦１．５Ａ／１００であり、Ａの範囲は次のとおり。
（改良加算について、臨床的な有用性が高い蓋然性をもって示されている場合は、１≦Ａ≦１０とする。）

画期性加算　５０≦Ａ≦１００
有用性加算　５≦Ａ≦　３０
改良加算　１≦Ａ≦　２０
市場性加算（Ⅰ）　Ａ＝　１０
市場性加算（Ⅱ）　１≦Ａ≦　５

別表２

価格調整の計算方法

当該新規収載品の算定値が、外国平均価格の１．５倍に相当する額を超える場合

次の算式により算定される額

外国平均価格　×　１．５

別表３

市場実勢価格加重平均値一定幅方式の計算方法

（当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値））×（１＋（１＋地方消費税率）×消費税率）＋ 一定幅

消 費 税 率 ：消費税法(昭和６３年法律第１０８号)第２９条に定める率
地方消費税率：地方税法(昭和２５年法律第２２６号)第７２条の８３に定める率

（注）１　平成２４年度基準材料価格改定における一定幅は、改定前の基準材料価格の４／１００に相当する額とする。

２　機能区分の見直しが行われた区分における一定幅については、改定後の基準材料価格の基礎となる算定値（税抜市場実勢価格の加重平均値に消費税及び地方消費税を加えた額）の４／１００に相当する額とする。

別表４

再算定の計算方法

次の算式により算定される額
ただし、市場実勢価格加重平均値一定幅方式による算定値を超えることはできない。

$$\left(\text{基準材料価格改定前の当該機能区分の基準材料価格}\right) \times \frac{B \times 1.5}{A}$$

Ａ：当該機能区分の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値
Ｂ：既存品外国平均価格１又は既存品外国平均価格２

（注）上記算定式による算定値が、価格改定前の基準材料価格の７５／１００に相当する額を下回る場合は、当該額とする。

別表５

供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定方法

１　対象区分の選定の基準

ア　代替するものがない特定保険医療材料であること。

イ　保険医療上の必要性が特に高いこと。

（関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等）

ウ　継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。

（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。）

２　算定方法

原価計算方式により算定すること。

別表６

歯科用貴金属機能区分

品　　名
歯科用純金地金（金99.99%以上）
歯科鋳造用14カラット金合金インレー用（JIS適合品）
歯科鋳造用14カラット金合金鉤用（JIS適合品）
歯科鋳造用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）
歯科鋳造用14カラット合金用金ろう（JIS適合品）
歯科鋳造用金銀パラジウム合金（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鋳造用金銀パラジウム合金板状（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鋳造用金銀パラジウム合金　バー状　パラタルバー用（金12%以上 JIS適合品）
歯科非鋳造用金銀パラジウム合金　バー状　リンガルバー用（金12%以上 JIS適合品）
歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 JIS適合品）
歯科鋳造用銀合金　第１種　　（銀60%以上インジウム5%未満 JIS適合品）
歯科鋳造用銀合金　第２種　　（銀60%以上インジウム5%以上 JIS適合品）
歯科用銀ろう（JIS適合品）
歯科用プラスメタル（銀25%以上パラジウム5%以上）
歯科用プラスメタル（銀25%以上）

別表７

歯科用貴金属機能区分の基準材料価格改定の計算方法

１　基準材料価格改定時における算式

$$\left(\left(\text{当該機能区分に属する全ての既収載品の保険医療機関等における平均的購入価格（税抜市場実勢価格の加重平均値）}\right)+\text{補正幅}\right)\times\left(1+(1+\text{地方消費税率})\times\text{消費税率}\right)+\text{一定幅}$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降における金、銀及びパラジウムのそれぞれの取引価格の平均値に、別表６に定める当該機能区分に属する特定保険医療材料の標準的な金、銀及びパラジウムの含有比率をそれぞれ乗じて算定される額の合計額（以下「平均素材価格」という。）

Ｙ＝材料価格調査の調査対象月における平均素材価格

（注）平成２４年度基準材料価格改定における歯科用貴金属機能区分の一定幅は、改定前の基準材料価格の４／１００に相当する額とする。

２　随時改定時における算式

$$\left(\begin{array}{l}\text{当該機能区分に係る}\\\text{随時改定時前の基準}\\\text{材料価格}\end{array}\right) + \text{補正幅} \times \left[\ 1 + (1 + \text{地方消費税率}) \times \text{消費税率}\ \right]$$

補正幅　＝　Ｘ－Ｙ

Ｘ＝当該機能区分の基準材料価格の前回改定以降の平均素材価格
Ｙ＝当該機能区分の前回改定で用いた平均素材価格

（注）上記の算式により算定される額が次の条件に該当する場合には、基準材料価格を改定しない。

$$0.95 \leqq \frac{\text{２により算定される額}}{\begin{array}{c}\text{当該機能区分に係る随時}\\\text{改定時前の基準材料価格}\end{array}} \leqq 1.05$$

中医協 総－４－２
２４．２．１０

医療機器の保険適用等に関する取扱いについて（案）

１　保険医療機器の区分

医療機器の保険適用上の区分は次のとおりとする。

Ａ１（包括）　当該医療機器を用いた技術が、診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号。以下「算定方法告示」という。）に掲げられている項目のいずれかによって評価され、保険診療で使用できるものであって、Ａ２（特定包括）以外のもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）に相当しないもの）

Ａ２（特定包括）　当該医療機器を用いた技術が、算定方法告示に掲げられている項目のうち特定のものにおいて評価され、保険診療で使用できる別に定める特定診療報酬算定医療機器の区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）に相当しないもの）

Ｂ（個別評価）　当該医療機器が、特定保険医療材料及びその材料価格（以下「材料価格基準」という。）に掲げられている機能区分のいずれかに該当するもの。（Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）に相当しないもの）

Ｃ１（新機能）　当該医療機器を用いた技術は算定方法告示に掲げられている項目のいずれかによって評価されているが、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）において材料価格基準における新たな機能区分の設定又は見直しについて審議が必要なもの。

Ｃ２（新機能・新技術）　当該医療機器を用いた技術が算定方法告示において、新たな技術料を設定し評価すべきものであって、中医協において保険適用の可否について審議が必要なもの。

Ｆ　保険適用に馴染まないもの。

２　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）を希望する医療機器の保険適用手続き

⑴　保険適用希望書の提出

決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）を希望する医療機器の製造販売業者は、薬事法（昭和３５年法律第１４５号）の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙１、２又は３に定める保険適用希望書を提出すること。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

⑵　保険適用時期

決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）として希望のあった医療機器について、希望どおり保険適用することが適当と判断したものについては、決定区分に応じそれぞれ次のとおり保険適用する。ただし、⑷の保険適用不服意見書の提出を行った場合、保険適用希望書の内容等に係る不備の補正を指示した場合及び追加資料の要求等を行った場合はこの限りでない。

①　決定区分Ａ１（包括）

保険適用希望書が受理された日（内容等に係る不備の補正が終了した日）から起算して後、２０日（ただし、土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和２３年法律第１７８号）第３条に規定する休日、１月２日、１月３日、１２月２９日、１２月３０日及び１２月３１日（以下「休日等」という。）を除いて計算する日数とする。）を経過した日から保険適用とする。

②　決定区分Ａ２（特定包括）及びＢ（個別評価）

各月１０日までに保険適用希望書が受理された（内容等に係る不備の補正が終了した）ものについては、翌月１日から保険適用する。

⑶　決定案の事前連絡

決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）として希望のあった医療機器が希望する機能区分等（決定区分Ａ１（包括）については当該決定区分を、Ａ２（特定包括）については特定診療報酬算定医療機器の区分を、Ｂ（個別評価）については材料価格基準の機能区分をいう。以下同じ。）に該当しないと判断した場合は、予め、製造販売業者に対し当該理由を付記した決定案を通知する。

⑷　保険医療材料専門組織の関与

①　通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙６に定める保険適用不服意見書を提出することができる。この場合、保険医療材料専門組織が必要と認めた場合には、保険適用不服意見書に関し、当該製造販売業者から直接補足説明を求めることができる。

②　提出された保険適用不服意見書等を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、決定区分を決定する。また、決定内容については製造販売業者に対し通知する。

⑸　保険適用等の決定通知及び中医協への報告

決定区分Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）として希望のあった医療機器について、保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等及び都道府県知事に対し通知する。

①　決定区分及び機能区分等

②　保険適用開始年月日

また、決定区分Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）として保険適用することが適当と認められた医療機器については、その結果を中医協に報告する。

⑹　決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ（個別評価）の取扱い

①　決定区分Ａ１（包括）、Ａ２（特定包括）又はＢ（個別評価）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ（個別評価）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記２の（２）と同様とする。

②　決定区分非Ａ１（包括）、非Ａ２（特定包括）又は非Ｂ（個別評価）として決定された医療機器については、他の機能区分等による再希望を妨げない。

３　決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）を希望する医療機器の保険適用手続き

⑴　保険適用希望書の提出

決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）を希望する医療機器の製造販売業者は、薬事法の規定に基づく承認又は認証を受けた後、それぞれの区分に応じ別紙４又は５に定める保険適用希望書を提出すること。

なお、提出方法等については、別途定める方法等によること。

⑵　審査に係る標準的な事務処理期間

①　決定区分Ｃ１（新機能）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して４月（審査に係る標準的な事務処理期間が８０日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、⑸③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

②　決定区分Ｃ２（新機能・新技術）

各月末日までに保険適用希望書が提出されたものについて、当該希望書の提出日の属する月の翌月１日から起算して５月（審査に係る標準的な事務処理期間が１００日以上確保されたものに限る。）を経過した日までに該当する区分を決定する。ただし、⑸③の保険適用不服意見書の提出を行った場合についてはこの限りでない。

⑶　上記⑵の審査に係る標準的な事務処理期間からは次に掲げるものを除く。

①　保険適用希望書の内容等に係る不備の補正に要する期間

②　追加資料の要求等に係る期間

③　休日等

⑷　保険適用希望者からの意見聴取

決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器については、当該保険適用希望書の審査に際し必要に応じ製造販売業者から意見を聴取する。

⑸　保険医療材料専門組織の関与と中医協による承認

保険適用希望書の内容を審査のうえ、次の手順に従い、材料価格基準への収載における取扱いを決定する。

① 決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器の機能区分設定等に関し、次の事項について保険医療材料専門組織の専門的見地からの検討を経て、決定案を策定する。なお、保険適用希望書を提出した製造販売業者であって、希望するものは、１回に限り決定区分案が決まる前に予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して直接の意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

ア 決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器について、決定区分案の妥当性

イ 類似機能区分の有無（類似機能区分比較方式か原価計算方式かの妥当性）

ウ 類似機能区分選定の妥当性（暫定価格による保険償還を希望する場合を含む。）

エ 補正加算適用の妥当性（加算要件への適否）

オ 製品製造原価及び係数の妥当性（原価計算方式の場合）

なお、保険医療材料専門組織は、我が国への移転価格が外国価格と比較して高い場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、輸入先国における価格の状況等の輸入原価の参考となる資料の提出を求めることができる。

カ 価格調整における類似外国医療材料の選定の妥当性

なお、保険医療材料専門組織は、外国平均価格や各国の価格が大きく異なる場合等必要に応じ、保険適用希望者等に対し、販売実績などを含めた外国価格の参考となる資料の提出を求めることができる。

キ 新規の機能区分の定義の妥当性

ク 既存の機能区分の定義を見直す場合の妥当性

② 保険医療材料専門組織の検討を経た決定案（暫定価格を希望している場合は選定した類似機能区分及び基準材料価格を含む。）は、中医協総会での審議の前にその理由を付記し製造販売業者に通知する。

③ 通知した決定案に不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙６又は７に定める保険適用不服意見書を提出することができる。

④ 保険適用不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して直接意見表明を行うことができる。

この際、当該医療機器の開発における臨床試験に関与した者が製造販売業者に同行して意見を表明することができる。

当該意見を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、再度決定案を決定する。この決定案は予め製造販売業者に通知し、さらに不服の有無について確認する。

⑤ Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として通知した決定案について製造販売業者の不服がないことを確認した医療機器及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料専門組織の検討を経て最終的に決定された機能区分については中医協総会で審議し、その了承を求める。

⑹　保険適用時期

①　決定区分Ｃ１新機能として決定された医療機器（４⑴②に該当する場合を除く。）については、１年に４回を標準として保険適用する。保険適用時期については、１月、４月、７月及び１０月を基準とする。

②　決定区分Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、１年に４回を標準として保険適用する。保険適用時期については、１月、４月、７月及び１０月を基準とする。

⑺　保険適用等の決定通知

保険適用等の決定を行った場合は、次の事項を地方厚生（支）局長等、都道府県知事及び製造販売業者に対し通知する。

①　決定区分

②　保険適用開始年月日

③　暫定価格等

⑻　決定区分非Ｃ１（新機能）、非Ｃ２（新機能・新技術）の取扱い

①　決定区分Ｃ１（新機能）又はＣ２（新機能・新技術）として希望のあった医療機器が当該区分に該当しないと判断した場合は、決定区分Ｆの場合を除き、それぞれ非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定する。

この場合、区分決定までの審査に係る標準的な事務処理期間の取扱いについては、上記３⑵と同様とする。

②　決定区分非Ｃ１（新機能）又は非Ｃ２（新機能・新技術）として決定された医療機器については、他の区分による再希望を妨げない。

４　新規機能区分の設定手続き

⑴　新規機能区分設定の基本的な考え方

①　新たな開発・発明又は構造・操作等の改良や工夫により既存の機能区分の定義（構造、使用目的、医療上の効能及び効果等）からみて、既存の機能区分とは明らかに異なるものと認められる場合には、新規機能区分を設定する。

②　既存の機能区分の基準には形式的に該当しないことから決定区分Ｃ１（新機能）となる場合には既存の機能区分の基準を見直す。

⑵　保険医療材料専門組織の関与と中医協による承認

新規機能区分の設定又は既存の機能区分の見直しについては、保険医療材料専門組織の検討を経て、中医協において審議し了承を求める。その際、必要に応じ製造販売業者からの意見聴取を実施する。

５　再算定手続き

材料価格基準に規定する機能区分のうち、基準材料価格改定の際に、「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（平成２４年２月　　日保発　　第　　号）第４章２に規定する再算定により基準材料価格を改定することとなっている機能区分については、次の手順により再算定要件への該当性を検討し決定する。

⑴　各機能区分に属する医療機器の外国価格については、関係する製造販売業者から、毎年、別紙８－１及び８－２に定める外国価格報告書の提出を求める。

⑵　提出された外国価格報告書に基づき（製造販売業者から外国価格報告書の提出がない場合は、この限りでない。）、保険医療材料専門組織の検討を経て再算定の要件への該当性を検討し、再算定の対象として適切と認められるものについては、中医協総会での審議の前に、予め当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者に通知する。

⑶　通知された再算定案に対して、不服がある製造販売業者は、１回に限り別紙９に定める再算定案不服意見書を提出することができる。

⑷　再算定案不服意見書を提出した製造販売業者は、予め定められた時間の範囲内で保険医療材料専門組織に出席して、直接の意見表明を行うことができる。
　当該意見を踏まえ、保険医療材料専門組織において検討を行い、再度再算定案を決定する。この再算定案は予め製造販売業者に通知し、不服の有無について確認する。

⑸　通知した再算定案について、製造販売業者に不服がないことが確認された機能区分及び製造販売業者の不服があっても保険医療材料専門組織の検討を経て最終的に再算定が適切と考えられる機能区分については、当該再算定案をもって中医協総会で審議する。

⑹　中医協総会で審議し了承を得られたものについては、再算定の対象とする。

⑺　中医協総会で了承された再算定対象機能区分については、当該機能区分に属する既収載品の製造販売業者にその旨を通知した上で、その後の基準材料価格改定時に再算定により基準材料価格を改定する。

６　その他

⑴　事前相談
　保険適用希望書を提出しようとする製造販売業者からの保険適用区分等保険適用手続きに関する疑義に対応するため、別に定める方法により事前相談を行う。

⑵　医療機器の供給について
①　製造販売業者は、その販売等を行う医療機器が保険適用となった場合は、特にやむを得ない正当な理由がある場合を除き、当該保険適用後、遅滞なく、販売等を行い当該医療機器の

医療機関への供給を開始するとともに、安定して供給するものとする。

② 当該医療機器が、市場の相当を占めているにも拘わらず、安定供給が困難な事態に至ることが判明した場合には、遅滞なく報告するものとする。なお、報告がなされた医療機器について、当該医療機器の機能区分に属する他の医療機関も含めて流通実態がないことが明らかとなった場合には、直近に予定している診療報酬改定の際に、当該機能区分を廃止する旨を中医協総会に報告し、その次の改定の際に材料価格基準から削除する。

別紙１

整理番号

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ａ１（包括））

<table>
<tr><td>販　売　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>薬事法承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（又は最終一部変更年月日）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>使用目的、
効能又は効果</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>製品概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>担当者連絡先</td><td colspan="4">担者名　　電話番号：
ＦＡＸ番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙２

整理番号

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ａ２（特定包括））

希望する特定診療報酬算定医療機器の区分	
保険適用希望種別	１.新規 ２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更 ３.使用目的、効能又は効果の追加・変更
算定する関連診療報酬項目	

販　売　名			
製品名・製品コード	製品名	製品コード	
類　　別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 （又は最終一部変更年月日）	
製品概要			
医療機関向け取扱い説明書又はパンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書　有　・　無 パンフレット　有　・　無		
メンテナンスの要・不要	要　・　不要		
希望小売価格（参考）			
担当者連絡先	担当者名	電話番号： ＦＡＸ番号： Ｅ－ｍａｉｌ：	
備　　考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙３

整理番号

医療機器保険適用希望書
（決定区分Ｂ（個別評価））

希望する特定保険医療材料の区分		機能区分コード				
		B				
保険適用希望種別	１.新規 ２.販売名、製品名、製品コードの追加・変更 ３.使用目的、効能又は効果の追加・変更					
関連する診療報酬項目						

販　売　名			
製品名・製品コード	製品名	製品コード	
類　　別		一般的名称	
薬事法承認番号 又は 認証番号		承認年月日 又は 認証年月日 （又は最終一部変更年月日）	
製品概要			
医療機関向け 取扱い説明書又は パンフレットの有無	医療機関向け取扱い説明書　有　・　無 パンフレット　有　・　無		
メンテナンスの 要・不要	要　・　不要		
希望小売価格（参考）			
担当者連絡先	担当者名　電話番号： ＦＡＸ番号： Ｅ－ｍａｉｌ：		
備　　考			

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙４

整理番号

医療機器保険適用希望書
〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）（類似機能区分がある場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販　売　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td colspan="2">製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td colspan="2"></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">薬事法承認番号
又は
認証番号</td><td colspan="2"></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（又は最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け
取扱い説明書又は
パンフレットの有無</td><td colspan="4">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの
要・不要</td><td colspan="4">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="7">算定希望内容</td><td>算定方式</td><td colspan="4">類似機能区分比較方式</td></tr>
<tr><td>類似機能区分</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>補正加算</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td>暫定価格希望の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="4">担当者名　電話番号：
ＦＡＸ番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。
平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙５

整理番号

医療機器保険適用希望書

〔決定区分Ｃ１（新機能）、Ｃ２（新機能・新技術）（類似機能区分がない場合）〕

<table>
<tr><td colspan="2">販　売　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">製品名・製品コード</td><td>製品名</td><td colspan="2">製品コード</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">類　　別</td><td></td><td>一般的名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">薬事法承認番号
又は
認証番号</td><td></td><td>承認年月日
又は
認証年月日
（又は最終一部変更年月日）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">製品概要</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関向け
取扱い説明書又は
パンフレットの有無</td><td colspan="3">医療機関向け取扱い説明書　有　・　無
パンフレット　有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">メンテナンスの
要・不要</td><td colspan="3">要　・　不要</td></tr>
<tr><td rowspan="10">算定希望内容</td><td colspan="2">算定方式</td><td colspan="3">原価計算方式</td></tr>
<tr><td rowspan="6">原価計算</td><td>製品原価</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>一般管理販売費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>営業利益</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>流通経費</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>消費税相当額</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>算定希望価格</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">外国平均価格及び外国平均価格との比</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">迅速な保険導入に係る評価の希望の有無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当者連絡先</td><td colspan="3">担当者名　　電話番号：
ＦＡＸ番号：
Ｅ－ｍａｉｌ：</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙６

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="3">通知された決定案
決定案：</td></tr>
<tr><td colspan="3">区分案に対する意見</td></tr>
<tr><td colspan="3">決定案について</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

平成　　年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

別紙７

保険適用不服意見書

<table>
<tr><td colspan="2">通知された類似機能区分案
類似機能区分案：</td></tr>
<tr><td colspan="2">類似機能区分案に対する意見</td></tr>
<tr><td colspan="2">類似機能区分について</td></tr>
<tr><td>新規文献等の提出の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
</table>

上記により、通知された区分案に対する意見を提出します。

平成　　年　　月　　日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

外国価格報告書（製品毎）

対象機能区分	企業名	日本			アメリカ合衆国			連合王国			ドイツ			フランス			オーストラリア		
		製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考

（注意）
１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ３とすること。
２　一つのシートに全ての製品を記載すること。

上記により、外国価格報告書を提出します。

平成　　年　　月　　日

住所
氏名
印

厚生労働大臣　殿

外国価格報告書（製品毎）

対象機能区分	企業名	日本			アメリカ合衆国			連合王国			ドイツ			フランス			オーストラリア		
		製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考	製品名	現地価格	備考

（注意）
１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ３とすること。
２　一つのシートに全ての対象機能区分を記載すること。
３　「現地価格」欄には、製品毎の価格を相加平均して記載すること。
４　「日本」の「備考」欄には、可能な限り、対象機能区分における国内シェアを記載すること。また、その他の国の「備考」欄には、何も記載する必要はないこと。

上記により、外国価格報告書を提出します。

平成　　年　　月　　日

住所
氏名
印

厚生労働大臣　殿

別紙９

再算定案不服意見書

通知された再算定案の概要 対象となる機能区分
再算定案に対する不服意見及びその根拠

上記により、通知された再算定案に対する不服意見を提出します。

平成　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

厚生労働大臣　　殿

24年改定の医科重点項目について

1．救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。

約1，200億円

2．地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。

約1，500億円

3．がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

約2，000億円

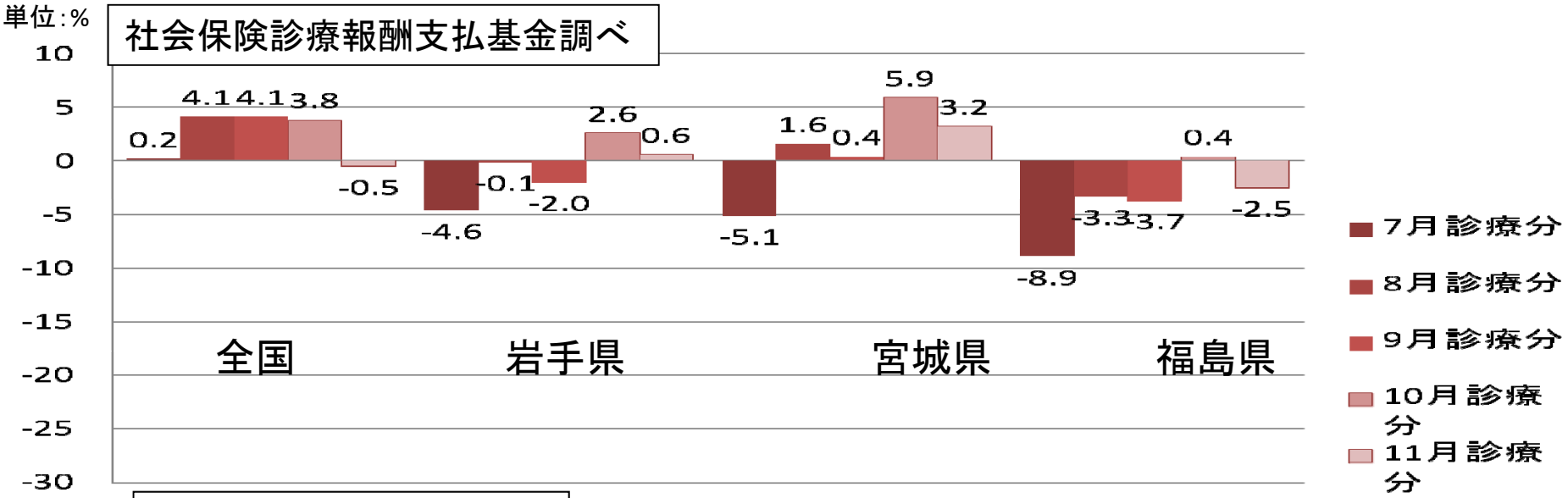
診療報酬の被災地特例について

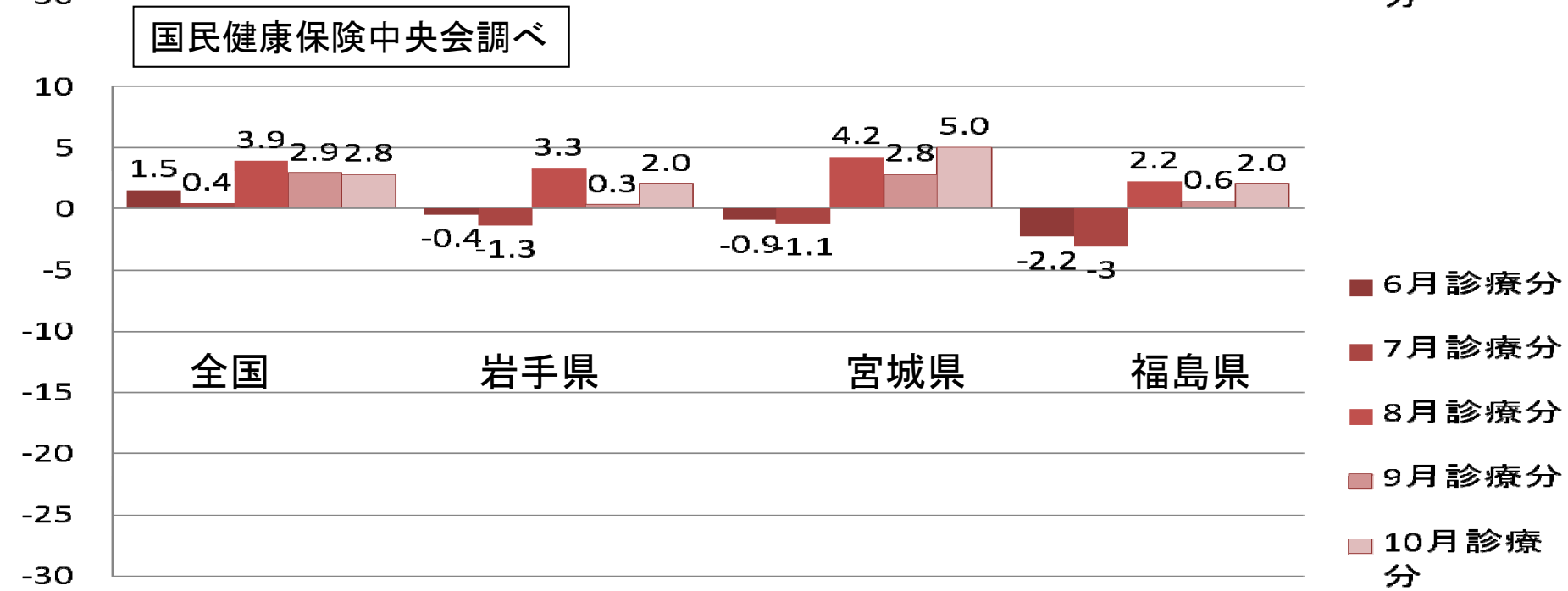
中医協 総－６－１
２４．２．１０

特例措置の概要			
1	月平均夜勤時間数	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数（72時間以下）について、二割以内の変動であれば、当面、変更の届出を不要とする。	平成23年9月6日 事務連絡
2	看護配置	被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したため、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、二割以内の変動であれば、当面、変更の届出を不要とする。	平成23年9月6日 事務連絡
3	平均在院日数	被災地の医療機関において、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合にも、二割以内の変動の場合は届出を行わなくても良く、特例的に従来の入院基本料等を算定できることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
4	外来機能の閉鎖	入院医療や在宅医療を行う保険医療機関において、外来機能を閉鎖してもよいこととする。	平成23年9月6日 事務連絡
5	在宅患者訪問診療料等	在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費について、週三回を超えて算定できることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
6	歯冠補綴物・クラウンブリッジ	歯科補綴物やブリッジの装着日が震災によって診療録が紛失したため、不明になった場合に装着日から二年が経ったものと取り扱うことができることとする。	平成23年9月6日 事務連絡
7	180日超入院	住居の損壊、その他の東日本大震災に起因するやむを得ない事情により保険医療機関からの退院に著しい困難を伴う患者は、入院期間が180日を超えた場合も、入院基本料の減額を行わないこととする。	平成23年11月15日 厚生労働省告示 第433号

※平成24年3月31日で期限が切れるもの

被災地における震災後のレセプト受付状況（前年同月比）





※ 社会保険診療報酬支払基金及び国保連合会の報告に基づき保険局で作成

被災地特例措置の延長に対する考え方

論点

○ 診療報酬の特例措置は、大部分が期限を定めていない当面の間の措置であるが、入院基本料の施設基準に関する緩和など一部は、平成24年3月31日までの措置となっている。

○ これらの措置について、平成24年4月1日以降、どのように取り扱うか。

考え方

【7月1日報告】

○保険医療機関からは、「保険医療機関及び保険医療 養担当規則」第11条の3及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手 続きの取扱いについて」（平成22年3月5日厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）に基づいて、毎年、7月1日時点の施設基準の状況の報告が行われる。（以下「7月1日報告」）

【利用状況の把握について】

○ 昨年（平成23年）は、7月1日報告と併せて、震災の特例措置の利用状況についても届出を求め、利用状況を把握したところ。

○ 今年度末で期限を迎える特例措置もあるが、昨年7月以降は利用状況の届出調査を行っていない。

【対応案】

○ 東日本大震災以降に出された診療報酬にかかる特例措置については、今年度末で期限を迎える措置も含めて、当面、平成24年9月30日まで延長してはどうか。
（7月1日報告と併せて、全国の保険医療機関に対して、一連の特例措置のこれまでの利用状況を含めて調査を行い、利用状況を把握した上で、その後の措置のあり方を検討してはどうか。）

〇参照条文

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）

（報告）
第十一条の三　保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。
２　前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手 続きの取扱いについて
（平成22年3月5日厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）

第３　届出受理後の措置等

５　届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること

歯科訪問診療の対応について

中医協 総－６－２
２４．２．１０

・被災３県においては、「常時寝たきりの状態等」の表現について、一部に誤解を生じ、仮設住宅等に居住する「疾病、傷病のために通院による歯科治療困難な患者」に必要な歯科訪問診療が実施されていない例もあると聞いている。

・歯科訪問診療料の対象者について、できる限り誤解が生じにくいように、表現の見直しを行うこととしているが、被災３県においては前倒しして実施する。

骨子における「重点課題」及び「四つの視点」関連項目（抜粋）

現　行	改定案
［算定要件］ ・歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。	［算定要件］ ・歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。（改）

被災3県（岩手県、宮城県、福島県）の歯科医療機関の状況等

医療機関の被災状況

	被災した歯科医療機関数	歯科医療機関数	被災した歯科医療機関の割合
岩手県	125	606	約20%
宮城県	404	1，047	約40%
福島県	381	906	約40%

※被災した歯科医療機関数（平成23年7月11日現在）
※歯科医療機関数（平成20年10月1日現在）

平成23年度第1次補正予算での対応

1．仮設診療所・仮設歯科診療所の整備　1，２６３百万円（医科 ８４４百万円、歯科 ４１８百万円）

■ **東日本大震災による被害が甚大な地域においては、地震や津波により沿岸地域を中心に診療所の建物が壊滅状態となり、その復興には相当な時間を要することになる。**

■ **避難所や仮設住宅で生活する被災者に医療を提供する体制を迅速に確保するため、仮設診療所（薬局を併設するものを含む）・仮設歯科診療所を整備する。**

・対象経費　：　仮設診療所設置費用、医療機器購入費　等
・補 助 率　：　定　額

2．歯科巡回診療車の整備　１０１百万円

■ **歯科疾患は、咀嚼機能を低下させるため、避難所や仮設住居等、環境の異なった場所で長く生活する高齢者や障害者にとっては、十分な栄養の摂取困難に繋がり、全身の衰弱が一層進む場合がある。**

■ **仮設住宅で生活する、通院困難な介護が必要な高齢の被災者や障害等を抱える被災者への歯科保健医療を確保するため、歯科巡回診療車を整備する。**

・対象経費　：　巡回診療用の自動車購入費、車載用の医療関係機器購入費 等
・補 助 率　：　定　額

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」並びに「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」の一部改正に関するご意見の募集の結果について

１．　意見の募集方法

意見の募集期間：平成２４年１月１０日（火）～平成２４年１月３１日（火）
告知方法：厚生労働省ホームページ
提出方法：メール、ＦＡＸ、郵送

２．　意見内容

お寄せ頂いた御意見について、以下のようにとりまとめましたので、公表いたします。なお、とりまとめの都合上、同趣旨のものは集約しております。

意見総数：　１３，８６３件
「一部改正案に賛成」：　８５５件
「一部改正案に反対」：　１３，００８件

３．　本パブリックコメントの集計結果は、中央社会保険医療協議会に報告されます。

「一部改正案に賛成」

内容	意見件数
保険薬局の選択は、調剤や服薬指導の質で決められるべき。	１９５件
ポイント付与は実質的に一部負担金の減免にあたる。	１８９件
ポイント付与は医療保険制度の健全な運営を害する。	１３７件
ポイント付与は患者の誘導であり、不適切である。	５５件
ポイント付与を認めると、保険医療の世界に過度の競争主義を持ち込んでしまう。	３１件
ポイント付与の対象である保険調剤は公費で賄われており、不適切。	２９件
ポイント付与は過剰なサービス。	２３件
ポイントの付与は被保険者間に不公平さを生じさせる。	１７件
その他の一部改正案への賛成意見	１７９件
合計	８５５件

「一部改正案に反対」

内容	意見件数
クレジットカード・電子マネーは禁止しないというのは、整合性がない。	２７８８件
ポイント付与をしているのは自己負担分なので、医療保険制度上、問題はない。	１５５７件
ポイント付与は生活者・消費者のメリットであり、それを禁止するべきではない。	１３７４件
ポイントは経済的に助かる、楽しみにしているので無くさないで欲しい。	１０７３件
ポイント付与は既に定着をし、急に辞めてしまえば、混乱が生じる。	６４８件
ポイント付与は面分業・セルフメディケーションに資するので、継続をすべき。	４７７件
ポイント付与を省令で禁止することはおかしい。憲法違反である。	４３１件
ポイント付与の禁止は民間企業の営業努力を阻害する。	３８２件
政府は一度ポイント認めたにも関わらず、ポイントを禁止することはおかしい。	２３０件
その他の一部改正案への反対意見	４０４８件
合計	１３００８件

【一部改正案に賛成】

〇保険薬局の選択は、調剤や服薬指導の質で決められるべき

意見の内容
・　保険薬局の選択はポイント付与の有無ではなく、適正な保険調剤を行い、良質な医療を提供していることでなされるべき。 ・　保険薬局においては、ポイントによる利益で患者様に来てもらうよりも、患者のＱＯＬ向上を目指したサービスを提供することで来てもらうべき。 ・　保険薬局はポイントの提供といった経済的付加価値によらず、正確な調剤、懇切丁寧な服薬指導の質を高め競い合うことで、患者から選ばれるべき。 ・　消費者にとって必要なことはポイントがたまり、ポイントで買い物ができることではない。最も大切なことは正確な調剤、分かりやすい服薬指導、何でもすぐに相談できる地域に根付いた薬局がすぐ近くにあるということ。 等の同趣旨意見１９５件

〇ポイントの付与は実質的に一部負担金の減免に当たる

意見の内容
・　保険調剤に係る一部負担金について、支払の際のいわゆる「ポイント」の提供、及び「ポイント」の使用については、事実上の値引きであり、慎むべきである。医療費の一部負担金を減額することは、療担規則で禁じられており、違法である。 ・　ポイント制度はポイントの還元により商品等の購入が可能で、実質的な自己負担率の値引き行為である。 ・　保険調剤にポイントを付与して、ＯＴＣ商品等を買えるようにすることは、値引きに等しく、禁止するべき。 ・　保険調剤等の一部負担金に物品のサービスであるポイント付与を流用することは、医療提供に対し、そぐわしくない。また、ポイント付与及びこれに係る経費は会計処理上販促費となり、健康保険法の禁ずる値引き行為にあたるものである。 ・　ドラッグストアの行っている調剤に独自のポイント加算を付けることは、本来の医療行為に関係のない行為であり、禁止すべき。ポイントが貯まれば値引きをするわけであり、それをうたい文句として、処方せん獲得を目的としたチラシを巻いているのが現状。 等の同趣旨意見１８９件

〇ポイント付与は医療保険制度の健全な運営を害する

意見の内容
・　保険薬局における健康保険事業の健全な運営を損なう恐れがある。 ・　ポイント付与する行為は、過剰な景品類の提供に繋がるなど保険薬局の本来業務という観点から見れば不適切であり、医療保険制度には馴染まない行為である。 ・　保険調剤によりポイントを付与することは公的資金により個人にポイントが付与されることになる。ポイントがつくからという理由で医療機関にいかない状態であっても、受診するようになるかもしれず、そうなった場合はひっ迫している保険財政がますますひっ迫しかねない。 ・　ポイントを付与することは、保険診療、保険調剤の負担金で別の物を買うことと変わりが無い。ポイントを付与することが難しい小規模薬局はなんらかの商品を渡したりするようになるおそれがあり、健康保険事業が難しくなるおそれがある。 ・　エコポイント制度を見れば明らかなように、そもそもポイント制は消費を促すものである。医療保険にかかわる消費にポイント制が導入されれば、消費者に保険医療受診の機会を促してしまう結果になる。 ・　本来はセルフメディケーションで済ましていたことでさえ、医療保険を使う治療を受ける結果になることを促しかねない。それこそ、軽度な医療の増大を起こせば、本来重度・高度・希少な医療に使われるべき財政を圧迫することになる。 等の同趣旨意見１３７件

〇ポイント付与は患者の誘導であり、不適切である

意見の内容
・　保険診療の一部負担金にポイントを付与する行為については、安売りによる集客を狙った行為であり、保険診療に馴染まない。 ・　そもそも保険調剤は、公法上の契約であって、それ故に細部にわたり、一定のルール付けがなされている。「ポイント」は紛れもなく経済上のメリットを付与者、被付与者ともに前提としているものであって、そのポイント制度を保険調剤に適用するのは、一部負担金を免除して、患者を誘導する行為に他ならない。 ・　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の第二条の三に、「保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない」とされており、ポイント付与は「景品」で患者を誘導する行為と同じであり、健全な運営とは言えない。 ・　「ポイントサービス」とは物品販売において、値引きの代替品であり、金券と同じ扱いに値いするものである。もともと保険調剤の一部負担金の値引きは禁止されている。患者の一部負担金に金券と同じ扱いの「ポイントサービス」をすることは、

実質的に患者に金銭を与えていることに等しい。このような行為は、公的な医療行為に経済上の利益を提供することで、患者の診療・調剤等の誘因を図るものである。 等の同趣旨意見５５件

〇ポイント付与を認めると、保険医療の世界に過度の競争主義を持ち込んでしまう

意見の内容
・　経済上の利益提供により、患者を誘導されるような事態になれば、値引き競争、利益優先となり、患者の健康を後回しに考えられる可能性があり、結果として正しい治療が受けられず医療費の増大に繋がる恐れがある。 ・　ポイント制が保険調剤等の一部負担金にも認められた場合、保険医療の安売りに繋がってしまい、今後患者は「良い医療」ではなく、「安価な医療」を選択する可能性も否定できない。 ・　大型店・チェーン店でのポイント制が許可されることになれば、小型店の開店、減少が進み、結果的には薬局の過疎化を招く。 ・　ポイント制度が認められると過度の値引き競争が行われると考えられる。 等の同趣旨意見３１件

〇ポイント付与の対象である調剤報酬は公費で賄われており、不適切

意見の内容
・　ポイントの付与自体は、民間における物販に対するサービス行為であり、保険調剤という国の資金で運営される公的なサービスについては、馴染まない。 ・　公的な資金で運営されている保険調剤を一般のショッピングと同じレベルで考えるべきではない。従って、ポイント付与は妥当ではない。 ・　医療保険は税金とともに運用されているものなので、税の使い方として、一般的には勝手に一部負担金の支払い分にポイントを付ける等のことは許されるものではない。 等の同趣旨意見２９件

○ポイント付与は過剰なサービス

意見の内容
・　保険調剤の一部負担金にポイント付与をする行為については、保険調剤時の過剰な景品類の提供に繋がるなど、保険薬局の本来業務という観点から見れば、不適切もしくは過剰なサービス行為である。 ・　保険調剤において、「ポイント」の付与は、健康保険法の中で違反とされている過剰なサービスによる受診及び必要以上な薬の処方につながる事が予想される。本来の医療活動をきちんとされている店舗よりおまけのつく店舗の方が得なような誤解が患者の一部で起きている。 等の同趣旨意見２３件

○ポイント付与は被保険者間の不公平さを生じさせる

意見の内容
・　ある人にはポイント還付があり、別の人は受けられないことになると同じ保険料負担をしている人でもたくさん病気をして健康保険を多く利用する人ほどポイントで得をすることになるのではないか。 ・　保険調剤にポイントを付与するということは、大手ドラッグストアと小規模薬局との支払に差が生じることになり、公平な医療提供にはならなくなる。ポイント欲しさに、大手ドラッグストアに行ける人が得をして、行けない人は損をするということになりかねない。 ・　保険調剤に係る一部負担金へのポイントサービスについて、ポイントサービスを金銭の還付と考えたら、医療費を多額に使用した人により多く還付することになり、健康に注意している人ほど損をすることになる。 等の同趣旨意見１７件

〇その他の一部改正案に対する賛成意見

意見の内容
・　保険医療において、ポイントが個人に付与されることに違和感を覚える。 ・　調剤という行為は物販とは異なり、患者と医療者とのコミュニケーションにより適切なケアを選択するという風潮を醸成していくためにも、コストを追求するポイント制は廃止するべき。 ・　薬局が個々に定めることのできるポイント付与については、薬局毎・もしくは日付により還元率が異なり（ポイント〇倍デー等）、保険診療における、全国一律サービスを著しく損ねてしまう。この点において、個々でポイントの付与率を決めることのできないクレジットカード支払いとは大きく異なる。 ・　保険調剤は全国どこでも同じ自己負担金でなくてはならない。 ・　病院、診療所ではポイントが付かないのに、薬局だけにポイントが許されるのは不公平である。調剤へのポイント付与が認められると診療台へのポイント付与を反対する理由が無くなり、保険医療制度の崩壊が危ぶまれる。 等の意見１７９件

【一部改正案に反対】

〇クレジットカード・電子マネーは禁止しないのは、整合性がない

意見の内容
・　クレジットカード支払へのポイントが問題なく、現金払いへのポイント付与が認められないことは、現金利用者にとって不利益が生じるのではないか。 ・　調剤のポイント付与を禁止するのなら、クレジットカード、電子マネーも中止にするべき。 ・　クレジットカードにおける決裁においては、クレジットポイントが自動的に付与されるシステムとなっているが、クレジットカードのポイントは認められるという矛盾があり、公平、公正にかけるものであるのではないか。 ・　クレジット支払いでポイントが付くことは明白であり、それを容認しつつ、企業が負担するポイントカードを禁止するのは公平性・倫理観からも納得できない。 等の同趣旨意見２７８８件

〇ポイント付与をしているのは自己負担部分なので、医療保険制度上問題ない

意見の内容
・　保険調剤の公費に対するポイント付与ではなく、消費者の自己負担（３割）にかかるポイント付与である。消費者の選択の自由を優先するべきであり、消費者視点を優先的に継続することが適当である。 ・　国が負担している部分のお金ではなく、自分が支払っている部分についているポイントを禁止するのはいかがなものか。 ・　医療費の自己負担３割へのポイント付与は法律で可能となっているはずである。 ・　自己負担金へのポイント付与は保険制度上も問題ないと認識している。 ・　そもそも保険調剤等の一部負担金の受領に際してポイントを付与し、そのポイントを利用する際は、一部負担金の減額を目的としてポイントを利用するのではなく、保険調剤以外の商品の購入の際に用いられるものであり一部負担金の減額に当たらない。 ・　自分で支払っている金額にポイントが付くのは当たり前ではないか。 等の同趣旨意見１５５７件

○ポイント付与は生活者・消費者のメリットであり、それを禁止するべきではない

意見の内容
・　調剤ポイントは、生活者が受けるメリットであって、法令によって、その権利を奪うことはできない。 ・　利用者にとってメリットがある。お年寄りなどの低所得の方の救済の役に立つ。 ・　国民が自分達にとってメリットのあるところで薬を受け取ることはごく自然であり、ドラッグストアなどに患者が分散されることは、待ち時間の面でもメリットがある。 ・　生活者のためポイント付与継続が望ましい。企業は地域密着医療を推進し、患者がいつでもどこでも処方せんを受け取れる体制を提供することで、患者の負担を減らすことが望ましい。 ・　調剤ポイントは、消費者側のメリットであり、保険調剤以外の商品を購入する時に使用するので、廃止にする意味がない。 等の同趣旨意見１３７４件

○ポイントは経済的に助かる・楽しみにしているので無くさないで欲しい

意見の内容
・　ポイント目当てで薬局に通っている方もいるので、引き続きポイント制は継続させるべき。 ・　調剤ポイントが付くことで、少しでも経済的メリットがあり、家計が助かるので、ポイント付与は継続してほしい。 ・　調剤ポイントの付与を禁止することは、患者の楽しみを奪うことになる。ただ薬をとりに来るのではなく、目に見えて貯まっていくポイントを楽しみにしている患者もいる。 ・　ポイントが貯まるのが楽しみで、調剤を購入している利用客もたくさんいる。禁止してしまうと、調剤の売り上げにも大きく響く。 ・　消費者の立場から、調剤ポイントが使用できた方が嬉しい。 ・　ポイントを貯めて、商品券や商品を交換する事で少しでも生活は助かるし、楽しみでもある。 ・　自己負担額にポイントが付くという楽しみで、通院の煩わしさが少しでも軽減するのではないか。 ・　必死にポイントを貯めている利用客がたくさんいる。２倍の日にわざわざ来たり、ポイントカードを忘れてショックを受ける人もいる。従って、調剤にもポイントをつけてほしい。 等の同趣旨意見１０７３件

〇ポイント付与は既に定着しており、急に辞めてしまえば混乱が生じる

意見の内容
・　ポイント制について、今現在、利用者からの不満やクレームがないにも関わらず、それを突然廃止にするという行為は誰の利益にもならない。 ・　患者･利用客に浸透してきた調剤ポイントを中止することは混乱を招くことになる。患者･利用客に納得のいく説明が行えるように十分な説明と根拠を示してもらいたい。 ・　現在ポイント付与をしておきながら、急に中止をした場合には利用客の混乱及び不満を招く。 ・　急にポイント付与を辞めた場合に、患者の理解を得られるかが不安。各店舗でのクレームが多くなると予想される。 ・　現在も中止報道に不安を抱く患者・利用客がいる。 等の同趣旨意見６４８件

〇調剤ポイント付与は面分業・セルフメディケーションに資するので、継続をするべき

意見の内容
・　調剤ポイント付与によるセルフメディケーションに対する意識を高め、より健康な生活を送ることができる。 ・　調剤ポイント付与によって、門前薬局に通っていた患者が移ってきている。調剤ポイントによって面分業やセルフメディケーションが推進され、今後のあるべき方向に向かっている。 ・　ドラッグストア併設の調剤薬局でも、患者に対し地域密着型かかりつけ薬局のメリットを充分説明し、理解いただいている。その上でポイントを付けて患者にどちらの薬局を選ぶのか選択いただいている。ポイントはきっかけに過ぎず、ポイント継続により分業が促進される。 ・　利用客は利便性を求めており、ポイント付与は門前薬局から脱却していくチャンスで、面分業を活性化する一つである。 等の同趣旨意見４７７件

〇ポイント付与を省令で禁止することはおかしい。憲法違反である

意見の内容
・　法律で可能となっている調剤ポイントをその下位の省令で禁止することは、憲法で保障されている営業の自由を脅かすものではないか。 ・　省令によって消費者・利用者の権利は奪うことはできない。 ・　顧客サービスのひとつとして、制限される適切な法的背景が見当たらない。法的な規制がないのであれば、通知や規則で縛るべきではない。 等の同趣旨意見４３１件

〇ポイント付与の禁止は民間企業の営業努力を阻害する

意見の内容
・　調剤ポイント付与に関しては、各々の企業や薬局の努力によって、行われるものであり、ポイント付与の禁止は行政による民業圧迫行為となる。 ・　保険薬局のポイント付与については、企業努力によるものであり、禁止は消費者に対するサービス低下を招く。 ・　ポイント付与は、企業努力であり、利用客に対するサービスの一助である。継続することに問題・支障はない。 等の同趣旨意見３８２件

〇政府は一度ポイント付与を認めたにも関わらず、ポイントを禁止することはおかしい

意見の内容
・　調剤ポイント付与の問題があがった際に、その時点では、違法と言う判断がされなかったにも関わらず、ポイント付与を開始した企業がある今になって違法とするのはおかしい。 ・　国会での質問に対する回答では、療養担当規則でも問題ないということではなかったか。厚生労働省がＯＫを出してから時間が経過しすぎている。場当たり的な対応である。 ・　調剤の自己負担金支払におけるポイント付与に関して、厚労省として「制約するものではない」とのコメントがあった。さらに国会質疑においても「規制する規定はない」とはっきり明言しており、国民に周知されている。これを中央社会保険医療協議会の意見でポイント付与禁止に切り替える趣旨が理解できない。 等の同趣旨意見２３０件

〇その他の一部改正案への反対意見

意見の内容
・　調剤ポイント廃止は困るので、やめて頂きたい。 ・　調剤ポイントを継続して、どこでも、好きな調剤へ行ける環境を整えて欲しい。患者にも選ぶ権利がある。 ・　調剤ポイント付与については、規制の対象となることは理解できない訳ではない。しかし、現場では、利用者のポイント付与に対する声は大きく、利用者の利便性や、店舗と利用者をつなぐ大きな助力になっている事は明白であり、現状では、一概に禁止することのマイナス面の方が大きい。 ・　ポイント制度そのものは、多方面で利用されているし、今後、もっと利用範囲を広げていくものと思われる。 等の意見４０４８件

保険薬局における一部負担金に対するポイント付与禁止に関する考え方

保険薬局における調剤一部負担金に対するポイント付与については、昨年の中医協で以下の考え方が示された。

平成23年11月2日　中央社会保険医療協議会　資料（抜粋）

（２）対応案

○　一部負担金等の受領に応じて、専らポイントの付与及びその還元を目的とするポイントカードについては、ポイントの付与を認めないことを原則としてはどうか。

○　一方で、現金と同様の支払い機能を持つ、クレジットカードや、一定の汎用性のある電子マネーによる支払に伴い生じるポイントの付与は、これらのカードが患者の支払の利便性向上が目的であることに鑑み、やむを得ないものとして認めることとしてはどうか。

○　これらについては、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正することとし、各薬局等における準備期間も必要であることから、施行は平成２４年４月１日としてはどうか。

⇩

・現在調剤ポイントを付与している事例が相当程度あった。
・禁止規定を明確化した上で、保険薬局における周知及び準備の期間を十分に設けるために、一部改正については、**平成２４年１０月１日**を施行日としてはどうか。

中医協 総－７－３ ２４．２．１０

平成２４年２月１０日

厚生労働大臣

小宮山　洋子　殿

中央社会保険医療協議会

会　長　　森田　朗

答　申　書(案)

（保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の一部改正について）

平成２４年１月１８日付け厚生労働省発保0118第１号をもって諮問のあった件のうち、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の一部改正（経済上の利益の提供による誘引の禁止）については、別紙１から別紙３までのとおり改正案を答申する。

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）

【平成24年10月１日施行】

改　　正　　案	現　　行
（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第二条の四の二　保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。	（新設）

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）

【平成24年10月１日施行】

改　正　案	現　行
（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第二条の三の二　保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。	（新設）

別紙３

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成24年10月１日施行】

改　正　案	現　行
（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第二条の四の二　保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。	（新設）
（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第二十五条の三の二　保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。	（新設）

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

１．適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ（別添）。

２．今般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

（１）１月２７日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
アムロジピンベシル酸塩	ノルバスク錠 2.5mg ノルバスク錠 5mg ノルバスク OD 錠 2.5mg ノルバスク OD 錠 5mg 【ファイザー（株）】 アムロジン錠 2.5mg アムロジン錠 5mg アムロジン OD 錠 2.5mg アムロジン OD 錠 5mg 【大日本住友製薬（株）】	＜小児適応の追加＞ 高血圧症
エナラプリルマレイン酸塩	レニベース錠 2.5 レニベース錠 5 レニベース錠 10 【MSD（株）】	＜小児適応の追加＞ 高血圧症
バルサルタン	ディオバン錠 20mg ディオバン錠 40mg ディオバン錠 80mg ディオバン錠 160mg 【ノバルティス ファーマ（株）】	＜小児適応の追加＞ 高血圧症
リシノプリル	ゼストリル錠 5 ゼストリル錠 10 ゼストリル錠 20 【アストラゼネカ（株）】 ロンゲス錠 5mg ロンゲス錠 10mg ロンゲス錠 20mg 【塩野義製薬（株）】	＜小児適応の追加＞ 高血圧症

（２）２月１日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
スルファメトキサゾール･トリメトプリム	バクタ配合錠 バクタ配合顆粒 【塩野義製薬（株）】 バクトラミン配合錠 バクトラミン配合顆粒 【中外製薬（株）】	＜適応の追加＞ （適応菌種） ニューモシスチス・イロベチー （適応症） ニューモシスチス肺炎、ニューモシスチス肺炎の発症抑制※ ※ニューモシスチス肺炎のリスクを有する患者が対象
メトロニダゾール	フラジール内服錠 250mg 【塩野義製薬（株）】	＜適応の追加＞ ・アメーバ赤痢 ・ランブル鞭毛虫感染症 ・嫌気性菌感染症 （適応菌種） 本剤に感性のペプトストレプトコッカス属、バクテロイデス属、プレボテラ属、ポルフィロモナス属、フソバクテリウム属、クロストリジウム属、ユーバクテリウム属 （適応症） 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、深在性皮膚感染症、骨髄炎、肺炎、肺膿瘍、腹膜炎、腹腔内膿瘍、肝膿瘍、骨盤内炎症性疾患、脳膿瘍 ・感染性腸炎 （適応菌種） 本剤に感性のクロストリジウム･ディフィシル （適応症） 感染性腸炎（偽膜性大腸炎を含む）

（参考）

○　適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構（ＰＭＤＡ）のホームページに公表されている。

http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html

○　上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

（別添）

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

（平成２２年８月２５日
中　医　協　了　承）

○　適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

①検討会議※）において、医療上の必要性が高いと判断

②検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成

③検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断

④検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

※）「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

○　このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。