

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 <u>医学管理料等</u> 第2節 <u>プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 <u>特定保険医療材料料</u> 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>手術等管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 <u>初・再診料</u> 通則 (略) 第1節 <u>初診料</u> 区分 <u>A000</u> <u>初診料</u> 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。<u>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長</u></p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 (新設) (新設) (新設) 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>臓器提供管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p>

等に届け出た保険医療機関において、**情報通信機器を用いた初診**を行った場合には、**251点**を算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点（注1のただし書に規定する場合には、**186点**）を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報

BRAINS:マスタ追加 初診料(情報通信機器を用いる場合)

2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

BRAINS変更点：マスタ追加 初診料(低紹介率)(情報通信機器を用いる)

3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床

告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

**BRAINS変更点：マスタ追加
初診料(低紹介率)(情報通信機器を用いる)**

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。

**BRAINS変更点：マスタ追加
初診料(低紹介率)(情報通信機器を用いる)**

5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。

6～10 （略）

11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

12 注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

13 注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に

5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定する場合にあっては、107点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。

BRAINS：マスタ追加 及び 動作 {124}

**入力 初診料(情報通信機器を用いる)
コ{124}**

「初診料(情報通信機器を用いる)(他科受診)」を追加

6～10 （略）

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加

外来感染対策向上加算(初診) 1回/月

※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加 及び 動作 連携強化加算(初診)

外来感染対策向上加算(初診)がある場合のみ 1回/月

※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要

(新設)

において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

- 14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

2 （略）

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定

BRAINS：加算マスタ追加 及び 動作
サーベイランス強化加算(初診)

※外来感染対策向上加算(初診)がある場合のみ 1回/月
※自動算定にする場合は、drs.iniに設定が必要

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加

電子的保健医療情報活用加算(初診)

電子的保健医療情報活用加算(取得困難・他医療機関)
1回/月

第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。

2 （略）

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注14までに規定

BRAINS変更点：マスタ追加
再診料(情報通信機器を用いる場合)

BRAINS変更点：動作

複再では外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス加算、電子的保健医療情報活用加算は算定しない

する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

10・11 (略)

12 別に厚生労働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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、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・ロ (略)

13・14 (略)

15 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

16 注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に

する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。

10・11 (略)

12 別に厚生労働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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、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・ロ (略)

13・14 (略)

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加

外来感染対策向上加算(再診) 1回/月
※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要

(新設)

**BRAINS：加算マスタ追加 及び 動作
連携強化加算(再診)**

※外来感染対策向上加算(再診)がある場合のみ 1回/月
※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要

BRAINS変更点：動作追加

電話再診では外来感染対策向上加算、
連携強化加算、サーベイランス加算、
電子的保健医療情報活用加算は
算定しない

において再診を行った場合は、**連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。**

17 注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、**サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。**

18 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、**電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。**

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が20以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。**ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。**

2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）

(新設)

**BRAINS：加算マスタ追加 及び 動作
サーベイランス強化加算(再診)**

**※外来感染対策向上加算(再診)がある場合のみ 1回/月
※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要**

(新設)

**BRAINS：マスタ追加
電子的保健医療情報活用加算(再診)**

1回/月

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が20以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

**BRAINS：マスタ追加
外来診療料(情報通信機器を用いる場合)**

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわら

に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来

ず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来

BRAINS変更点：動作
複再では電子的保健医療情報活用加算は算定しない

診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005 (ヘモグロビンA1c (HbA1c)、デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの

ニ～ヨ (略)

タ ネブライザ

レ 超音波ネブライザ

ソ・ツ (略)

7～9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

A003 削除

診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005 (ヘモグロビンA1c (HbA1c)、デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) を除く。) に掲げるもの

ニ～ヨ (略)

タ ネブライザー

レ 超音波ネブライザー

ソ・ツ (略)

7～9 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加
電子的保健医療情報活用加算(外来診療料)
1回/月

A003 オンライン診療料 (月1回) **71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、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない

。

[Redacted text block]

- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定する月は、別に算定できない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1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他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

[Redacted text block]

[Redacted text block]

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等

通則

- 1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定す

[Redacted text block]

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等

(新設)

る。

3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、**外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。**この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、**連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。**

5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げ

BRAINS変更点：マスタ追加 動作

外来感染対策向上加算(医学管理) 月1回

※自動算定にするにはdrs.iniに設定が必要

BRAINS：動作 下記の項目の子項目として入力

※初診、再診、精神科訪問看護・指導料の同加算を算定した月は、算定できない

算定できる医学管理料は下記の通り

イ 小児科外来診療料

ロ 外来リハビリテーション診療料

ハ 外来放射線照射診療料

ニ 地域包括診療料

ホ 認知症地域包括診療料

ヘ 小児かかりつけ診療料

ト 外来腫瘍化学療法診療料

チ 救急救命管理料

リ 退院後訪問指導料

ー

BRAINS：マスタ追加 及び 動作

連携強化加算(医学管理)

※外来感染対策向上加算(医学管理)がある場合のみ 1回/月

※自動算定にするにはdrs.iniに設定が必要

る再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

第1節 医学管理料等

区分

B000 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

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、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。

BRAINS：マスタ追加
特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合1)
特定疾患療養管理料(100床未満・情報通信機器)
特定疾患療養管理料(100床以上200床未満・通信機器)

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

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、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。(略)

2～4 (略)

5 小児科療養指導料

270点

BRAINS：マスタ追加 及び 動作
サーベイランス強化加算(医学管理)

※外来感染対策向上加算(医学管理)がある場合のみ 1回/月
※自動算定するにはdrs.iniに設定が必要

(新設)

区分

B000 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS マスタ追加

ウイルス疾患指導料 1(情報通信機器の場合)
ウイルス疾患指導料 2(情報通信機器の場合)

2～4 (略)

5 小児科療養指導料

270点

BRAINS:マスタ変更
小児科療養指導料
(情報通信機器を用いた場合)

BRAINS:マスタ変更
てんかん指導料
(情報通信機器の場合)

BRAINS:マスタ追加
難病外来指導管理料
(情報通信機器の場合)

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

7 難病外来指導管理料 270点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

7 難病外来指導管理料 270点

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料(情報通信機器を用いた場合)

BRAINS変更点：マスタ追加
皮膚科特定疾患指導管理料(1)
(情報通信機器の場合)
皮膚科特定疾患指導管理料(2)
(情報通信機器の場合)

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ・ロ (略)
注1～3 (略)

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、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回
 - ① 対面で行った場合 260点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 235点
- (2) 2回目以降
 - ① (略)
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回
 - ① 対面で行った場合 250点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 225点
- (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 190点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 170点

BRAINS変更点：マスタ追加
外来栄養食事指導料1(初回)
外来栄養食事指導料1(初回)
(情報通信機器の場合)

BRAINS変更点：マスタ追加
外来栄養食事指導料2(初回)
外来栄養食事指導料2(初回)
(情報通信機器の場合)

BRAINS変更点：マスタ追加
外来栄養食事指導料2(2回目以降)
外来栄養食事指導料2(2回目以降)
(情報通信機器の場合)

注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った

として、月1回に限り100点を算定する。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ・ロ (略)
注1～3 (略)

(新設)

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回 260点
(新設)
- (2) 2回目以降
 - ① (略)
 - ② 情報通信機器を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回 250点
(新設)
- (2) 2回目以降 190点
(新設)

注1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合

場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの②の①の点数を算定する。ただし、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。

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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。

4 イの①の②及び②の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

5 ロの①の①及び②の①については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大

に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの②の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
外来栄養食事指導料 悪性腫瘍指導加算 1回/月

3 イの②の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

BRAINS変更点：動作変更
情報通信機器を用いた場合で、月2回目以降でも初回月（開始日の属する月）なら算定可能に変更

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣

BRAINS変更点：動作変更
情報通信機器を用いた場合で、
月2回目以降でも初回月（開始日の属
する月）なら算定可能に変更

臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

6 ロの①の②及び②の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ・ロ （略）
注1・2 （略）

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定で

が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

（新設）

BRAINS変更点：動作変更

情報通信機器を用いた場合で、月2回目以降でも初回月（開始日の属する月）なら算定可能に変更

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ・ロ （略）
注1・2 （略）

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時

きない。

11～13 (略)

14 高度難聴指導管理料

イ・ロ (略)

注1 (略)

2 区分番号K 3 2 8に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

3 (略)

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,211点

注1 (略)

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D 0 2 6に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビンA 1 c (H_bA 1 c)

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン (B C P改良法・B C G法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C

共同指導料2は別に算定できない。

11～13 (略)

14 高度難聴指導管理料

イ・ロ (略)

注1 (略)

2 区分番号K 3 2 8に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

3 (略)

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点

注1 (略)

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D 0 2 6に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ハ (略)

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビンA 1 c (H_bA 1 c)

ホ (略)

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン (B C P改良法・B C G法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C

BRAINS変更点：点数変更

hE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、たん^{たん}白分画、血液ガス分析、アルミニウム(A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト〜ワ (略)

3 (略)

16・17 (略)

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1〜4 (略)

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、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、479点を算定する。

19〜21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

hE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、たん^{たん}白分画、血液ガス分析、アルミニウム(A1)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト〜ワ (略)

3 (略)

16・17 (略)

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1〜4 (略)

(新設)

BRAINS変更点：マスタ追加
小児悪性腫瘍患者指導管理料(情報通信機器の場合)

19〜21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1・2 (略)

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、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。

23 **がん患者指導管理料**

イ (略)

ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ・ニ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、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った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、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B005-6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B005-6-2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

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加
がん性疼痛緩和指導管理料1(情報通信機器の場合)

23 **がん患者指導管理料**

イ (略)

ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ・ニ (略)

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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B005-6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B005-6-2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、それぞれ当該指導管理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。

ぞれ当該指導管理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。

2 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、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又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3～5 (略)

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

7 別に厚生労働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、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。

24 外来緩和ケア管理料 290点

注1～4 (略)

2 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、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又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3～5 (略)

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

(新設)

BRAINS：マスタ追加

がん患者指導管理料(診療方針文書提供)(情報通信機器)
がん患者指導管理料(心理的不安軽減面接)(通信機器)
がん患者指導管理料(抗悪性腫瘍剤文書説明)(通信機器)
がん患者指導管理料(遺伝子検査文書説明)(通信機器)

24 外来緩和ケア管理料

290点

注1～4 (略)

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、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注4に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあつては、131点）を算定する。

25 移植後患者指導管理料

イ・ロ （略）

注1・2 （略）

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、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。

26 （略）

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1～5 （略）

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注4に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあつては、152点）を算定する。

（新設）

BRAINS：マスタ追加

外来緩和ケア管理料(情報通信機器の場合)

外来緩和ケア管理料(特定地域)(情報通信機器の場合)

25 移植後患者指導管理料

イ・ロ （略）

注1・2 （略）

（新設）

BRAINS：マスタ追加

移植後患者指導管理料1 臓器移植後(情報通信機器)

移植後患者指導管理料2 造血幹細胞移植後(通信機器)

26 （略）

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1～5 （略）

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

BRAINS：マスタ追加・変更

糖尿病透析予防指導管理料

(情報通信機器の場合)

糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)

(情報通信機器の場合)

BRAINS：動作変更
12歳未満→20歳未満
年齢制限変更

- 28 小児運動器疾患指導管理料 250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、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、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、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。
- 29・30 (略)
- 31 腎代替療法指導管理料 500点
注1・2 (略)
- 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、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。
- 32 一般不妊治療管理料 250点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、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、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B

- 28 小児運動器疾患指導管理料 250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、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、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、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。
- 29・30 (略)
- 31 腎代替療法指導管理料 500点
注1・2 (略)
- (新設)

BRAINS：マスタ追加
腎代替療法指導管理料(情報通信機器の場合)

(新設)

BRAINS：マスタ追加 動作
一般不妊治療管理料
外来のみ
3か月に1回算定
生殖補助医療管理料と同時に算定しない
初診と同時に算定しない

001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

33 生殖補助医療管理料

イ 生殖補助医療管理料1 300点

ロ 生殖補助医療管理料2 250点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、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、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

34 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料1 1,000点

ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点

ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500点

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
生殖補助医療管理料1
生殖補助医療管理料2
外来のみ
月1回算定
初診と同時に算定しない

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
二次性骨折予防継続管理料1
二次性骨折予防継続管理料2
二次性骨折予防継続管理料3
1、2→入院 入院中1回のみ
3→外来のみ、初回算定日から1年以内、月1回

折の予防を目的として、骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

3 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、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症^{しよっ}の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

(新規)

イ 1月目 280点

ロ 2月目以降 25点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレゲン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

36 下肢創傷処置管理料 500点

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

BRAINS：マスタ追加・動作
アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(1月目)
アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(2月目以降)

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、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、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、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、**月1回に限り算定する。**ただし、区分番号B001の20に掲げる**糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。**

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 （略）

注1 **小児科を標榜する保険医療機関**において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診

BRAINS：マスタ追加・動作

下肢創傷処置管理料

外来のみ

月1回のみ

下肢創傷処置を算定した日の属する月のみ算定

糖尿病合併症管理料は算定しない

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 （略）

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小児科を標榜する保険医療機関**において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ及び区分番号C000に掲げる往診料

療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注1 (略)

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、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。

B001-2-4～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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A001に掲

（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加
乳幼児育児栄養指導料(情報通信機器の場合)

B001-2-4～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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A001に掲

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療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A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 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、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療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A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 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、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該

、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

（削る）

基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用

B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

1・2 （略）

注1 （略）

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第二章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ）、区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

1・2 （略）

注1 （略）

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B 0 1 1に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第二章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ）、区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

BRAINS変更点：マスタ変更
(区分方法変更)

(削る)

小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付する)初診時
小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付する)再診時
小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付しない)初診時
小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付しない)再診時

小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付する)初診時
小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付する)再診時
小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付しない)初診時
小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付しない)再診時

B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1日につき)

1 小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 641点

(2) 再診時 448点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 758点

(2) 再診時 566点

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 630点

(2) 再診時 437点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 747点

(2) 再診時 555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、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のもに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それ

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1日につき)

1 処方箋を交付する場合

イ 初診時 631点
(新設)

ロ 再診時 438点
(新設)

2 処方箋を交付しない場合

イ 初診時 748点
(新設)

ロ 再診時 556点
(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のもに対して診療を行った場合に算定する。

ぞれ算定する。

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 **700点**

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 **400点**

2 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 **570点**

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 **270点**

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅳ及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作

外来腫瘍化学療法診療料1イ 抗悪性腫瘍剤を投与
外来腫瘍化学療法診療料1ロ 抗悪性腫瘍剤その他

外来腫瘍化学療法診療料2イ 抗悪性腫瘍剤を投与
外来腫瘍化学療法診療料2ロ 抗悪性腫瘍剤その他

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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、**月3回に限り**算定する。

3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、**週1回に限り**算定する。

4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

5 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**200点を加算**する。

BRAINS：動作

注1

※初診料、再診料、外来診療料は乳幼児加算、時間外等加算を除いて非算定（小児科外来診療料と同じ）

※がん患者指導管理料ハとは点数の高いほうを算定（がん患者指導管理料ハの方が点数が低いので、こちらが優先）

※在宅自己注射指導管理料は非算定

注2

イは月3回算定

注3

ロは週1回算定、イと同時に算定しない

注4

退院7日以内は算定しない

注5

15歳未満は小児加算

注6

連携充実加算

イの場合のみ算定

月1回

注7

バイオ後続品導入初期加算

3月まで月1回算定

- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
 (削る)
 (削る)
 (削る)
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
 (削る)
 (削る)
 (削る)
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

注1 (略)

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 **650点**
 ロ 高血圧症を主病とする場合 **700点**
 ハ 糖尿病を主病とする場合 **800点**
- 2 1以外の場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 **1,175点**
 ロ 高血圧症を主病とする場合 **1,035点**
 ハ 糖尿病を主病とする場合 **1,280点**

(新設)

注1 (略)

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

BRAINS：分類変更・点数変更
 生活習慣病管理料1(脂質異常症)
 生活習慣病管理料2(高血圧症)

マスタ追加
 生活習慣病管理料3(糖尿病)

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

BRAINS変更点：動作 ※投薬の包括を除外

3 (略)

(削る)

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する

〇

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1のロの②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

(新設)

**BRAINS：マスタ追加
生活習慣病管理料 外来データ提出加算**

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1のロの②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診

療料Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点

注1～4 (略)

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たん蛋白、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、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)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL

料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点

注1～4 (略)

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ハ (略)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たん蛋白、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、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)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ （略）

へ 肝炎ウイルス関連検査

HB_s抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト～ヌ （略）

6・7 （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

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

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総^{たん}蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、

ーコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ （略）

へ 肝炎ウイルス関連検査

HB_s抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト～ヌ （略）

6・7 （略）

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

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

イ～ハ （略）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総^{たん}蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

4～6（略）

B001-6～B001-8（略）

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1・2（略）

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者

アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ～ヌ（略）

4～6（略）

B001-6～B001-8（略）

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1・2（略）

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に

の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

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、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。

B002 開放型病院共同指導料Ⅱ 350点

注1 (略)

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に

必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

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、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加

療養・就労両立支援指導料1(初回)(情報通信機器)

療養・就労両立支援指導料2(2回目以降)(情報通信機器)

B002 開放型病院共同指導料Ⅱ 350点

注1 (略)

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に

掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

B005～B005-5 (略)

B005-6 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 がん治療連携計画策定料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、がん治療連携計画策定料2を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 (略)

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点

注1・2 (略)

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、外来がん患者在宅連携指

掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)は別に算定できない。

B005～B005-5 (略)

B005-6 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加

がん治療連携計画策定料2(情報通信機器を用いた場合)

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 (略)

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点

注1・2 (略)

(新設)

導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

B005-7 認知症専門診断管理料

1 (略)

2 認知症専門診断管理料2

イ 基幹型又は地域型の場合 300点

ロ 連携型の場合 280点

注1 (略)

2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他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に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

BRAINS：マスタ追加
認知症専門診断管理料2
(基幹型又は地域型の場合)
認知症専門診断管理料2
(連携型の場合)

**BRAINS：マスタ追加
外来がん患者在宅連携指導料(情報通信機器の場合)**

B005-7 認知症専門診断管理料

1 (略)

2 認知症専門診断管理料2 300点

(新設)

(新設)

注1 (略)

2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他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に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 450点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

注1・2 (略)

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、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。

B005-9 (略)

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000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産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}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、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2

4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 450点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加
肝炎インターフェロン治療計画料(情報通信機器の場合)

B005-9 (略)

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000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産科又は産婦人科を標榜する^{ぼう}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、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は

月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750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精神科又は心療内科を標榜する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、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料

1 診断を目的とする場合 750点

2 その他の場合 500点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定

看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750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精神科又は心療内科を標榜する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、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料 500点

(新設)

(新設)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定

までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

B005-12 こころの連携指導料Ⅱ 350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、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を^{ほつ}行同意劣患者精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B005-13 こころの連携指導料Ⅲ 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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、区分番号B005-12に掲げるこころの連携

する。

(新設)

BRAINS：マスタ追加
遠隔連携診療料(診断を目的とする場合)
遠隔連携診療料(その他の場合)

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
こころの連携指導料(I)
外来のみ
初回算定日の属する月から1年を限度として月1回算定
病院種類：6493

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
こころの連携指導料(II)
外来のみ
初回算定日の属する月から1年を限度として月1回算定
病院種類：6493

指導料Ⅱを算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B006～B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1・2 (略)

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、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～6 (略)

7 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に

B006～B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加
薬剤総合評価調整管理料(情報通信機器を用いた場合)

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～6 (略)

7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

、患者1人につき月1回に限り算定する。

8～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 連携強化診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

BRAINS変更点：マスタ名称変更

2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りで

8～18 (略)

B009-2～B010-2 (略)

B011 診療情報提供料Ⅲ 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

はない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関におい

2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜^{ほう}する保険医療機関から紹介された注1に

て、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。

6 （略）

B011-2～B011-4 （略）

B011-5 **がんゲノムプロファイリング評価提供料**

12,000点

注 **別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当**

規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

BRAINS：動作

提供する医療機関の条件によるので、入力回数の制限は行わない

4 （略）

B011-2～B011-4 （略）

（新設）

BRAINS：マスタ追加・動作

がんゲノムプロファイリング評価提供料

患者1人につき1回算定（月1回算定で実装）

病院種類：6494

該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B012～B014 (略)

B015 精神科退院時共同指導料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

4 (略)

B016からB018まで (略)

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

区分

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140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、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。

2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

B012～B014 (略)

B015 精神科退院時共同指導料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

4 (略)

B016からB018まで (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作

禁煙治療補助システム指導管理加算

ニコチン依存症管理料1イ、2を算定時のみ加算可能

BRAINS：加算マスタ追加

禁煙治療補助システム加算

第3節 特定保険医療材料料

区分

B200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

6 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げ

(新設)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加・動作
外来感染対策向上加算(在宅医療)
月に1回算定する
連携強化加算(在宅医療)
月に1回算定する
サーベイランス強化加算(在宅医療)
月に1回算定する

下記の在宅患者訪問診療料などに子項目として入力する

- イ 在宅患者訪問診療料Ⅰ
- ロ 在宅患者訪問診療料Ⅱ
- ハ 在宅患者訪問看護・指導料
- ニ 同一建物居住者訪問看護・指導料
- ホ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ヘ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ト 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- チ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- リ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

(新設)

る再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、**連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。**

7 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、**サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。**

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(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訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

(新設)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 (略)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(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訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この

区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)
)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲

区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)
)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲

げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

3～11 (略)

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅱ (1日につき) 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療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、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ (略)

2～6 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (①及び②の場合を除く。)

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,029点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

1,685点

③ ①及び②以外の場合

880点

④ 月1回訪問診療を行っている場合

げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

3～11 (略)

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅱ (1日につき) 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療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、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ・ロ (略)

2～6 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(新設)

BRAINS：動作

情報通信機器をもちいた診療を行った来院に、「情報通信機器を用いた診療」(よみ「じょう」)を親項目として入力する。

その来院を情報通信機器をもちいた診療と解釈して自動算定
※その他の動作は病院種類で動作(従来通り)

③ 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

⑤ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

1,515点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

843点

③ ①及び②以外の場合

440点

ロ 病床を有しない場合

(1)・(2) (略)

③ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であつて、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(①及び②の場合を除く。)

① 単一建物診療患者が1人の場合

2,789点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

1,565点

③ ①及び②以外の場合

820点

④ 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

⑤ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

1,395点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

783点

③ ①及び②以外の場合

410点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1)

①～③ (略)

(新設)

BRAINS：動作

「2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」は、先月と今月に入力されている「情報通信機器を用いた診療」の数を数えて自動算定

ロ 病床を有しない場合

(1)・(2) (略)

(新設)

③ 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(新設)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1)

に規定するものを除く。)の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であ
つて、うち1回以上情報通信機器を用いた診療
を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 1,465点

(3) (1)及び(2)以外の場合 780点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて
、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療
を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 733点

(3) (1)及び(2)以外の場合 390点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であ
つて、うち1回以上情報通信機器を用いた診療
を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場
合 1,180点

(3) (1)及び(2)以外の場合 660点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて
、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療

に規定するものを除く。)の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

(新設)

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

(新設)

を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点

(3) (1)及び(2)以外の場合 330点

注1～8 (略)

9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 在宅療養移行加算1 216点

ロ 在宅療養移行加算2 116点

10 1のイの(2)から(5)まで、1のロの(2)から(5)まで、2のロからホまで及び3のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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。

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

注1～8 (略)

9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

12 1から3までにおいて、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

(新設)

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であつて、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合

2,249点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

1,265点

③ ①及び②以外の場合

880点

(4) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

1,125点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

633点

③ ①及び②以外の場合

440点

ロ 病床を有しない場合

BRAINS：加算マスタ追加・動作

在宅データ提出加算

親項目に合わせて、コードを切り替える予定（未実装。）

在宅データ提出加算(在宅時医学総合管理料)

在宅データ提出加算(施設入居時等医学総合管理料)

在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの場合

イ 病床を有する場合

(1)・(2) (略)

(新設)

BRAINS：動作

情報通信機器をもちいた診療を行った来院に、「情報通信機器を用いた診療」（よみ「じょう」）を親項目として入力する。

その来院を情報通信機器をもちいた診療と解釈して自動算定

※その他の動作は病院種類で動作（従来通り）

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(新設)

BRAINS：動作

「2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合」は、先月と今月に入力されている「情報通信機器を用いた診療」の数を数えて自動算定

ロ 病床を有しない場合

(1)・(2) (略)

③ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（①及び②の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合

2,069点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

1,175点

③ ①及び②以外の場合

820点

④ 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

⑤ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

1,035点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

588点

③ ①及び②以外の場合

410点

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合 1,909点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,105点

③ ①及び②以外の場合

780点

三 月1回訪問診療を行っている場合

(1)・(2) (略)

(新設)

③ 月1回訪問診療を行っている場合

①～③ (略)

(新設)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 955点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 553点

(3) (1)及び(2)以外の場合 390点

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,549点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 910点

(3) (1)及び(2)以外の場合 660点

ニ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 775点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 455点

(3) (1)及び(2)以外の場合 330点

注1～5 (略)

6 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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

(1)～(3) (略)

(新設)

3 1及び2に掲げるもの以外の場合

イ・ロ (略)

(新設)

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1)～(3) (略)

(新設)

注1～5 (略)

(新設)

機関において行われる場合に限り算定する。

- 7 別に厚生労働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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1～5 (略)

- 6 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

- 7 別に厚生労働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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。

C004 救急搬送診療料 1,300点

注1～3 (略)

- 4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加・動作

在宅データ提出加算

親項目に合わせて、コードを切り替える予定（未実装。）

在宅データ提出加算(在宅時医学総合管理料)

在宅データ提出加算(施設入居時等医学総合管理料)

在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1～5 (略)

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加・動作

小児加算(在宅がん医療総合診療料) 週1回

(新設)

BRAINS：加算マスタ追加・動作

在宅データ提出加算

親項目に合わせて、コードを切り替える予定（未実装。）

在宅データ提出加算(在宅時医学総合管理料)

在宅データ提出加算(施設入居時等医学総合管理料)

在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)

C004 救急搬送診療料 1,300点

注1～3 (略)

(新設)

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ・ロ （略）

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) （略）

8～12 （略）

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3 （略）

注1～6 （略）

7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ・ロ （略）

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) （略）

8～12 （略）

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48

条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。)又は登録特定行為事業者(同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。)が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15 (略)

16 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の緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修(以下「特定行為研修」という。)を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、**専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。**
イ 緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合(悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者(区分番号C013に掲げる在宅患者訪問

条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。)又は登録特定行為事業者(同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。)が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14・15 (略)

(新設)

褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては
真皮までの状態の患者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。) 250点

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合(保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為(訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。)に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。) 250点

17・18 (略)

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人又は2人 450点
(削る)

(2) 同一建物内3人以上 400点

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人又は2人 800点

16・17 (略)

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 1日に2回の場合

(1) 同一建物内1人 450点

(2) 同一建物内2人 450点

(3) 同一建物内3人以上 400点

ロ 1日に3回以上の場合

(1) 同一建物内1人 800点

(削る)

- (2) 同一建物内 3 人以上 720点
- 4 1 及び 2 については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。
- イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
- (1) 同一建物内 1 人 又は 2 人 450点
- (2) 同一建物内 3 人以上 400点
- ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
- (1) 同一建物内 1 人 又は 2 人 380点
- (削る)
- (2) 同一建物内 3 人以上 340点
- ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）
- (1) 同一建物内 1 人 又は 2 人 300点

(2) 同一建物内 2 人 800点

- (3) 同一建物内 3 人以上 720点
- 4 1 及び 2 については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。
- イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
- (1) 同一建物内 1 人 450点
- (2) 同一建物内 2 人 450点
- (3) 同一建物内 3 人以上 400点
- ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
- (1) 同一建物内 1 人 380点
- (2) 同一建物内 2 人 380点
- (3) 同一建物内 3 人以上 340点
- ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）
- (1) 同一建物内 1 人 300点

(削る)

② 同一建物内3人以上 270点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人又は2人 300点

(削る)

② 同一建物内3人以上 270点

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人又は2人 600点

(削る)

② 同一建物内3人以上 540点

(3) 1日に3回以上の場合

① 同一建物内1人又は2人 1,000点

(削る)

② 同一建物内3人以上 900点

5 (略)

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ

② 同一建物内2人 300点

③ 同一建物内3人以上 270点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人 300点

② 同一建物内2人 300点

③ 同一建物内3人以上 270点

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人 600点

② 同一建物内2人 600点

③ 同一建物内3人以上 540点

(3) 1日に3回以上の場合

① 同一建物内1人 1,000点

② 同一建物内2人 1,000点

③ 同一建物内3人以上 900点

5 (略)

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレ

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）

100点

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 (略)

C007 訪問看護指示料 300点

注1・2 (略)

3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為

ンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）

100点

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 (略)

C007 訪問看護指示料 300点

注1・2 (略)

(新設)

に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合には、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008～C013 (略)

C014 外来在宅共同指導料

1 外来在宅共同指導料1 400点

2 外来在宅共同指導料2 600点

注1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が

3・4 (略)

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合には、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008～C013 (略)

(新設)

、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

2 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている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。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲは別に算定できない。

第2節 在宅療養指導管理料

通則
(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理

第2節 在宅療養指導管理料

通則
(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理

とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

2～4 (略)

とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

4 (略)

区分

C100 (略)

C101 在宅自己注射指導管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

2～4 (略)

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、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。

C101-2・C101-3 (略)

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

注1・2 (略)

3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。

C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000点

注1・2 (略)

C103～C107-2 (略)

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

C108～C110-4 (略)

C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

C101-2・C101-3 (略)

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

注1・2 (略)

(新設)

C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点

注1・2 (略)

C103～C107-2 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作
在宅ハイフローセラピー指導管理料
外来のみ

C108～C110-4 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作
在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
外来のみ

C1111・C1112 (略)

C1112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

注 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のもので、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

C1113～C1120 (略)

C1121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点

注1 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則
(略)

区分

C1150 血糖自己測定器加算

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 7については、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

4 SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病

C1111・C1112 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
在宅喉頭摘出患者指導管理料
外来のみ

C1113～C1120 (略)

(新設)

BRAINS：マスタ追加・動作
在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
外来のみ

BRAINS：加算マスタ追加
導入初期加算(在宅抗菌薬吸入療法指導管理料)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則
(略)

区分

C1150 血糖自己測定器加算

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、3月に3回に限り、40点を更に第1款の所定点数に加算する。

C151～C159 (略)

C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291点

注 (略)

BRAINS:点数変更

C160～C168 (略)

C168-2 携帯型精密ネブライザ加算 3,200点

BRAINS:名称変更

注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C169 (略)

C170 排痰補助装置加算 1,829点

注 (略)

BRAINS:点数変更

C171・C171-2 (略)

C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C172・C173 (略)

C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

1 1月目 7,480点

2 2月目以降 1,800点

注 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者

BRAINS:加算マスタ追加
血中ケトン体自己測定器加算

C151～C159 (略)

C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点

注 (略)

C160～C168 (略)

C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200点

注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C169 (略)

C170 排痰補助装置加算 1,800点

注 (略)

C171・C171-2 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作

※在宅ハイフローセラピー材料加算
1回/月で算定

C172・C173 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作

※在宅ハイフローセラピー装置加算
1回/月で算定

(新設)

BRAINS:マスタ追加

在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算(1月目)
在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算(2月目以降)

以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3節・第4節 (略)

第3部 検査

通則
(略)

第1節 検体検査料

通則
(略)

第1款 検体検査実施料

通則
(略)

区分

(尿・糞便等検査)

D000 (略)

D001 尿中特殊物質定性定量検査

1 (略)

2 VMA定性(尿)、尿グルコース 9点

3~7 (略)

8 アルブミン定量(尿) 99点

9 トランスフェリン(尿) 101点

10 ウロポルフィリン(尿)、トリプシノーゲン2

(尿) 105点

11~13 (略)

14 コプロポルフィリン(尿) 131点

15 IV型コラーゲン(尿) 184点

16 (略)

(削る)

17~21 (略)

注 (略)

第3節・第4節 (略)

第3部 検査

通則
(略)

第1節 検体検査料

通則
(略)

第1款 検体検査実施料

通則
(略)

区分

(尿・糞便等検査)

D000 (略)

D001 尿中特殊物質定性定量検査

1 (略)

2 VMA定性(尿)、Bence Jones^{たん}蛋
白定性(尿)、尿グルコース 9点

3~7 (略)

8 アルブミン定量(尿) 102点

9 トランスフェリン(尿) 104点

10 ウロポルフィリン(尿) 105点

11~13 (略)

14 コプロポルフィリン(尿) 135点
(新設)

15 (略)

16 IV型コラーゲン(尿) 189点

17~21 (略)

注 (略)

BRAINS 変更点
点数変更
名称変更
区分変更

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更

BRAINS:マスタ追加
 関節液検査/顕鏡検法

D002・D002-2	(略)	
D003	糞便検査	
	1～8	(略)
	9	カルプロテクチン(糞便) 270点
D004	穿刺液・採取液検査	
	1	(略)
	2	関節液検査 50点
	3～7	(略)
	8	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) 119点
	9	(略)
	10	IgGインデックス 402点
	11	(略)
	12	ミエリン塩基性たんぱく質(MBP)(髄液) 570点
	13～17	(略)
	注	(略)
D004-2	(略)	(血液学的検査)
D005	血液形態・機能検査	
	1～6	(略)
	7	血中微生物検査、DNA含有赤血球計数検査 40点
	8～13	(略)
	14	骨髓像 788点
	注	(略)
	15	(略)
D006	出血・凝固検査	
	1～13	(略)
	14	Dダイマー定性 122点
	15	(略)
	16	von Willebrand因子(VWF)

D002・D002-2	(略)	
D003	糞便検査	
	1～8	(略)
	9	カルプロテクチン(糞便) 276点
D004	穿刺液・採取液検査	
	1	(略)
		(新設)
	2～6	(略)
	7	顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) 122点
	8	(略)
	9	IgGインデックス 414点
	10	(略)
	11	ミエリン塩基性たんぱく質(MBP)(髄液) 577点
	12～16	(略)
	注	(略)
D004-2	(略)	(血液学的検査)
D005	血液形態・機能検査	
	1～6	(略)
	7	血中微生物検査 40点
	8～13	(略)
	14	骨髓像 812点
	注	(略)
	15	(略)
D006	出血・凝固検査	
	1～13	(略)
	14	Dダイマー定性 125点
	15	(略)
	16	von Willebrand因子(VWF)

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更

活性	129点
17 Dダイマー	130点
18・19 (略)	
20 凝固因子インヒビター	144点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	147点
22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	154点
23 プロテインS抗原	158点
24 プロテインS活性	163点
25 β-トロンボグロブリン (β-TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	176点
26 (略)	
(削る)	
27 プロトロンビンフラグメントF1+2	192点
28 (略)	
29 フィブリンモノマー複合体	221点
30 (略)	
(削る)	
31 プロテインC抗原	232点
32 プロテインC活性	234点
33 (略)	
(削る)	
34・35 (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	

活性	132点
17 Dダイマー	133点
18・19 (略)	
20 凝固因子インヒビター	148点
21 von Willebrand因子 (VWF)	
抗原	151点
22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	158点
23 プロテインS抗原	162点
24 プロテインS活性	168点
25 β-トロンボグロブリン (β-TG)	177点
26 (略)	
27 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	181点
28 プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
29 (略)	
(新設)	
30 (略)	
31 フィブリンモノマー複合体	227点
32 プロテインC抗原	239点
(新設)	
33 (略)	
34 プロテインC活性	241点
35・36 (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から34までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

D006-2	(略)	
D006-3	BCR-ABL1	
1	Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))	
イ	診断の補助に用いるもの	2,520点
ロ	モニタリングに用いるもの	2,520点
2	minor BCR-ABL mRNA	
イ	診断の補助に用いるもの	2,520点
ロ	モニタリングに用いるもの	2,520点
D006-4	(略)	
D006-5	染色体検査 (全ての費用を含む。)	
1	FISH法を用いた場合	2,553点
2	その他の場合	2,553点
	注1 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	
	2 2については、流産検体を用いた 絨毛染色体検査 を行う場合は、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う場合に限り算定する。	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,373点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,004点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査	3,105点
D006-12~D006-14	(略)	
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D006-16~D006-18	(略)	
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	44,000点

D006-2	(略)	
D006-3	Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))	
1	診断の補助に用いるもの	2,520点
	(新設) BRAINS:マスタ追加 MajorBCR-ABL1 mRNA IS(血液)/リアルタイムRT-PCR(診断補助)	
	(新設) MajorBCR-ABL1 mRNA IS(血液)/リアルタイムRT-PCR(モニタリング)	
2	モニタリングに用いるもの	2,520点
	(新設) BRAINS:マスタ追加 minor BCR-ABL mRNA(末梢血)/リアルタイムRT-PCR法(診断補助)	
	(新設) minor BCR-ABL mRNA(末梢血)/リアルタイムRT-PCR法(モニタリング)	
D006-4	(略)	
D006-5	染色体検査 (全ての費用を含む。)	2,631点
	(新設)	
	(新設)	
	注 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	
	(新設)	
	BRAINS:マスタ追加 染色体検査(先天性)(全血・添加物入り)/FISH法 染色体検査(全血) ※その他 検査法・検査材料でマスタ追加	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,429点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,037点
D006-8~D006-10	(略)	
D006-11	FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査	3,201点
D006-12~D006-14	(略)	
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D006-16~D006-18	(略)	
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

(削る)

(削る)

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実施した場合に限り算定する。

2 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。

D006-20・D006-21 (略)

D006-22 RAS遺伝子検査(血漿) 7,500点

D006-23 遺伝子相同組換え修復欠損検査 32,200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

D006-24 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 10,000点

D006-25 CYP2C9遺伝子多型 2,037点

D006-26 染色体構造変異解析 8,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)

1 ROS1融合遺伝子検査 2,500点

2 ALK融合遺伝子検査 2,500点

3 METex14遺伝子検査 5,000点

4 NTRK融合遺伝子検査 5,000点

注1 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の1若しくは2に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げるEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目又は3項目以上行った場

1 検体提出時 8,000点

2 結果説明時 48,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

(新設)

D006-20・D006-21 (略)

(新設) BRAINS:マスタ追加
(新設) RAS遺伝子検査(大腸癌)(血漿)/BEAMing法
卵巣癌における相同組換え修復欠損評価検査(腫瘍組織)

(新設) EGFR、ROS1、ALK、BRAF、METex14(同時実施)
(新設) 薬物代謝酵素CYP2C9遺伝子多型/リアルタイムPCR法
(新設) 染色体構造変異解析(血液)/アレイCGH法

(新設) ROS1融合遺伝子検査(肺癌)
ALK融合遺伝子検査(肺癌)
METex14遺伝子検査(血漿)(次世代シーケンシング)
NTRK融合遺伝子検査(固形癌)

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。

- 2 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3及び4に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。

D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

(生化学的検査Ⅱ)

D007 血液化学検査

- 1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法） 11点
- 2～21 (略)
- 22 CK-MB（蛋白量測定） 90点
- 23・24 (略)
- 25 フェリチン半定量、フェリチン定量 105点
- 26 (略)

BRAINS:マスタ追加

ROS1融合遺伝子、ALK融合遺伝子(2項目)
ROS1融合遺伝子、EGFR遺伝子(2項目)
ALK融合遺伝子、EGFR遺伝子(2項目)

ROS1融合遺伝子、ALK融合遺伝子、EGFR遺伝子(3項目)

METex14遺伝子検査、NTRK融合遺伝子(2項目)

(新設)

BRAINS:マスタ追加

Y染色体微小欠失検査(血液)/PCR-rSSO法

(生化学的検査Ⅱ)

D007 血液化学検査

- 1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法） 11点
- 2～21 (略)
- 22 CK-MB（免疫阻害法・蛋白量測定） 90点
- 23・24 (略)
- (新設)
- 25 (略)

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更

27	ヘパリン、 <u>エタノール</u>	108点
28	<u>KL-6</u> (削る)	111点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T)) 定性・定量、アルミニウム (A l)	112点
30	<u>シスタチンC</u>	115点
31	(略)	
32	ペントシジン	118点
33~35	(略)	
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン</u> 定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-F A B P) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン	135点
	注 血液ガス分析については、当該保険医療機 内で行った場合に算定する。	
37	肺サーファクタント ^{たん} 蛋白-D (S P-D)、 <u>プ</u> <u>ロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)</u> 、 <u>亜</u> <u>鉛 (Z n)</u>	136点
	(削る)	
38	<u>アンジオテンシンI転換酵素 (ACE)</u> 、 <u>ビタ</u> <u>ミンB₁₂</u>	140点
39	セレン	144点

26	ヘパリン、 <u>フェリチン半定量、フェリチン定量</u>	108点
27	<u>エタノール</u>	111点
28	<u>KL-6</u>	114点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T)) 定性・定量、アルミニウム (A l)	115点
	(新設)	
30	(略)	
31	ペントシジン、 <u>シスタチンC</u>	118点
32~34	(略)	
	(新設)	
35	肺サーファクタント ^{たん} 蛋白-D (S P-D)	136点
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン</u> 定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-F A B P) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン	139点
	注 血液ガス分析については、当該保険医療機関 内で行った場合に算定する。	
37	<u>プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)</u> 、 <u>亜鉛 (Z n)</u>	140点
38	セレン、 <u>アンジオテンシンI転換酵素 (ACE)</u> <u>)、ビタミンB₁₂</u>	144点

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更

40	(略)	
41	ピルビン酸キナーゼ (PK)、葉酸	150点
	(削る)	
42	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (IGFBP-1) 定性	175点
43	ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステ ロール (RLP-C)	179点
44	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)	180点
45	心室筋ミオシン軽鎖 I	184点
46~50	(略)	
51	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	219点
52	(略)	
53	ビタミンB ₁	239点
54	ビタミンB ₂	242点
55・56	(略)	
57	ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン	276点
58	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシ トニン (PCT) 半定量	284点
59	(略)	
60	ビタミンC	305点
61	(略)	
	(削る)	
62	(略)	
63	血管内皮増殖因子 (VEGF)	460点
64	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場	

39	(略)	
40	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150点
41	葉酸	154点
	(新設)	
	(新設)	
42	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)、腔 分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (I GFBP-1) 定性	180点
43	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I、レムナ ント様リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	184点
44~48	(略)	
49	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	223点
50	(略)	
51	ビタミンB ₁	246点
52	ビタミンB ₂	249点
53・54	(略)	
	(新設)	
55	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシ トニン (PCT) 半定量	292点
56	(略)	
	(新設)	
57	(略)	
58	ビタミンC	314点
59	(略)	
	(新設)	
60	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場	

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ (略)

ハ 10項目以上 106点

注 (略)

(生化学的検査Ⅱ)

BRAINS:動作変更点
自動点数変更

D008 内分泌学的検査

1～6 (略)

7 トリヨードサイロニン (T₃) 99点

8 (略)

(削る)

9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 101点

10 インスリン (IRI) 103点

11 レニン定量 105点

12 サイロキシシン (T₄) 108点

13 成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) 108点

14 テストステロン 122点

15 遊離サイロキシシン (FT₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、コルチゾール 124点

16 アルドステロン 125点

(削る)

17 (略)

18 サイログロブリン 131点

19 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 132点

20 脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン 133点

合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ (略)

ハ 10項目以上 109点

注 (略)

(生化学的検査Ⅱ)

D008 内分泌学的検査

1～6 (略)

(新設)

7 (略)

8 トリヨードサイロニン (T₃) 102点

9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 104点

10 インスリン (IRI) 106点

11 レニン定量 108点

12 サイロキシシン (T₄) 111点

13 成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) 111点

(新設)

(新設)

14 アルドステロン、テストステロン 125点

15 遊離サイロキシシン (FT₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT₃)、コルチゾール 127点

16 (略)

(新設)

(新設)

17 サイログロブリン 133点

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

21	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	134点
22	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)	136点
23	サイロキシン結合能 (TBC) (削る)	137点
	(削る)	
24	プロゲステロン	147点
25	(略) (削る)	
26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	154点
27	(略)	
28	オステオカルシン (OC) (削る)	157点
29	遊離テストステロン	159点
30	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	161点
31	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP)	163点
32	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)	164点

18	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)	134点
19	脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	136点
20	カルシトニン	137点
21	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	138点
22	サイロキシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL) (新設)	140点
23	(略)	
24	プロゲステロン (新設)	151点
25	(略) (新設)	
26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	158点
27	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC)	161点
28	遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) (新設)	163点

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更

33	低単位ヒト ^{じゅうつ} 絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、 <u>副甲状腺ホルモン (PTH)</u> 、 <u>カテコールアミン分画</u>	165点
34	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、 <u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)</u>	169点
35	セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、 <u>サイクリックAMP (cAMP)</u> (削る)	170点
	(削る)	
36	<u>エストラジオール (E₂)</u>	172点
37	(略)	
38	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}蛋白 (PTHrP)</u> 、 <u>副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)</u> 、 <u>カテコールアミン</u>	189点
39	(略) (削る)	
40・41	(略)	
42	<u>ソマトメジンC</u>	212点
43・44	(略) (削る)	
45	17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)、 <u>メタネフリン・ノルメタネフリン分画</u>	220点
46	<u>心房性Na利尿ペプチド (ANP)</u> (削る)	221点
47	<u>抗利尿ホルモン (ADH)</u>	230点

29	低単位ヒト ^{じゅうつ} 絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	165点
30	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、 <u>I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)</u>	169点
31	セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、 <u>副甲状腺ホルモン (PTH)</u> 、 <u>カテコールアミン分画</u>	170点
32	<u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)</u>	174点
33	<u>サイクリックAMP (cAMP)</u>	175点
34	エストラジオール (E ₂)	177点
35	(略) (新設)	
36	(略)	
37	<u>副甲状腺ホルモン関連^{たん}蛋白 (PTHrP)</u> 、 <u>副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)</u> 、 <u>カテコールアミン</u>	194点
38・39	(略) (新設)	
40・41	(略)	
42	<u>ソマトメジンC</u>	218点
43	17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)	220点
44	<u>メタネフリン・ノルメタネフリン分画</u>	221点
45	<u>心房性Na利尿ペプチド (ANP)</u> (新設)	227点

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

48 プレグナントリオール 232点
 (削る)

49~51 (略)

52 抗ミューラー管ホルモン (AMH) 600点

53 レプチン 1,000点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の
 13から51までに掲げる検査を3項目以上行った
 場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数
 に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ~ハ (略)

D009 腫瘍マーカー

1 (略)

2 癌胎児性抗原 (CEA) 99点

3 α-フェトプロテイン (AFP) 101点

4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 104点

5 (略)

6 NCC-ST-439、CA15-3 115点

7 DUPAN-2 118点

8 エラスターゼ1 123点

9 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 124点

10 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 135点

11 CA125 140点

12 神経特異エノラーゼ (NSE) 142点

13 核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定量
 (尿)、核マトリックスポロテイン22 (NMP
 22) 定性 (尿) 143点

14 SPan-1、シアリルLe^x-i抗原 (SLX
) 144点

46 プレグナントリオール 234点

47 抗利尿ホルモン (ADH) 235点

48~50 (略)

(新設) BRAINS:マスタ追加 抗ミューラー管ホルモン(血清)/EIA

(新設) BRAINS:マスタ追加 レプチン(血清)/ELISA法

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の
 13から50までに掲げる検査を3項目以上行った場
 合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応
 じて次に掲げる点数により算定する。

イ~ハ (略)

D009 腫瘍マーカー

1 (略)

2 癌胎児性抗原 (CEA) 102点

3 α-フェトプロテイン (AFP) 104点

4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 107点

5 (略)

(新設)
 6 DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15
 -3 118点

7 エラスターゼ1 126点

8 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 127点

9 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 139点

(新設)

(新設)

(新設)

10 CA125 144点

15	CA72-4、シアリルTn抗原 (STN)	146点
	(削る)	
	(削る)	
16	塩基性フェトプロテイン (BFP)、 <u>遊離型P SA比 (PSA F/T比)</u>	150点
	(削る)	
17	<u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u>	158点
18	サイトケラチン8・18 (尿)、 <u>シアリルLe^x 抗原 (CSLEX)</u>	160点
	(削る)	
19	(略)	
	(削る)	
20~22	(略)	
23	CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)、 <u>組織因子経路インヒビター 2 (TFPI2)</u>	190点
24~26	(略)	
27	<u>プロステートヘルスインデックス (phi)</u>	281点
28~30	(略)	
注1	(略)	
2	患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

11	CA72-4、 <u>SPan-1</u> 、シアリルTn抗原 (STN)、 <u>神経特異エノラーゼ (NSE)</u>	146点
12	<u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u>	147点
13	<u>シアリルLe^x-i 抗原 (SLX)</u>	148点
14	塩基性フェトプロテイン (BFP)	150点
15	<u>遊離型PSA比 (PSA F/T比)</u>	154点
	(新設)	
16	サイトケラチン8・18 (尿)	160点
17	<u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u>	162点
18	(略)	
19	<u>シアリルLe^x抗原 (CSLEX)</u>	164点
20~22	(略)	
23	CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)	190点
24~26	(略)	
	(新設)	
27~29	(略)	
注1	(略)	
2	患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

BRAINS:動作変更点
 自動点数変更

	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	396点
D010	特殊分析	
	1 (略)	
	2 結石分析	117点
	3 (略)	
	4 アミノ酸	
	イ 1種類につき	279点
	ロ 5種類以上	1,141点
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	283点
	6 (略)	
	7 脂肪酸分画	405点
	8 (略)	
	(免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1・2 (略)	
	3 Rh (その他の因子) 血液型	148点
	4 (略)	
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性	181点
	6 血小板関連IgG (PA-IgG)	193点
	7 (略)	
	8 抗血小板抗体	261点
	9・10 (略)	
D012	感染症免疫学的検査	
	1~15 (略)	
	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体 半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	112点
	17 (略)	
	18 A群β溶連菌迅速試験定性	124点

	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	408点
D010	特殊分析	
	1 (略)	
	2 結石分析	120点
	3 (略)	
	4 アミノ酸	
	イ 1種類につき	287点
	ロ 5種類以上	1,176点
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	288点
	6 (略)	
	7 脂肪酸分画	417点
	8 (略)	
	(免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1・2 (略)	
	3 Rh (その他の因子) 血液型	152点
	4 (略)	
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性	186点
	6 血小板関連IgG (PA-IgG)	198点
	7 (略)	
	8 抗血小板抗体	262点
	9・10 (略)	
D012	感染症免疫学的検査	
	1~15 (略)	
	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体 半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	115点
	17 (略)	
	(新設)	

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

19	H I V-1, 2抗体定量、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定量	127点
20	<u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b)</u> <u>抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>132点</u>
21	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、 <u>梅毒トレポネーマ抗体 (F T A-ABS試験) 定性</u> 、 <u>梅毒トレポネーマ抗体 (F T A-ABS試験) 半定量</u>	134点
22	<u>インフルエンザウイルス抗原定性</u>	136点
23	R S ウイルス抗原定性	138点
	(削る)	
24	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、 <u>ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	142点
25	肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)	146点
26	(略)	
27	<u>クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体</u>	<u>152点</u>
28	<u>クラミジア・トラコマチス抗原定性</u>	156点
29	<u>アスペルギルス抗原</u>	<u>157点</u>
30	D-アラビニトール	160点
	(削る)	
31	<u>大腸菌O157抗体定性</u> 、 <u>H T L V-I抗体</u>	<u>163点</u>
32	(略)	

18	H I V-1, 2抗体定量、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定量、 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u>	127点
	(新設)	
19	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	134点
20	<u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b)</u> <u>抗原定性 (尿・髄液)</u>	136点
21	R S ウイルス抗原定性、 <u>梅毒トレポネーマ抗体 (F T A-ABS試験) 定性</u> 、 <u>梅毒トレポネーマ抗体 (F T A-ABS試験) 半定量</u>	138点
22	<u>インフルエンザウイルス抗原定性</u>	<u>139点</u>
23	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	142点
24	肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、 <u>ヒトメタニューモウイルス抗原定性</u>	146点
25	(略)	
	(新設)	
26	<u>クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体</u>	156点
	(新設)	
27	D-アラビニトール、 <u>クラミジア・トラコマチス抗原定性</u>	160点
28	<u>アスペルギルス抗原</u>	<u>161点</u>
	(新設)	
29	(略)	

(削る)

33	クリプトコックス抗原半定量	169点
34	(略)	
35	クリプトコックス抗原定性	174点
36・37	(略)	
38	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)、肺炎球菌細胞壁抗原定性	184点
39	肺炎球菌荚膜抗原定性(尿・髄液)	193点
40	(略)	
41	(1→3) -β-D-グルカン	201点
42	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	206点
	注 同一検体についてグロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。	
43	ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量	207点
44	(略)	
45	レジオネラ抗原定性(尿)	211点

(削る)

46	百日咳菌抗原定性	217点
47	赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性	223点
48	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	227点
49	デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原	

30	大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体	168点
	(新設)	
31	(略)	
32	クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性	174点
33・34	(略)	
35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。)、肺炎球菌細胞壁抗原定性	189点
36	肺炎球菌荚膜抗原定性(尿・髄液)	198点
37	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
38	ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、(1→3) -β-D-グルカン	207点
39	(略)	
	(新設)	
40	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	212点
	注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。	
41	レジオネラ抗原定性(尿)	217点
42	赤痢アメーバ抗体半定量	223点
	(新設)	
43	デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原	

BRAINS変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

・抗体同時測定定性、白癬菌抗原定性 233点

注 (略)

50 エンドトキシン 236点

51 百日咳菌抗体 257点

52・53 (略)

54 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 366点

55～57 (略)

58 HIV-1 特異抗体・HIV-2 特異抗体 660点

59 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 847点

60 鳥特異的 I g G 抗体 873点

61 抗アデノ随伴ウイルス9型 (AAV9) 抗体 12,850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実施した場合に限り算定する。

D013 肝炎ウイルス関連検査

1～3 (略)

4 HBe抗原、HBe抗体 101点

5 HCV抗体定性・定量、HCVコアタンパク 105点

6 HBc抗体半定量・定量 133点

7～10 (略)

11 HCV血清群別判定 221点

12 HBVコア関連抗原 (HBcrAg) 259点

13・14 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性 (上皮細胞) 233点

注 (略)

44 エンドトキシン 243点

45 百日咳菌抗体 264点

46・47 (略)

48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 377点

49～51 (略)

(新設)

52 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 873点

(新設)

(新設)

D013 肝炎ウイルス関連検査

1～3 (略)

4 HBe抗原、HBe抗体 104点

5 HCV抗体定性・定量、HCVコアタンパク 108点

6 HBc抗体半定量・定量 137点

7～10 (略)

11 HCV血清群別判定 227点

12 HBVコア関連抗原 (HBcrAg) 266点

13・14 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

じて次に掲げる点数により算定する。 BRAINS:動作変更点
 イ・ロ (略) 自動点数変更

ハ 5項目以上 425点

D014 自己抗体検査

1～4 (略)
 5 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

102点

6 (略)
 7 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

114点

8 (略)
 (削る)

9 抗J_o-1抗体定性、抗J_o-1抗体半定量、抗J_o-1抗体定量、抗サイログロブリン抗体

140点

10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体

142点

11 抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量

144点

(削る)

12 (略)

13 C₁q結合免疫複合体

153点

14 抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量

157点

15 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

158点

16 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

161点

じて次に掲げる点数により算定する。

イ・ロ (略)

ハ 5項目以上 438点

D014 自己抗体検査

1～4 (略)
 5 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

105点

6 (略)
 (新設)

7 (略)
 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

117点

9 抗J_o-1抗体定性、抗J_o-1抗体半定量、抗J_o-1抗体定量

140点

(新設)

10 抗サイログロブリン抗体、抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量

144点

11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体

146点

12 (略)

(新設)

13 C₁q結合免疫複合体

157点

14 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、抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量

161点

15 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

163点

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

17	抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	163点
18	(略)	
19	抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	174点
20	抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	181点
21	抗ミトコンドリア抗体定量	189点
22	(略)	
23	モノクローナルRF結合免疫複合体	194点
24	IgG型リウマトイド因子、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	198点
	(削る)	
25	抗LKM-1抗体	215点
26	抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	220点
27	(略)	
28	抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β ₂ グリコプロテインII IgG抗体、抗β ₂ グリコプロテインII IgM抗体	226点
	(削る)	
29	(略)	
30	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	258点
31	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	259点
32	抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	262点
33	抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体	270点

16	抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	168点
17	(略)	
18	抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	179点
19	抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	186点
	(新設)	
20	(略)	
21	モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量	194点
22	IgG型リウマトイド因子	203点
23	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	204点
24	抗LKM-1抗体	221点
	(新設)	
25	(略)	
26	抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	226点
27	抗カルジオリピン抗体	232点
28	(略)	
29	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	265点
30	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA)	267点
	(新設)	
31	抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

- 34 (略)
- 35 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性 **273点**
- 36~42 (略)
- 43 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体) **798点**
- 44 (略)
- 45 抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体 (抗P/Q型VGCC抗体)

1,000点

46・47 (略)

注1 本区分の9から16まで、18、22及び34に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。

2 本区分の46及び47に掲げる検査については、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実施した場合に限り算定する

D015 血漿^{しよつたん}蛋白免疫学的検査

- 1~10 (略)
- 11 β_2 -マイクログロブリン **101点**
- 12 トランスサイレチン (プレアルブミン) **104点**
- 13 (略)
- 14 α_1 -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。) **132点**
- 15 レチノール結合^{たん}蛋白 (RBP) 136点

270点

- 32 (略)
- 33 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性 **281点**
- 34~40 (略)
- 41 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体) **822点**
- 42 (略)
- 43 抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点

44・45 (略)

注1 本区分の9から15まで、17、20及び32に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。

2 本区分の44及び45に掲げる検査については、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実施した場合に算定する。

D015 血漿^{しよつたん}蛋白免疫学的検査

- 1~10 (略)
- 11 β_2 -マイクログロブリン **104点**
- 12 トランスサイレチン (プレアルブミン) **107点**
- 13 (略)
- (新設)
- 14 レチノール結合^{たん}蛋白 (RBP)、 α_1 -マイク

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

16	(略)	
17	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)、 <u>インターロイキン-6 (IL-6)</u>	170点
18~23	(略)	
24	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	218点
25	C ₁ インアクチベータ	260点
26	SCCA 2	300点
27	(略)	
28	インターフェロン-λ3 (IFN-λ3)、sFlt-1/PlGF比	340点
29	(略)	
30	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	594点
D016 細胞機能検査		
1	(略)	
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	185点
3~7	(略)	
	(微生物学的検査)	
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査		
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50点
	注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、35点を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	その他のもの	64点
	注 (略)	
D018 細菌培養同定検査		
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	170点
2	消化管からの検体	190点

	ログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)	136点
15	(略)	
16	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
17~22	(略)	
23	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	224点
24	C ₁ インアクチベータ (新設)	268点
25	(略) (新設)	
26	(略)	
27	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	612点
D016 細胞機能検査		
1	(略)	
2	T細胞サブセット検査 (一連につき)	190点
3~7	(略)	
	(微生物学的検査)	
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査		
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50点
	注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、32点を所定点数に加算する。	
2	(略)	
3	その他のもの	61点
	注 (略)	
D018 細菌培養同定検査		
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点
2	消化管からの検体	180点

BRAINS:変更点
 点数変更
 名称変更
 区分変更
 マスタ追加

3	血液又は穿刺液 ^{せん}	220点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	180点
5	その他の部位からの検体	170点
6	(略)	
注1	1 から 6 までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、122点を所定点数に加算する。	
2	(略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	180点
2	2菌種	230点
3	3菌種以上	290点
4・5	(略)	
D019-2	(略)	
D020	抗酸菌分離培養検査	
1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	300点
2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	209点
D021	(略)	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	400点
注	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	(略)	
2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	193点
3	(略)	
4	HBV核酸定量	263点
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	270点
6	マイコプラズマ核酸検出	291点
7	(略)	
	(削る)	

3	血液又は穿刺液 ^{せん}	215点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
5	その他の部位からの検体	160点
6	(略)	
注1	1 から 6 までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、112点を所定点数に加算する。	
2	(略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	170点
2	2菌種	220点
3	3菌種以上	280点
4・5	(略)	
D019-2	(略)	
D020	抗酸菌分離培養検査	
1	抗酸菌分離培養(液体培地法)	280点
2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	204点
D021	(略)	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	380点
注	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	(略)	
2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	198点
3	(略)	
4	HBV核酸定量	271点
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	278点
	(新設)	
6	(略)	
7	マイコプラズマ核酸検出	300点

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更
マスタ追加

8 (略)

9 HCV核酸検出 340点

10 HPV核酸検出 350点

注 (略)

11 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 352点

注 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)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、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(けいぶ)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(けいぶ 切除術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌(がん)レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

12 百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出 360点

(削る) BRAINS:マスタ追加
肺炎クラミジア核酸検出(鼻咽頭拭い液)/LAMP法

13・14 (略)

8 (略)

(新設)

9 HCV核酸検出、HPV核酸検出 350点

注 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加
HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)(擦過物)/リアルタイムPCR法

10 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点

注 HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)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、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(異形成)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(異形成)切除術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

11・12 (略)

BRAINS:変更点
点数変更
名称変更
区分変更
マスタ追加

15 HCV核酸定量 424点
16 HBV核酸プレコア変異及びコアプロモータ変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量 450点

17 (略)

18 サイトメガロウイルス核酸検出 825点

19 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点

20～23 (略)

注 6、7、12 (百日咳菌核酸検出に限る。)又は13 (結核菌群核酸検出に限る。)に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

D023-2 その他の微生物学的検査

1・2 (略)

3 大腸菌ベロトキシン定性 189点

4 (略)

D024 削除

(基本的検体検査実施料)

D025 (略)

第2款 検体検査判断料

区分

13 HCV核酸定量 437点

14 HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点

15 (略)

(新設)

16 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点

17～20 (略)

注 6、7、10 (百日咳菌核酸検出に限る。)又は11 (結核菌群核酸検出に限る。)に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

D023-2 その他の微生物学的検査

1・2 (略)

3 大腸菌ベロトキシン定性 194点

4 (略)

D024 動物使用検査 170点

注 使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

(基本的検体検査実施料)

D025 (略)

第2款 検体検査判断料

区分

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

7・8 (略)

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

9 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

D027 (略)

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

(略)

D200～D205 (略)

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

1・2 (略)

9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

D027 (略)

第2節 (略)

第3節 生体検査料

通則

1 (略)

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ～ヲ (略)

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

(略)

D200～D205 (略)

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)として、7,200点を所定点数に加算する。

6～10 (略)

D207～D214-2 (略)

(超音波検査等)

通則

(略)

D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。)

1・2 (略)

3 心臓超音波検査

イ～ハ (略)

ニ 胎児心エコー法 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行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

ホ (略)

4・5 (略)

注1～7 (略)

D215-2・D215-3 (略)

D215-4 超音波減衰法検査 200点

注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定又は区分番号D215-3に掲げる超音波エラストグラフィを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

D216・D216-2 (略)

D217 骨塩定量検査

注1～4 (略)

(新設)

5～9 (略)

D207～D214-2 (略)

(超音波検査等)

通則

(略)

D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。)

1・2 (略)

3 心臓超音波検査

イ～ハ (略)

ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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、月1回に限り算定する。

2 (略)

ホ (略)

4・5 (略)

注1～7 (略)

D215-2・D215-3 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加
超音波減衰法検査

D216・D216-2 (略)

D217 骨塩定量検査

1 (略)

2 REMS法(腰椎) 140点

注 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

注 (略)

(監視装置による諸検査)

D 2 1 8～D 2 2 2－2 (略)

D 2 2 3 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 35点

注 (略)

D 2 2 3－2～D 2 3 0 (略)

D 2 3 1 人工膵臓検査(一連につき) 5,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

D 2 3 1－2～D 2 3 4 (略)

(脳波検査等)

通則

(略)

D 2 3 5 (略)

D 2 3 5－2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

D 2 3 5－3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

1・2 (略)

注 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

1 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加
骨塩定量検査(REMS法)

BRAINS:加算マスタ追加
大腿骨同時検査加算(REMS法)

2・3 (略)

注 (略)

(監視装置による諸検査)

D 2 1 8～D 2 2 2－2 (略)

D 2 2 3 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 30点

注 (略)

D 2 2 3－2～D 2 3 0 (略)

D 2 3 1 人工膵臓検査(一連につき) 5,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

D 2 3 1－2～D 2 3 4 (略)

(脳波検査等)

通則

(略)

D 2 3 5 (略)

D 2 3 5－2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。

D 2 3 5－3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)

1・2 (略)

注 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

り算定する。

D 2 3 6 ~ D 2 3 7 - 2 (略)

D 2 3 8 脳波検査判断料

1・2 (略)

注1 (略)

2 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。

3 (略)

(神経・筋検査)

通則

(略)

D 2 3 9 ~ D 2 4 4 (略)

D 2 4 4 - 2 補聴器適合検査

1・2 (略)

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行われる場合に、患者1人につき月2回に限り算定する。

D 2 4 5 ~ D 2 4 9 (略)

D 2 5 0 平衡機能検査

1~5 (略)

6 ビデオヘッドインパルス検査

300点

注 (略)

D 2 5 1 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則

(略)

D 2 5 5 ~ D 2 7 5 - 2 (略)

D 2 7 6 削除

定する。

D 2 3 6 ~ D 2 3 7 - 2 (略)

D 2 3 8 脳波検査判断料

1・2 (略)

注1 (略)

2 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。

3 (略)

(神経・筋検査)

通則

(略)

D 2 3 9 ~ D 2 4 4 (略)

D 2 4 4 - 2 補聴器適合検査

1・2 (略)

注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。

D 2 4 5 ~ D 2 4 9 (略)

D 2 5 0 平衡機能検査

1~5 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加
ビデオヘッドインパルス検査

注 (略)

D 2 5 1 ~ D 2 5 4 (略)

(眼科学的検査)

通則

(略)

D 2 5 5 ~ D 2 7 5 - 2 (略)

D 2 7 6 網膜中心血管圧測定

D 2 7 7～D 2 8 2-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4	(略)	
	(臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5	(略)	
	(負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 1	(略)	
D 2 9 1-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、 16歳未満 の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、 年3回 に限り算定する。	
	2 (略)	
D 2 9 1-3	内服・点滴誘発試験	1,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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、2月に1回に限り算定する。	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査)	
通則	(略)	
D 2 9 2～D 2 9 4	(略)	
	(内視鏡検査)	
通則	(略)	
D 2 9 5～D 3 0 9	(略)	
D 3 1 0	小腸内視鏡検査	
	1 (略)	

	<u>1 簡単なもの</u>	<u>42点</u>
	<u>2 複雑なもの</u>	<u>100点</u>
D 2 7 7～D 2 8 2-3	(略)	
	(皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4	(略)	
	(臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5	(略)	
	(負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 1	(略)	
D 2 9 1-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>9歳未満</u> の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年 <u>2回</u> に限り算定する。	
	2 (略)	
D 2 9 1-3	内服・点滴誘発試験	1,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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、2月に1回に限り算定する。	
	(ラジオアイソトープを用いた諸検査)	
通則	(略)	
D 2 9 2～D 2 9 4	(略)	
	(内視鏡検査)	
通則	(略)	
D 2 9 5～D 3 0 9	(略)	
D 3 1 0	小腸内視鏡検査	
	1 (略)	

2 スパイラル内視鏡によるもの 6,800点

3・4 (略)

注1 (略)

2 3について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。

3 4について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

D310-2~D312-2 (略)

D313 大腸内視鏡検査

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

4 2について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。

D314~D325 (略)

第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料

通則
(略)

区分

D400 血液採取 (1日につき)

1 静脈 37点

2 (略)

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

BRAINS:変更点
点数変更

(新設)

BRAINS:マスタ追加
小腸内視鏡検査(フ[°]イ[°]ル[°]フ[°]ン内視鏡)

2・3 (略)

注1 (略)

(新設) BRAINS:加算マスタ追加
内視鏡的留置術加算

2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

D310-2~D312-2 (略)

D313 大腸内視鏡検査

1・2 (略)

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
バルーン内視鏡加算

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
内視鏡的留置術加算

D314~D325 (略)

第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料

通則
(略)

区分

D400 血液採取 (1日につき)

1 静脈 35点

2 (略)

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、30点を所定点数に加算する。

3 (略)

BRAINS:変更点
点数変更

D401~D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)

1・2 (略)

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、乳がんの患者に対して、1につ
いては放射性同位元素及び色素を用いて行った場
合に、2については放射性同位元素又は色素を用
いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に
用いた色素の費用は、算定しない。

D410~D412-2 (略)

D413 前立腺針生検法

1 MR I 撮影及び超音波検査融合画像によるもの
8,210点

2 その他のもの 1,540点

注 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、別に厚生労働大
臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定
する。

D414~D415-3 (略)

D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)

5,000点

注 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行
った場合は、ガイドシース加算として、500点を
所定点数に加算する。

D415-5~D418 (略)

D419 その他の検体採取

1・2 (略)

幼児加算として、25点を所定点数に加算する。

3 (略)

D401~D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する
ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機
関において、乳がんの患者に対して、1につい
ては放射性同位元素及び色素を用いて行った場合
に、2については放射性同位元素又は色素を用い
て行った場合に算定する。ただし、当該検査に用
いた色素の費用は、算定しない。

D410~D412-2 (略)

D413 前立腺針生検法

1,400点

(新設) BRAINS:マスタ追加

前立腺針生検法 MRI撮影,超音波検査融合画像による
前立腺針生検法 その他のもの

(新設)

(新設)

D414~D415-3 (略)

D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)

5,000点

(新設) BRAINS:マスタ追加
ガイドシース加算

D415-5~D418 (略)

D419 その他の検体採取

1・2 (略)

- 3 動脈血採取（1日につき） **55点**
 注1 （略） BRAINS:変更点 点数変更
 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
 4・5 （略）
 6 鼻腔・咽頭拭い液採取 **25点**

D 4 1 9 - 2 （略） BRAINS:変更点 点数変更
 第5節・第6節 （略）

第4部 画像診断

通則

- 1～4 （略）
 5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、**画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3**として、**区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は340点**を所定点数に加算する。
 6・7 （略）

第1節 エックス線診断料

通則

（略）

区分

- E 0 0 0～E 0 0 2 （略）
 E 0 0 3 造影剤注入手技
 1・2 （略）
 3 動脈造影カテーテル法
 イ （略）
 注1 （略）

- 3 動脈血採取（1日につき） **50点**
 注1 （略）
 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。
 4・5 （略）
 6 鼻腔・咽頭拭い液採取 **5点**

D 4 1 9 - 2 （略）
 第5節・第6節 （略）

第4部 画像診断

通則

- 1～4 （略）
 5 区分番号E 1 0 2及びE 2 0 3に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、**画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3**として、**区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点**を所定点数に加算する。
 6・7 （略）

第1節 エックス線診断料

通則

（略）

区分

- E 0 0 0～E 0 0 2 （略）
 E 0 0 3 造影剤注入手技
 1・2 （略）
 3 動脈造影カテーテル法
 イ （略）
 注1 （略）

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E 0 0 4 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E 2 0 0 ・ E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

10 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E 0 0 4 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E 2 0 0 ・ E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

(新設)

E 2 0 3 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、**やむを得ず63枚**を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、**1処方につき投与期間が30日以上**の投薬を行った場合**(保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)第20条第3号ロ及び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58年厚生省告示第14号)第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。)**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、**やむを得ず70枚**を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上**の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。**

BRAINS:変更点(様式変更)

リフィル処方箋対応

※{358}{??}が入力された来院の処方せんは、リフィル処方せんとして出力する。⇒ {??} は回数

※2022年4月の院外処方箋様式変更に対応

※2022年4月以降はオーバーレイ変更

※処方欄右下の「リフィル可」の文字の右側にチェックを付け、{??}に入力された回数を印字

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる

動脈注射、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注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）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。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 15歳未満の患者の場合 670点

(削る)

(削る)

(2) 15歳以上の患者の場合 450点

(削る)

(削る)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 15歳未満の患者の場合 640点

(削る)

(削る)

(2) 15歳以上の患者の場合 370点

(削る)

(削る)

(削る)

動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、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注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

① 15歳未満 820点

② 15歳以上 600点

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

① 15歳未満 670点

② 15歳以上 450点

ロ 外来化学療法加算2

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

① 15歳未満 740点

② 15歳以上 470点

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

① 15歳未満 640点

② 15歳以上 370点

7 別に厚生労働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、前号のイのIIを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、

BRAINS:変更点
点数変更

7 前号に規定する場合であつて、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点
注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 34点
注1 (略)
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）
1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 101点
2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点
3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点
注1 (略)
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点
注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 32点
注1 (略)
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）
1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 99点
2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 98点
3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点
注1 (略)
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G018 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、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患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を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

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 別に厚生労働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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合

幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G018 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

**BRAINS:加算マスタ追加・動作
リハビリテーションデータ提出加算
1回/月 外来のみ**

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

(新設)

**BRAINS:加算マスタ追加・動作
リハビリテーションデータ提出加算
1回/月 外来のみ**

であって、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患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 別に厚生労働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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H002 運動器リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 別に厚生労働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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、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患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
リハビリテーションデータ提出加算
1回/月 外来のみ

H002 運動器リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～6 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
リハビリテーションデータ提出加算
1回/月 外来のみ

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、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患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。)1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点
- ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点
- ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点

H005～H008 (略)

第2節 (略)

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
リハビリテーションデータ提出加算
1回/月 外来のみ

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

BRAINS:加算マスタ追加
摂食嚥下機能回復体制加算1

(新設)

(新設)

(新設)

H005～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 精神科専門療法

通則
(略)

第1節 精神科専門療料

区分

I 0 0 0 ~ I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

① 精神保健指定医による場合 560点

② ①以外の場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

① 30分以上の場合 410点

② ①以外の場合 390点

② 30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 330点

② ①以外の場合 315点

2 在宅精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

① 精神保健指定医による場合 620点

② ①以外の場合 600点

ハ イ及びロ以外の場合

① 60分以上の場合 550点

② ①以外の場合 550点

第8部 精神科専門療法

通則
(略)

第1節 精神科専門療料

区分

I 0 0 0 ~ I 0 0 1 (略)

I 0 0 2 通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(新設)

(新設)

ハ イ及びロ以外の場合

① 30分以上の場合 400点

(新設)

② 30分未満の場合 330点

(新設)

(新設)

2 在宅精神療法

イ (略)

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する
初診の日において、60分以上行った場合

(新設)

(新設)

ハ イ及びロ以外の場合

① 60分以上の場合 540点

(新設)

BRAINS:点数変更・マスタ分離
※初診、実施時間での
自動算定動作は従来どおり

通院精神療法(精神保健指定医)
通院精神療法(精神保健指定医以外)

家族通院精神療法(精神保健指定医)
家族通院精神療法(精神保健指定医以外)

BRAINS:点数変更・マスタ分離
※初診、実施時間での
自動算定動作は従来どおり

在宅精神療法(精神保健指定医)
在宅精神療法(精神保健指定医以外)

家族在宅精神療法(精神保健指定医)
家族在宅精神療法(精神保健指定医以外)

- ② ①以外の場合 530点
- (2) 30分以上60分未満の場合
 - ① 精神保健指定医による場合 410点
 - ② ①以外の場合 390点
- (3) 30分未満の場合
 - ① 精神保健指定医による場合 330点
 - ② ①以外の場合 315点

注1～3 (略)

4 特定機能病院若しくは区分番号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又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、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、ロについては、1回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

- (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点
- (2) (1)以外の場合 300点

ロ (略)

5～8 (略)

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

- (新設)
- (2) 30分以上60分未満の場合 400点
- (新設)
- (新設)
- (3) 30分未満の場合 330点
- (新設)
- (新設)

注1～3 (略)

4 特定機能病院若しくは区分番号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又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、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、ロについては、1回に限り算定する。

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。) 500点

(新設)

(新設)

ロ (略)

5～8 (略)

(新設)

BRAINS:動作変更
 ※児童思春期精神科専門管理加算イ
 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から
 2年以内の期間とそれ以外で
 点数変更

険医療機関において、1を算定する患者であつて、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

I 0 0 2 - 2 (略)

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 900点
- 2 入院中の患者以外の患者 300点

注1 (略)

- 2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り算定する。

- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。

I 0 0 3 ・ I 0 0 3 - 2 (略)

I 0 0 4 心身医学療法 (1回につき)

- 1 (略)
- 2 入院中の患者以外の患者

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

I 0 0 5 ・ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法 (1回につき)

- 1 ・ 2 (略)

BRAINS：加算マスタ追加・動作

療養生活継続支援加算

初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り。

初回算定日入力ダイアログ

注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

I 0 0 2 - 2 (略)

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点

注1 (略)

- 2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。

- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。

I 0 0 3 ・ I 0 0 3 - 2 (略)

I 0 0 4 心身医学療法 (1回につき)

- 1 (略)
- 2 入院中の患者以外

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

I 0 0 5 ・ I 0 0 6 (略)

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法 (1回につき)

- 1 ・ 2 (略)

BRAINS:変更点
点数変更・動作変更

※入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回

※入院中の患者以外の患者については“前回退院日”が自動表示
退院後24週に限り算定 週1回

3 アルコール依存症の場合 300点

注1・2 (略)

3 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、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。

4 (略)

I 0 0 7～I 0 1 1-2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1及び注2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、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。

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

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人又は2人 450点 (削る)

② 同一建物内3人以上 400点

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人又は2人 900点

BRAINS:変更点
※名称変更

1日*回1人⇒1日*回1人又は2人

※マスタ削除

1日*回2人

(新設)

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作

依存症集団療法 アルコール依存症

入院中の患者以外のものに対して週1回に限り算定する。

※計10回に限り算定するは未実装。

3 (略)

I 0 0 7～I 0 1 1-2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1及び注2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、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。

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

(1) 1日に1回の場合

① 同一建物内1人 450点

② 同一建物内2人 450点

③ 同一建物内3人以上 400点

(2) 1日に2回の場合

① 同一建物内1人 900点

	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	810点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	1,450点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	1,300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	
(1)	1 日に 1 回の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	380点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	340点
(2)	1 日に 2 回の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	760点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	680点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人又は 2 人	1,240点
	(削る)	
	② 同一建物内 3 人以上	1,120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	
(1)	同一建物内 1 人又は 2 人	300点
	(削る)	
(2)	同一建物内 3 人以上	270点
5～9	(略)	
10	区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行	

	② 同一建物内 2 人	900点
	③ 同一建物内 3 人以上	810点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人	1,450点
	② 同一建物内 2 人	1,450点
	③ 同一建物内 3 人以上	1,300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	
(1)	1 日に 1 回の場合	
	① 同一建物内 1 人	380点
	② 同一建物内 2 人	380点
	③ 同一建物内 3 人以上	340点
(2)	1 日に 2 回の場合	
	① 同一建物内 1 人	760点
	② 同一建物内 2 人	760点
	③ 同一建物内 3 人以上	680点
(3)	1 日に 3 回以上の場合	
	① 同一建物内 1 人	1,240点
	② 同一建物内 2 人	1,240点
	③ 同一建物内 3 人以上	1,120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	
(1)	同一建物内 1 人	300点
	② 同一建物内 2 人	300点
(3)	同一建物内 3 人以上	270点
5～9	(略)	
10	区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1 のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療	

BRAINS:変更点
 ※名称変更
 (*回)(1人) ⇒ (*回)(1人又は2人)
 ※マスタ削除
 (*回)(2)人

うものに限る。)の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 1日に2回の場合
- (1) 同一建物内1人又は2人 450点
 (削る)
 - (2) 同一建物内3人以上 400点
- ロ 1日に3回以上の場合
- (1) 同一建物内1人又は2人 800点
 (削る)
 - (2) 同一建物内3人以上 720点
- 11・12 (略)

13 組織的な感染防止対策につき区分番号A000
 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A001
 に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働
 大臣が定める施設基準に適合しているものとし
 て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診
 療所に限る。)においては、外来感染対策向上
 加算として、月1回に限り6点を所定点数に加
 算する。この場合において、区分番号A000
 に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲
 げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は第
 2部の通則第5号にそれぞれ規定する外来感染
 対策向上加算を算定した月は、別に算定できな
 い。

14 感染症対策に関する医療機関間の連携体制に
 つき区分番号A000に掲げる初診料の注12及
 び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規

機関(訪問看護を行うものに限る。)の保険医
 が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精
 神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科
 複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い
 、1日につき、いずれかを所定点数に加算する
 。

- イ 1日に2回の場合
- (1) 同一建物内1人 450点
 - (2) 同一建物内2人 450点
 - (3) 同一建物内3人以上 400点
- ロ 1日に3回以上の場合
- (1) 同一建物内1人 800点
 - (2) 同一建物内2人 800点
 - (3) 同一建物内3人以上 720点
- 11・12 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
 外来感染対策向上加算(精神科訪問看護・指導料)
 月1回に限り
 他項目で外来感染対策向上加算を算定した月は算定しない。
 (初診料、再診料など)

(新設)

定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

15 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点

注1・2 (略)

3 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、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

BRAINS:加算マスタ追加・動作
連携強化加算(精神科訪問看護・指導料)
月1回に限り
外来感染対策向上加算(精神科訪問看護・指導料)を算定した場合

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
サーベイランス強化加算(精神科訪問看護・指導料)
月1回に限り
外来感染対策向上加算(精神科訪問看護・指導料)を算定した場合

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
手順書加算(精神科訪問指示料)
6月に1回に限り

3・4 (略)

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料
 イ (略)
 ロ 入院中の患者以外の患者 250点
 2 (略)
 注1～3 (略)

I O 1 4 医療保護入院等診療料 300点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

I O 1 5 (略)

I O 1 6 精神科在宅患者支援管理料 (月1回)

1 精神科在宅患者支援管理料1
 イ・ロ (略)
 (削る)

2・3 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(別に厚生労働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ものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料
 イ (略)
 ロ 入院中の患者以外 250点
 2 (略)
 注1～3 (略)

I O 1 4 医療保護入院等診療料 300点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

I O 1 5 (略)

I O 1 6 精神科在宅患者支援管理料 (月1回)

1 精神科在宅患者支援管理料1
 イ・ロ (略)
 ハ イ及びロ以外の患者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 2,030点
 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点

2・3 (略)

注1 1のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(別に厚生労働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ものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている

る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

(削る)

2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働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ものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の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と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

3・4 (略)

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（略）として地方厚生局長等に届け

場合に限る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

3 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働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ものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の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と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

6 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則

1～6 (略)

7 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

1～5 (略)

険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

7 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則

1～6 (略)

(新設) BRAINS:加算マスタ追加・動作
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

※算定条件（下記の条件を満たすと自動算定）

- ・耳鼻咽喉科を標榜ぼうする保険医療機関(病院種類：6238)
- ・耳鼻咽喉科を担当する医師
(“マスター項目”耳鼻咽喉科担当医以外の処置”が未入力)のとき)

(新設) ・6歳未満の乳幼児
・J095からJ115-2までに掲げる処置

BRAINS:加算マスタ追加・動作
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

※算定条件（下記の条件を満たすと自動算定）

- ・施設基準を満たす保険医療機関(病院種類：6467)
- ・6歳未満の乳幼児
- ・J095からJ115-2までに掲げる処置

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

1～5 (略)

BRAINS:変更点
※C112-2在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合は非算定

注1 (略)

2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。

3 (略)

J000-2 下肢創傷処置

- 1 足部(腫を除く。)の浅い潰瘍 135点
- 2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点
- 3 足部(腫を除く。)の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍 270点

J001~J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

- 3 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)
又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

J003-2~J017-2 (略)

J018 喀痰吸引(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる

注1 (略)

2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。

3 (略)

(新設) BRAINS:マスタ追加

下肢創傷処置 足部(腫を除く)の浅い腫瘍
下肢創傷処置 足趾の深い腫瘍又は踵部の浅い腫瘍
下肢創傷処置 足部の深い腫瘍又は踵部の深い腫瘍

J001~J002 (略)

J003 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

1~3 (略)

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS:加算動作追加

新生児(生後28日以下)の場合は、所定点数の100分の300を加算
⇒4倍
3歳未満の乳幼児(新生児を除く)の場合は、所定点数の100分の100を加算
⇒2倍
3歳以上6歳未満の幼児の場合は、所定点数の100分の50を加算する
⇒1.5倍

J003-2~J017-2 (略)

J018 喀痰吸引(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅

在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。

J018-2 (略)

J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。

J019~J023 (略)

J024 酸素吸入(1日につき) 65点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

J024-2 (略)

寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料、在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合は非算定

J018-2 (略)

J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出(1日につき) 48点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料、在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合は非算定

J019~J023 (略)

J024 酸素吸入(1日につき) 65点

注1・2 (略)

3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は非算定

J024-2 (略)

J 0 2 5 酸素テント（1日につき） 65点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

J 0 2 6-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

J 0 2 6-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C 1 0 7-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定し

J 0 2 5 酸素テント（1日につき） 65点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は非算定

J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は非算定

J 0 2 6-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は非算定

J 0 2 6-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点

注1 （略）

2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

BRAINS:変更点

※在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は非算定

ている患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

J026-4~J037 (略)

J038 人工腎臓(1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合1

イ 4時間未満の場合 1,885点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点

ハ 5時間以上の場合 2,180点

(削る)

(削る)

(削る)

2 慢性維持透析を行った場合2

イ 4時間未満の場合 1,845点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点

ハ 5時間以上の場合 2,135点

(削る)

(削る)

(削る)

3 慢性維持透析を行った場合3

イ 4時間未満の場合 1,805点

ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点

J026-4~J037 (略)

J038 人工腎臓(1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合1

イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,924点

ロ 4時間以上5時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,084点

ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,219点

ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,798点

ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,958点

ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,093点

2 慢性維持透析を行った場合2

イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,884点

ロ 4時間以上5時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,044点

ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,174点

ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点

ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,918点

ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点

3 慢性維持透析を行った場合3

イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点

ロ 4時間以上5時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点

BRAINS:変更点
※点数変更
※項目削除

人工腎臓(ニホへの場合)

ハ 5時間以上の場合 2,090点

(削る)

(削る)

(削る)

4 (略)

注1 (略)

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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、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 (略)

ロ 導入期加算2 400点

ハ 導入期加算3 800点

3～13 (略)

14 人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。

J038-2 (略)

J039 血漿交換療法(1日につき) 4,200点

注1 (略)

2 難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、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

BRAINS:加算マスタ追加・点数変更
人工腎臓(導入期加算3)

ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,129点

ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点

ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,873点

ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点

4 (略)

注1 (略)

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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、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 (略)

ロ 導入期加算2 500点
(新設)

3～13 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作

人工腎臓(透析時運動指導等加算)

※修飾項目マスター"初回実施日"に初回実施日が入力されているとき、初回実施日から起算して90日を限度として算定

J038-2 (略)

J039 血漿交換療法(1日につき) 4,200点

注 (略)

(新設)

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。

3 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、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。

J 0 4 0 ~ J 0 4 3 - 7 (略)
(救急処置)

J 0 4 4 ・ J 0 4 4 - 2 (略)

J 0 4 5 人工呼吸

1 ・ 2 (略)

3 5時間を超えた場合(1日につき)

イ 14日目まで 950点

ロ 15日目以降 815点

注1・2 (略)

3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 5 2 - 2 (略)
(皮膚科処置)

J 0 5 3 ~ J 0 5 7 - 4 (略)
(泌尿器科処置)

J 0 5 8 ~ J 0 6 8 (略)

J 0 6 8 - 2 陰唇癒合剥離 290点

(新設)

J 0 4 0 ~ J 0 4 3 - 7 (略)
(救急処置)

J 0 4 4 ・ J 0 4 4 - 2 (略)

J 0 4 5 人工呼吸

1 ・ 2 (略)

3 5時間を超えた場合(1日につき) 819点

(新設)

(新設)

注1・2 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作

人工呼吸(覚醒試験加算)(1日につき)

※修飾項目マスター"開始日"に開始日が入力されているときは開始日から起算して14日を限度として算定

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作

人工呼吸(離脱試験加算)(1日につき)

※人工呼吸(覚醒試験加算)(1日につき)が算定されている場合に算定

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 5 2 - 2 (略)
(皮膚科処置)

J 0 5 3 ~ J 0 5 7 - 4 (略)
(泌尿器科処置)

J 0 5 8 ~ J 0 6 8 (略)

(新設) BRAINS:マスタ追加
陰唇癒合剥離

BRAINS:変更点
実施時間5時間超えの場合に、
開始日入力ウインドウ表示
開始日からの日数に応じて
点数を変更

BRAINS:変更点
 ※点数変更
 ※名称変更

J 0 6 9～J 0 7 0-4	(略)	
	(産婦人科処置)	
J 0 7 1～J 0 8 5-2	(略)	
	(眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 4	(略)	
	(耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5	耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)	27点
	注1 (略)	
	2 点耳又は簡単な耳垢 ^{みじ} 栓塞除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	
J 0 9 5-2・J 0 9 6	(略)	
J 0 9 7	鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)	16点
	注1 (略)	
	2 区分番号J 0 9 8に掲げる口腔、咽頭 ^{くゝ} 処置と併せて行った場合であっても16点とする。	
	3 (略)	
J 0 9 7-2	(略)	
J 0 9 8	口腔、咽頭 ^{くゝ} 処置	16点
	注1 (略)	
	2 区分番号J 0 9 7に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても16点とする。	
J 0 9 8-2～J 1 1 3	(略)	
J 1 1 4	ネブライザ	12点
	注 (略)	
J 1 1 5	超音波ネブライザ (1日につき)	24点
J 1 1 5-2	(略)	
	(整形外科的処置)	
J 1 1 6～J 1 1 8-3	(略)	
J 1 1 8-4	歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)	1,100点

J 0 6 9～J 0 7 0-4	(略)	
	(産婦人科処置)	
J 0 7 1～J 0 8 5-2	(略)	
	(眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 4	(略)	
	(耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5	耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)	25点
	注1 (略)	
	2 点耳又は簡単な耳垢 ^{みじ} 栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	
J 0 9 5-2・J 0 9 6	(略)	
J 0 9 7	鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)	14点
	注1 (略)	
	2 区分番号J 0 9 8に掲げる口腔、咽頭 ^{くゝ} 処置と併せて行った場合であっても14点とする。	
	3 (略)	
J 0 9 7-2	(略)	
J 0 9 8	口腔、咽頭 ^{くゝ} 処置	14点
	注1 (略)	
	2 区分番号J 0 9 7に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても14点とする。	
J 0 9 8-2～J 1 1 3	(略)	
J 1 1 4	ネブライザー	12点
	注 (略)	
J 1 1 5	超音波ネブライザー (1日につき)	24点
J 1 1 5-2	(略)	
	(整形外科的処置)	
J 1 1 6～J 1 1 8-3	(略)	
J 1 1 8-4	歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)	900点

注1 (略)

2 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

3 (略)

J 1 1 9 ~ J 1 1 9 - 4 (略)

(栄養処置)

J 1 2 0 ・ J 1 2 1 (略)

(ギプス)

通則

(略)

J 1 2 2 ~ J 1 2 9 - 4 (略)

第2節~第4節 (略)

第10部 手術

通則

1 ~ 3 (略)

4 区分番号K 0 0 7 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 1 4 - 2、K 0 1 9 - 2、K 0 2 2 の 1、K 0 3 1 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 4 6 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 5 3 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 5 9 の 3 のイ及び4、K 0 8 1 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 1 3 3 - 2、K 1 3 4 - 4、K 1 3 6 - 2、K 1 6 9 (注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 1 6 9 - 2、K 1 6 9 - 3、K 1 8 0 の 3、K 1

注1 (略)

2 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

3 (略)

J 1 1 9 ~ J 1 1 9 - 4 (略)

(栄養処置)

J 1 2 0 ・ J 1 2 1 (略)

(ギプス)

通則

(略)

J 1 2 2 ~ J 1 2 9 - 4 (略)

第2節~第4節 (略)

第10部 手術

通則

1 ~ 3 (略)

4 区分番号K 0 0 7 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 1 4 - 2、K 0 2 2 の 1、K 0 3 1 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 5 3 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 0 5 9 の 3 のイ、K 0 5 9 の 4、K 1 3 3 - 2、K 1 3 4 - 4、K 1 3 6 - 2、K 1 6 9 (注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K 1 8 0 の 3、K 1 8 1、K 1 8 1 - 2、K 1 8 1 - 6 の 2 のロ、K 1 9 0、K 1 9 0 - 2、K 1 9 0 - 6、K 1 9 0 - 7、K 2 5 4 の 1、K 2 5 9 (注2に規定する加算を

BRAINS:変更点
※病院種類6121が
必要な手術の追加・削除

81、K181-2、K181-6の2のロ、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K388-3、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K74

算定する場合に限る。）、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K374-2、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1及び2、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K654-4、K656-2、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2

0-2の3及び4、K754-3、K755-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K823-7、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K828-3、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K835の1、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K882-3、K884-2、K884-3、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K890-4、K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2、K636-2、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け

（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにK910-2からK910-5まで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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2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を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

出ることを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、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、K190-2、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、**K514-2の4**、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、**K594の4の口**、K594-2、K595、K597、K597-2、**K627-2の4**、K645、**K675-2**、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、**K697-4の1**、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及び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（通則第4号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を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、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、K190-2、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、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、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。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及び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（通則第4号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を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

BRAINS:変更点
※病院種類6122が
必要な手術の追加・削除

6 (略)

7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、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K281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、**K601-2**、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838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。

8~11 (略)

6 (略)

7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、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K281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838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。

8~11 (略)

BRAINS:変更点
※1,500グラム未満の児に
400%の加算
※それ以外の新生児に
300%の加算を行う
手術の追加・削除。

BRAINS:変更点
※手術管理料
(K914からK917-3)
時間外加算、深夜加算、
休日加算を算定しない

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術(区分番号K914からK917-3までに掲げるものを除く。)を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ (略)

13~17 (略)

18 区分番号K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2の1、K655-5の1、K657-2の1、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、K740-2の1、2及び5、K754-2、K755-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2並びにK879-2(子宮体がんに限る。)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内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19 (略)

20 別に厚生労働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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、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伴う手術を行った場合は、**周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。**この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイ

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術(区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。)を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ (略)

13~17 (略)

18 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2、K514-2の3、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2及びK879-2(子宮体がんに限る。)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内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
周術期栄養管理実施加算

※入院栄養管理体制加算(A104)、早期栄養介入管理加算(A104 A300 A301 A301-2 A301-3 A301-4)は非算定

※L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施したとき算定

ケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3
に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分
番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4
に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメー
トル未満） 1,400点
- 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） 1,880点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー
トル以上）
イ 頭頸部けいのもの（長径20センチメートル以上の
ものに限る。） 9,630点
ロ その他のもの 2,690点
- 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメー
トル未満） 530点
- 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） 950点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメー
トル以上） 1,480点

注1～3 (略)

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメ
ートル未満） 1,400点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメ
ートル以上5センチメートル未満） 1,540点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメー

BRAINS:変更点
点数変更

BRAINS:変更点
点数変更

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K000 創傷処理

- 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点
- 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点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー
トル以上）
イ 頭頸部けいのもの（長径20センチメートル以上の
ものに限る。） 8,600点
ロ その他のもの 2,400点
- 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点
- 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点
- 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点

注1～3 (略)

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメ
ートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメ
ートル以上5センチメートル未満） 1,400点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメー

- ル以上10センチメートル未満) **2,490点**
- 4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) **3,840点**
- 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満) **500点**
- 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) **560点**
- 7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) **1,060点**
- 8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) **1,950点**

注1～3 (略)

K001 皮膚切開術

- 1 長径10センチメートル未満 **640点**
- 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 **1,110点**
- 3 長径20センチメートル以上 **1,980点**

K002 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 **1,410点**
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 **4,820点**
- 3 3,000平方センチメートル以上 **11,230点**

注1～4 (略)

- 5 超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に**加算する。**

K003～K008 (略)

(形成)

K009～K016 (略)

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

BRAINS:変更点
点数変更

BRAINS:変更点
点数変更

- ル以上10センチメートル未満) **2,220点**
- 4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) **3,430点**
- 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満) **450点**
- 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) **500点**
- 7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) **950点**
- 8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) **1,740点**

注1～3 (略)

K001 皮膚切開術

- 1 長径10センチメートル未満 **570点**
- 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 **990点**
- 3 長径20センチメートル以上 **1,770点**

K002 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 **1,260点**
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 **4,300点**
- 3 3,000平方センチメートル以上 **10,030点**

注1～4 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
超音波式デブリードマン加算

K003～K008 (略)

(形成)

K009～K016 (略)

K017 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

BRAINS:変更点
点数変更

1	乳房再建術の場合	100,670点
2	その他の場合	105,800点
K018・K019 (略)		
K019-2 自家脂肪注入		
1	50mL未満	22,900点
2	50mL以上100mL未満	30,530点
3	100mL以上	38,160点
K020~K022-2 (略)		
第2款 筋骨格系・四肢・体幹		
区分		
(筋膜、筋、 ^{ひだ} 腱、 ^{けんしよ} 腱鞘)		
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	940点
K024~K041 (略)		
(四肢骨)		
K042~K044 (略)		
K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術		
1・2	(略)	
3	鎖骨、 ^{しつ} 膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,190点
K046 骨折観血的手術		
1~3	(略)	
注 大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
K046-2~K048 (略)		
K049 骨部分切除術		
1	(略)	
2	前腕、 ^{たい} 下腿	4,940点
3	(略)	
K050~K052-3 (略)		
K053 骨悪性腫瘍手術		

1	乳房再建術の場合	89,880点
2	その他の場合	94,460点
K018・K019 (略)		
(新設)		
K020~K022-2 (略)		
第2款 筋骨格系・四肢・体幹		
区分		
(筋膜、筋、 ^{けん} 腱、 ^{けんしよ} 腱鞘)		
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840点
K024~K041 (略)		
(四肢骨)		
K042~K044 (略)		
K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術		
1・2	(略)	
3	鎖骨、 ^{しつ} 膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,990点
K046 骨折観血的手術		
1~3	(略)	
(新設)		
BRAINS:加算マスタ追加 緊急整復固定加算		
K046-2~K048 (略)		
K049 骨部分切除術		
1	(略)	
2	前腕、 ^{たい} 下腿	4,410点
3	(略)	
K050~K052-3 (略)		
K053 骨悪性腫瘍手術		

BRAINS:変更点
 点数変更
 マスタ追加

1	肩甲骨、上腕、大腿	36,460点
2・3	(略)	
	注 (略)	
K054	(略)	
K054-2	脛骨近位骨切り術	28,300点
K055~K056-2	(略)	
K057	変形治療骨折矯正手術	
1	(略)	
2	前腕、下腿	30,860点
3	(略)	
	注 (略)	
K058~K059-2	(略)	
	(四肢関節、靱帯)	
K060~K065-2	(略)	
K066	関節滑膜切除術	
1・2	(略)	
3	肩鎖、指(手、足)	8,880点
K066-2~K080-3	(略)	
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術	
1	(略)	
2	簡単なもの(上腕二頭筋腱の固定を伴うもの)	37,490点
3	(略)	
K080-5・K080-6	(略)	
K080-7	上腕二頭筋腱固定術	
1	観血的に行うもの	18,080点
2	関節鏡下で行うもの	23,370点
K081	人工骨頭挿入術	
1~3	(略)	
	注 大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊急挿入加	

1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550点
2・3	(略)	
	注 (略)	
K054	(略)	
	(新設)	
K055~K056-2	(略)	
K057	変形治療骨折矯正手術	
1	(略)	
2	前腕、下腿	27,550点
3	(略)	
	注 (略)	
K058~K059-2	(略)	
	(四肢関節、靱帯)	
K060~K065-2	(略)	
K066	関節滑膜切除術	
1・2	(略)	
3	肩鎖、指(手、足)	7,930点
K066-2~K080-3	(略)	
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術	
1	(略)	
	(新設)	
2	(略)	
K080-5・K080-6	(略)	
	(新設)	
K081	人工骨頭挿入術	
1~3	(略)	
	(新設)	

BRAINS:加算マスタ追加・動作
 緊急挿入加算

※人工骨頭挿入術(足)、人工骨頭挿入術(股)に算定

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

算として、4,000点を所定点数に加算する。

K082~K083-2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K084~K088 (略)	
(手、足)	
K089~K100 (略)	
K101 合指症手術	
1 軟部形成のみのもの	9,770点
2 (略)	
K101-2~K111 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K112~K117-2 (略)	
K117-3 削除	
K118~K124 (略)	
K124-2 寛骨臼骨折観血的手術	58,840点
K125~K134-2 (略)	
K134-3 人工椎間板置換術(頸椎)	40,460点
注 (略)	
K134-4・K135 (略)	
K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	101,330点
K136-2~K141-3 (略)	
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。)	
1 前方椎体固定	41,710点
2・3 (略)	
4 前方後方同時固定	74,580点
5・6 (略)	
注1・2 (略)	
K142-2~K142-7 (略)	
K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560点
K143・K144 (略)	

K082~K083-2 (略)	
(四肢切断、離断、再接合)	
K084~K088 (略)	
(手、足)	
K089~K100 (略)	
K101 合指症手術	
1 軟部形成のみのもの	8,720点
2 (略)	
K101-2~K111 (略)	
(脊柱、骨盤)	
K112~K117-2 (略)	
K117-3 椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570点
K118~K124 (略)	
K124-2 寛骨臼骨折観血的手術	52,540点
K125~K134-2 (略)	
K134-3 人工椎間板置換術(頸椎)	36,780点
注 (略)	
K134-4・K135 (略)	
K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	90,470点
K136-2~K141-3 (略)	
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。)	
1 前方椎体固定	37,240点
2・3 (略)	
4 前方後方同時固定	66,590点
5・6 (略)	
注1・2 (略)	
K142-2~K142-7 (略)	
(新設)	
K143・K144 (略)	

BRAINS:変更点

点数変更

マスタ追加

第3款 神経系・頭蓋	
通則	(略)
区分	(頭蓋、脳)
K 1 4 5	(略)
K 1 4 5-2	皮下髄液貯溜槽留置術 <u>5,290点</u>
K 1 4 6~K 1 5 1	(略)
K 1 5 1-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 <u>216,230点</u>
K 1 5 2~K 1 6 8	(略)
K 1 6 9	頭蓋内腫瘍摘出術
1・2	(略)
注1・2	(略)
3	<u>2について、同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。</u>
K 1 6 9-2	内視鏡下脳腫瘍生検術 <u>80,000点</u>
K 1 6 9-3	内視鏡下脳腫瘍摘出術 <u>100,000点</u>
K 1 7 0・K 1 7 1	(略)
K 1 7 1-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
1・2	(略)
注	<u>同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。</u>
K 1 7 2・K 1 7 3	(略)
K 1 7 4	水頭症手術
1・2	(略)
3	シャント再建術
イ	頭側のもの <u>15,850点</u>
ロ	腹側のもの <u>6,600点</u>
ハ	頭側及び腹側のもの <u>19,150点</u>

第3款 神経系・頭蓋	
通則	(略)
区分	(頭蓋、脳)
K 1 4 5	(略)
(新設)	
K 1 4 6~K 1 5 1	(略)
K 1 5 1-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 <u>193,060点</u>
K 1 5 2~K 1 6 8	(略)
K 1 6 9	頭蓋内腫瘍摘出術
1・2	(略)
注1・2	(略)
(新設)	BRAINS:加算マスタ追加・動作 術中MRI撮影加算(頭蓋内腫瘍摘出術) ※2頭蓋内腫瘍摘出術(その他のもの)に対して加算
(新設)	
(新設)	
K 1 7 0・K 1 7 1	(略)
K 1 7 1-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
1・2	(略)
(新設)	BRAINS:加算マスタ追加・動作 術中MRI撮影加算(内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術)
K 1 7 2・K 1 7 3	(略)
K 1 7 4	水頭症手術
1・2	(略)
(新設)	

K174-2・K175 (略)

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)

1・2 (略)

注1 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。

2 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

1・2 (略)

(削る)

注1・2 (略)

K178~K181-6 (略)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K182~K188 (略)

K188-2 硬膜外腔癒着剥離術 11,000点

K188-3 癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの) 38,790点

K189 脊髄ドレナージ術 460点

K190~K190-7 (略)

K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術 28,030点

K191~K198 (略)

第4款 眼

区分

(涙道)

BRAINS:変更点
点数変更

K174-2・K175 (略)

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)

1・2 (略)

(新設) BRAINS:加算マスタ追加
ローフローバイパス術併用加算(脳動脈瘤流入血管クリッピング)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
ハイフローバイパス術併用加算(脳動脈瘤流入血管クリッピング)

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

1・2 (略)

注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

2・3 (略)

K178~K181-6 (略)

(脊髄、末梢神経、交感神経)

K182~K188 (略)

K188-2 硬膜外腔癒着剥離術 11,000点

(新設)

K189 脊髄ドレナージ術 408点

K190~K190-7 (略)

(新設)

K191~K198 (略)

第4款 眼

区分

(涙道)

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 1 9 9 ~ K 2 1 6	(略)	
K 2 1 7	眼 ^{けん} 瞼内反症手術	
	1・2	(略)
	3	眼 ^{けん} 瞼下制筋前転法
		4,230点
K 2 1 8・K 2 1 9	(略)	
	(結膜)	
K 2 2 0	結膜縫合術	1,410点
K 2 2 1 ~ K 2 2 5 - 3	(略)	
K 2 2 5 - 4	角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7	(略)	
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 1	(略)	
K 2 4 2	斜視手術	
	1 ~ 5	(略)
	6	調節糸法
		12,060点
K 2 4 3 ~ K 2 4 5	(略)	
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 9	(略)	
K 2 5 9 - 2	自家培養上皮移植術	52,600点
K 2 6 0 ~ K 2 6 2	(略)	
	(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 6 7	(略)	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1	(略)
	2	流出路再建術
	イ	眼内法
	ロ	その他のもの
	3 ~ 6	(略)
	7	濾過胞再建術 (needle法)
		3,440点
K 2 6 9 ~ K 2 7 3	(略)	

K 1 9 9 ~ K 2 1 6	(略)	
K 2 1 7	眼 ^{けん} 瞼内反症手術	
	1・2	(略)
		(新設)
K 2 1 8・K 2 1 9	(略)	
	(結膜)	
K 2 2 0	結膜縫合術	1,260点
K 2 2 1 ~ K 2 2 5 - 3	(略)	
	(新設)	
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7	(略)	
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 ~ K 2 4 1	(略)	
K 2 4 2	斜視手術	
	1 ~ 5	(略)
		(新設)
K 2 4 3 ~ K 2 4 5	(略)	
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 9	(略)	
	(新設)	
K 2 6 0 ~ K 2 6 2	(略)	
	(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 6 7	(略)	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1	(略)
	2	流出路再建術
		(新設)
		(新設)
	3 ~ 6	(略)
		(新設)
K 2 6 9 ~ K 2 7 3	(略)	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

(眼房、網膜)
K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)

(水晶体、硝子体)
K 2 7 8 ~ K 2 8 4 (略)
第5款 耳鼻咽喉

区分

(外耳)
K 2 8 5 ~ K 2 9 8 (略)

K 2 9 9 小耳症手術
1 軟骨移植による耳介形成手術 62,880点
2 (略)

(中耳)
K 3 0 0 ~ K 3 0 5 (略)

K 3 0 5 - 2 植込型骨導補聴器(直接振動型)植込術 24,490点

K 3 0 6 ~ K 3 0 8 - 2 (略)
K 3 0 8 - 3 耳管用補綴材挿入術 18,100点

K 3 0 9 ~ K 3 1 9 (略)
K 3 1 9 - 2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術
1 上鼓室開放を伴わないもの 40,630点
2 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの 52,990点

K 3 2 0 ・ K 3 2 0 - 2 (略)
(内耳)

K 3 2 1 ~ K 3 2 8 - 3 (略)
(鼻)

K 3 2 9 ~ K 3 4 3 (略)
K 3 4 3 - 2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清
再建を伴うもの) 110,950点

K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7 (略)
(副鼻腔)

K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 6 6 (略)

(眼房、網膜)

K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)
(水晶体、硝子体)

K 2 7 8 ~ K 2 8 4 (略)
第5款 耳鼻咽喉

区分

(外耳)
K 2 8 5 ~ K 2 9 8 (略)

K 2 9 9 小耳症手術
1 軟骨移植による耳介形成手術 56,140点
2 (略)

(中耳)
K 3 0 0 ~ K 3 0 5 (略)

(新設)
K 3 0 6 ~ K 3 0 8 - 2 (略)

(新設)
K 3 0 9 ~ K 3 1 9 (略)
(新設)

K 3 2 0 ・ K 3 2 0 - 2 (略)
(内耳)

K 3 2 1 ~ K 3 2 8 - 3 (略)
(鼻)

K 3 2 9 ~ K 3 4 3 (略)
(新設)

K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7 (略)
(副鼻腔)

K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 6 6 (略)

BRAINS:変更点

点数変更

マスタ追加

(咽頭、扁桃)

K367~K382-2 (略)

(喉頭、気管)

K383~K385 (略)

K386 気管切開術 3,450点

K386-2~K388-2 (略)

K388-3 内喉頭筋内注入術 (ボツリヌス毒素によるもの)

1,500点

K389~K393 (略)

K394 喉頭悪性腫瘍手術

1 (略)

2 全摘 71,360点

K394-2~K403-2 (略)

第6款 顔面・口腔・頸部

区分

(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)

K404 抜歯手術 (1歯につき)

1 (略)

2 前歯 160点

3 臼歯 270点

4 埋伏歯 1,080点

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。

2 (略)

3 4については、下顎完全埋伏智歯 (骨性) 又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。

4 (略)

K405~K407-2 (略)

(咽頭、扁桃)

K367~K382-2 (略)

(喉頭、気管)

K383~K385 (略)

K386 気管切開術 3,080点

K386-2~K388-2 (略)

(新設)

K389~K393 (略)

K394 喉頭悪性腫瘍手術

1 (略)

2 全摘 63,710点

K394-2~K403-2 (略)

第6款 顔面・口腔・頸部

区分

(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)

K404 抜歯手術 (1歯につき)

1 (略)

2 前歯 155点

3 臼歯 265点

4 埋伏歯 1,054点

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

2 (略)

3 4については、下顎完全埋伏智歯 (骨性) 又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。

4 (略)

K405~K407-2 (略)

BRAINS:変更点
点数変更

	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 1 4	(略)	
K 4 1 4 - 2	甲状舌管嚢胞摘出術	10,050点
K 4 1 5	舌悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	亜全摘	84,080点
K 4 1 6 及び K 4 1 7 ~ K 4 1 8 - 2	(略)	
K 4 1 9	頬、口唇、舌小帯形成手術	630点
K 4 2 0	(略)	
	(顔面)	
K 4 2 1	口唇腫瘍摘出術	
1	粘液嚢胞摘出術	1,020点
2	(略)	
K 4 2 2 ~ K 4 2 4	(略)	
K 4 2 5	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	121,740点
K 4 2 6 ~ K 4 2 6 - 2	(略)	
	(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 4 3	(略)	
K 4 4 4	下顎骨形成術	
1	おとがい形成の場合	8,710点
2 ~ 4	(略)	
注 1・2	(略)	
K 4 4 4 - 2 ~ K 4 4 7	(略)	
	(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9	(略)	
K 4 5 0	唾石摘出術 (一連につき)	
1	表在性のもの	720点
2・3	(略)	
注	(略)	
K 4 5 1 ~ K 4 6 0	(略)	
	(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))	

	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 1 4	(略)	
K 4 1 4 - 2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,970点
K 4 1 5	舌悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	亜全摘	75,070点
K 4 1 6 及び K 4 1 7 ~ K 4 1 8 - 2	(略)	
K 4 1 9	頬、口唇、舌小帯形成手術	560点
K 4 2 0	(略)	
	(顔面)	
K 4 2 1	口唇腫瘍摘出術	
1	粘液嚢胞摘出術	910点
2	(略)	
K 4 2 2 ~ K 4 2 4	(略)	
K 4 2 5	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点
K 4 2 6 ~ K 4 2 6 - 2	(略)	
	(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 4 3	(略)	
K 4 4 4	下顎骨形成術	
1	おとがい形成の場合	7,780点
2 ~ 4	(略)	
注 1・2	(略)	
K 4 4 4 - 2 ~ K 4 4 7	(略)	
	(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9	(略)	
K 4 5 0	唾石摘出術 (一連につき)	
1	表在性のもの	640点
2・3	(略)	
注	(略)	
K 4 5 1 ~ K 4 6 0	(略)	
	(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 4 6 1 ~ K 4 6 5 (略)
(その他の頸部)
K 4 6 6 ~ K 4 7 0 (略)
K 4 7 0 - 2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点
K 4 7 1 (略)
第7款 胸部
区分
(乳腺)
K 4 7 2 ~ K 4 7 6 - 4 (略)
(胸壁)
K 4 7 7 ~ K 4 8 7 (略)
(胸腔、胸膜)
K 4 8 8 ~ K 4 9 4 (略)
K 4 9 4 - 2 胸腔鏡下胸腔内(胸膜内)血腫除去術 13,500点
K 4 9 5 ~ K 5 0 1 - 3 (略)
(縦隔)
K 5 0 2 ~ K 5 0 4 - 2 (略)
(気管支、肺)
K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 9 (略)
K 5 0 9 - 2 気管支肺胞洗浄術 5,300点
注 (略)
K 5 0 9 - 3 ~ K 5 1 4 (略)
K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
1 ~ 3 (略)
4 気管支形成を伴う肺切除 81,420点
K 5 1 4 - 3 ~ K 5 1 9 (略)
(食道)
K 5 2 0 ~ K 5 2 8 - 3 (略)
K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)
1 ~ 3 (略)
注1 (略)

K 4 6 1 ~ K 4 6 5 (略)
(その他の頸部)
K 4 6 6 ~ K 4 7 0 (略)
(新設)
K 4 7 1 (略)
第7款 胸部
区分
(乳腺)
K 4 7 2 ~ K 4 7 6 - 4 (略)
(胸壁)
K 4 7 7 ~ K 4 8 7 (略)
(胸腔、胸膜)
K 4 8 8 ~ K 4 9 4 (略)
(新設)
K 4 9 5 ~ K 5 0 1 - 3 (略)
(縦隔)
K 5 0 2 ~ K 5 0 4 - 2 (略)
(気管支、肺)
K 5 0 5 及び K 5 0 6 ~ K 5 0 9 (略)
K 5 0 9 - 2 気管支肺胞洗浄術 4,800点
注 (略)
K 5 0 9 - 3 ~ K 5 1 4 (略)
K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
1 ~ 3 (略)
(新設)
K 5 1 4 - 3 ~ K 5 1 9 (略)
(食道)
K 5 2 0 ~ K 5 2 8 - 3 (略)
K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)
1 ~ 3 (略)
注1 (略)

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

	2 血行再建を併せて行った場合は、3,000点を加算する。	
K 5 2 9 - 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	胸部、腹部の操作によるもの	122,290点
注	(略)	
K 5 2 9 - 3	(略)	
K 5 2 9 - 4	再建胃管悪性腫瘍手術	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	112,190点
2	頸部、腹部の操作によるもの	101,670点
K 5 3 0・K 5 3 0 - 2	(略)	
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	12,470点
K 5 3 1	(略)	
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
1	(略)	
2	食道離断術を主とするもの	42,130点
K 5 3 2 - 2 ~ K 5 3 3 - 2	(略)	
K 5 3 3 - 3	内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術	8,990点
	(横隔膜)	
K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2	(略)	
	第8款 心・脈管	
区分	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8 ~ K 5 5 1	(略)	
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
1	1 吻合のもの	80,160点
2	(略)	
注	(略)	
K 5 5 2 - 2・K 5 5 3	(略)	
K 5 5 3 - 2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破	

	2 血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。	
K 5 2 9 - 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1	(略)	
2	胸部、腹部の操作によるもの	109,190点
注	(略)	
K 5 2 9 - 3	(略)	
	(新設)	
K 5 3 0・K 5 3 0 - 2	(略)	
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	11,340点
K 5 3 1	(略)	
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
1	(略)	
2	食道離断術を主とするもの	37,620点
K 5 3 2 - 2 ~ K 5 3 3 - 2	(略)	
	(新設)	
	(横隔膜)	
K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2	(略)	
	第8款 心・脈管	
区分	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	
K 5 3 8 ~ K 5 5 1	(略)	
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
1	1 吻合のもの	71,570点
2	(略)	
注	(略)	
K 5 5 2 - 2・K 5 5 3	(略)	
K 5 5 3 - 2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

裂修復術	
1 単独のもの	128,020点
2・3 (略)	
K 5 5 4～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5-2 経カテーテル弁置換術	
1・2 (略)	
3 経皮的肺動脈弁置換術	39,060点
注 (略)	
K 5 5 5-3～K 5 5 9-3 (略)	
K 5 6 0 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	
1 上行大動脈	
イ・ロ (略)	
ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	166,720点
ニ (略)	
2～7 (略)	
注 (略)	
K 5 6 0-2～K 5 6 5 (略)	
K 5 6 6 体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーター ストーン手術)	50,030点
K 5 6 7 (略)	
K 5 6 7-2 経皮的大動脈形成術	37,430点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 6 8・K 5 6 9 (略)	
K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1 (略)	
2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	83,400点
K 5 7 0-2 (略)	
K 5 7 0-3 経皮的肺動脈形成術	31,280点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

裂修復術	
1 単独のもの	114,300点
2・3 (略)	
K 5 5 4～K 5 5 5 (略)	
K 5 5 5-2 経カテーテル大動脈弁置換術	
1・2 (略)	
(新設)	
注 (略)	
K 5 5 5-3～K 5 5 9-3 (略)	
K 5 6 0 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	
1 上行大動脈	
イ・ロ (略)	
ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点
ニ (略)	
2～7 (略)	
注 (略)	
K 5 6 0-2～K 5 6 5 (略)	
K 5 6 6 体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーター ストーン手術)	44,670点
K 5 6 7 (略)	
K 5 6 7-2 経皮的大動脈形成術	37,430点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 6 8・K 5 6 9 (略)	
K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1 (略)	
2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点
K 5 7 0-2 (略)	
K 5 7 0-3 経皮的肺動脈形成術	31,280点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

い。
K 5 7 0 - 4 経皮的肺動脈^{せん}穿通・拡大術 35,080点
注 (略)
K 5 7 1 ~ K 5 8 5 (略)
K 5 8 6 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術
1 両方向性グレン手術 80,160点
2・3 (略)
注 (略)
K 5 8 7 ~ K 5 9 3 (略)
K 5 9 4 不整脈手術
1 ~ 3 (略)
4 左心耳閉鎖術
イ (略)
ロ 胸腔鏡下によるもの 37,800点
ハ (略)
注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2 - 2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7 からK 5 5 7 - 3まで、K 5 6 0 又はK 5 9 4 の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。
2 4のハについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K 5 9 4 - 2 (略)
K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼^{しやく}術
1・2 (略)
注1・2 (略)
3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K 5 9 5 - 2 (略)
K 5 9 6 体外ペースメーカー^{ペースメーカー}術 3,770点

ない。
K 5 7 0 - 4 経皮的肺動脈^{せん}穿通・拡大術 35,080点
注 (略)
K 5 7 1 ~ K 5 8 5 (略)
K 5 8 6 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術
1 両方向性グレン手術 71,570点
2・3 (略)
注 (略)
K 5 8 7 ~ K 5 9 3 (略)
K 5 9 4 不整脈手術
1 ~ 3 (略)
4 左心耳閉鎖術
イ (略)
(新設)
ロ (略)
注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2 - 2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7 からK 5 5 7 - 3まで、K 5 6 0 及びK 5 9 4 の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。
2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K 5 9 4 - 2 (略)
K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼^{しやく}術
1・2 (略)
注1・2 (略)
3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
K 5 9 5 - 2 (略)
K 5 9 6 体外ペースメーカー^{ペースメーカー}術 3,370点

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 5 9 7	ペースメーカー移植術	
1	心筋電極の場合	16,870点
2・3	(略)	
K 5 9 7-2~K 6 0 1	(略)	
K 6 0 1-2	体外式膜型人工肺 (1日につき)	
1	初日	30,150点
2	2日目以降	3,000点
注	カニューレーション料は、所定点数に含まれるものとする。	
K 6 0 2~K 6 0 5-5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6・K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7-2	血管縫合術 (簡単なもの)	4,210点
K 6 0 7-3~K 6 1 2	(略)	
K 6 1 3	腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31,840点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
1・2	(略)	
3	腹腔内動脈	63,350点
4	頭、頸部動脈	61,660点
5	下腿、足部動脈	70,190点
6・7	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1・2	(略)	
3	その他のもの	20,480点
K 6 1 5-2	経皮的大動脈遮断術	1,660点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6・K 6 1 6-2	(略)	

K 5 9 7	ペースメーカー移植術	
1	心筋電極の場合	15,060点
2・3	(略)	
K 5 9 7-2~K 6 0 1	(略)	
	(新設)	
K 6 0 2~K 6 0 5-5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6・K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7-2	血管縫合術 (簡単なもの)	3,760点
K 6 0 7-3~K 6 1 2	(略)	
K 6 1 3	腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31,840点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
1・2	(略)	
3	腹腔内動脈	56,560点
4	頭、頸部動脈	55,050点
5	下腿、足部動脈	62,670点
6・7	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1・2	(略)	
3	その他のもの	18,620点
K 6 1 5-2	経皮的大動脈遮断術	1,660点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6・K 6 1 6-2	(略)	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 6 1 6 - 3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	27,500点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6 - 4	～K 6 1 6 - 6	（略）
K 6 1 6 - 7	ステントグラフト内挿術（シャント）	12,000点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6 - 8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	1,680点
	（静脈）	
K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	
	1～3	（略）
	4 静脈瘤切除術	1,820点
K 6 1 7 - 2	～K 6 2 3 - 2	（略）
	（リンパ管、リンパ節）	
K 6 2 4	～K 6 2 6 - 2	（略）
K 6 2 7	リンパ節群郭清術	
	1～5	（略）
	6 鼠径部及び股部	9,760点
	7 後腹膜	46,350点
	8	（略）
K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術	
	1～3	（略）
	4 側方	41,090点
	注 1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから、4については直腸がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7 - 3	～K 6 2 8	（略）
	第9款 腹部	

区分

K 6 1 6 - 3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6 - 4	～K 6 1 6 - 6	（略）
	（新設）	
	（静脈）	
K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	
	1～3	（略）
	（新設）	
K 6 1 7 - 2	～K 6 2 3 - 2	（略）
	（リンパ管、リンパ節）	
K 6 2 4	～K 6 2 6 - 2	（略）
K 6 2 7	リンパ節群郭清術	
	1～5	（略）
	6 鼠径部及び股部	8,710点
	7 後腹膜	41,380点
	8	（略）
K 6 2 7 - 2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術	
	1～3	（略）
	（新設）	
	注 1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7 - 3	～K 6 2 8	（略）
	第9款 腹部	

区分

BRAINS:変更点
点数変更

マスタ追加

	(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4	(略)	
	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 6 - 4	(略)	
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術	
1 ~ 3	(略)	
4	その他のもの	10,380点
K 6 3 7 - 2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800点
注	挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 3 8 ~ K 6 4 1	(略)	
K 6 4 2	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
1	腸切除を伴わないもの	16,000点
2	(略)	
K 6 4 2 - 2 ・ K 6 4 2 - 3	(略)	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	54,330点
K 6 4 3 - 2 ・ K 6 4 4	(略)	
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術	135,500点
	(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 3 - 5	(略)	
K 6 5 3 - 6	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	12,000点
K 6 5 4 ~ K 6 5 5	(略)	
K 6 5 5 - 2	腹腔鏡下胃切除術	
1 ・ 2	(略)	
3	悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	73,590点
注	(略)	
K 6 5 5 - 3 ・ K 6 5 5 - 4	(略)	
K 6 5 5 - 5	腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1 ・ 2	(略)	
3	悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる)	

	(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9 ~ K 6 3 4	(略)	
	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 3 5 ~ K 6 3 6 - 4	(略)	
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術	
1 ~ 3	(略)	
4	その他のもの	9,270点
K 6 3 7 - 2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800点
注	挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 3 8 ~ K 6 4 1	(略)	
K 6 4 2	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
1	腸切除を伴わないもの	14,290点
2	(略)	
K 6 4 2 - 2 ・ K 6 4 2 - 3	(略)	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510点
K 6 4 3 - 2 ・ K 6 4 4	(略)	
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術	120,980点
	(胃、十二指腸)	
K 6 4 6 ~ K 6 5 3 - 5	(略)	
	(新設)	
K 6 5 4 ~ K 6 5 5	(略)	
K 6 5 5 - 2	腹腔鏡下胃切除術	
1 ・ 2	(略)	
	(新設)	
注	(略)	
K 6 5 5 - 3 ・ K 6 5 5 - 4	(略)	
K 6 5 5 - 5	腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1 ・ 2	(略)	
	(新設)	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

もの) 80,000点

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。

K 6 5 6 ・ K 6 5 6 - 2 (略)

K 6 5 7 胃全摘術

1 ・ 2 (略)

3 悪性腫瘍手術 (空腸囊作製術を伴うもの)

79,670点

注 (略)

K 6 5 7 - 2 腹腔鏡下胃全摘術

1 ・ 2 (略)

3 悪性腫瘍手術 (空腸囊作製術を伴うもの)

94,780点

4 悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる

もの) 98,850点

注 (略)

K 6 5 8 ~ K 6 6 8 - 2 (略)

(胆囊、胆道)

K 6 6 9 ~ K 6 7 4 - 2 (略)

K 6 7 5 胆囊悪性腫瘍手術

1 胆囊に限局するもの (リンパ節郭清を含む。)

50,980点

2 肝切除 (亜区域切除以上) を伴うもの

64,720点

3 ~ 5 (略)

K 6 7 5 - 2 腹腔鏡下胆囊悪性腫瘍手術 (胆囊床切除を伴うもの)

70,220点

K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 ・ 2 (略)

3 肝外胆道切除術によるもの 50,000点

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。

K 6 5 6 ・ K 6 5 6 - 2 (略)

K 6 5 7 胃全摘術

1 ・ 2 (略)

(新設)

注 (略)

K 6 5 7 - 2 腹腔鏡下胃全摘術

1 ・ 2 (略)

(新設)

(新設)

注 (略)

K 6 5 8 ~ K 6 6 8 - 2 (略)

(胆囊、胆道)

K 6 6 9 ~ K 6 7 4 - 2 (略)

K 6 7 5 胆囊悪性腫瘍手術

1 胆囊に限局するもの (リンパ節郭清を含む。)

45,520点

2 肝切除 (亜区域切除以上) を伴うもの

57,790点

3 ~ 5 (略)

(新設)

K 6 7 6 (略)

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

1 ・ 2 (略)

(新設)

BRAINS:変更点
点数変更

マスタ追加

4	その他のもの	94,860点
K 6 7 7 - 2	肝門部胆管悪性腫瘍手術	
1	血行再建あり	202,710点
2	(略)	
K 6 7 8 ~ K 6 8 9 - 2	(略)	
	(肝)	
K 6 9 0 ~ K 6 9 4	(略)	
K 6 9 5	肝切除術	
1	(略)	
2	亜区域切除	63,030点
3 ~ 7	(略)	
注	(略)	
K 6 9 5 - 2 ~ K 6 9 7 - 3	(略)	
K 6 9 7 - 4	移植用部分肝採取術 (生体)	
1	腹腔鏡によるもの	105,000点
2	その他のもの	82,800点
注	(略)	
K 6 9 7 - 5 ~ K 6 9 7 - 7	(略)	
	(脾)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 1	(略)	
K 7 0 2	脾体尾部腫瘍切除術	
1	脾尾部切除術の場合	
イ	脾同時切除の場合	26,880点
ロ	(略)	
2	(略)	
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	59,060点
4	(略)	
K 7 0 2 - 2	(略)	
K 7 0 3	脾頭部腫瘍切除術	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	91,410点

3	その他のもの	84,700点
K 6 7 7 - 2	肝門部胆管悪性腫瘍手術	
1	血行再建あり	180,990点
2	(略)	
K 6 7 8 ~ K 6 8 9 - 2	(略)	
	(肝)	
K 6 9 0 ~ K 6 9 4	(略)	
K 6 9 5	肝切除術	
1	(略)	
2	亜区域切除	56,280点
3 ~ 7	(略)	
注	(略)	
K 6 9 5 - 2 ~ K 6 9 7 - 3	(略)	
K 6 9 7 - 4	移植用部分肝採取術 (生体)	82,800点
	(新設)	
	(新設)	
注	(略)	
K 6 9 7 - 5 ~ K 6 9 7 - 7	(略)	
	(脾)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 1	(略)	
K 7 0 2	脾体尾部腫瘍切除術	
1	脾尾部切除術の場合	
イ	脾同時切除の場合	24,000点
ロ	(略)	
2	(略)	
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	52,730点
4	(略)	
K 7 0 2 - 2	(略)	
K 7 0 3	脾頭部腫瘍切除術	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	81,620点

BRAINS:変更点
点数変更

2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	97,230点
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	97,230点
4	(略)	
K703-2	(略)	
K704	脾全摘術	115,390点
K705~K709-2	(略)	
K709-3	同種死体脾移植術	112,570点
注1	臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2・3	(略)	
K709-4	(略)	
K709-5	同種死体脾腎移植術	140,420点
注1	臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾腎を除く死体脾腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2・3	(略)	
K709-6	同種死体脾島移植術	56,490点
注1	臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾島を除く死体脾島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2~4	(略)	
(脾)		
K710~K711-2	(略)	
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	

2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	86,810点
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点
4	(略)	
K703-2	(略)	
K704	脾全摘術	103,030点
K705~K709-2	(略)	
K709-3	同種死体脾移植術	112,570点
注1	臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2・3	(略)	
K709-4	(略)	
K709-5	同種死体脾腎移植術	140,420点
注1	臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾腎を除く死体脾腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2・3	(略)	
K709-6	同種死体脾島移植術	56,490点
注1	臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾島を除く死体脾島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
2~4	(略)	
(脾)		
K710~K711-2	(略)	
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 7 1 2 ~ K 7 1 8 - 2 (略)

K 7 1 9 結腸切除術

1・2 (略)

3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 39,960点

注 (略)

K 7 1 9 - 2 ~ K 7 2 0 (略)

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

1・2 (略)

注1 家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年1回に限り5,000点を所定点数に加算する。

2 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 2 (略)

K 7 2 1 - 3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点

注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

K 7 2 1 - 5 内視鏡的小腸ポリープ切除術 11,800点

K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点

注1 (略)

2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

K 7 2 3 ・ K 7 2 4 (略)

K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術 9,890点

K 7 1 2 ~ K 7 1 8 - 2 (略)

K 7 1 9 結腸切除術

1・2 (略)

3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 35,680点

注 (略)

K 7 1 9 - 2 ~ K 7 2 0 (略)

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

1・2 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加・動作
消化管ポリポーシス加算 1回/年

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
バルーン内視鏡加算(内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術)

K 7 2 1 - 2 (略)

K 7 2 1 - 3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
バルーン内視鏡加算(内視鏡的結腸異物摘出術)

K 7 2 1 - 4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
バルーン内視鏡加算(早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術)

(新設)

K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点

注 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
スパイラル内視鏡加算(小腸結腸内視鏡的止血術)

K 7 2 3 ・ K 7 2 4 (略)

K 7 2 5 腸瘻、虫垂瘻造設術 8,830点

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 7 2 5 - 2 ~ K 7 2 8 (略)

K 7 2 9 腸閉鎖症手術

1 腸管切除を伴わないもの 13,650点

2 (略)

K 7 2 9 - 2 ~ K 7 3 2 (略)

K 7 3 2 - 2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (直腸切除術後のものに限る。) 40,450点

K 7 3 3 ~ K 7 3 5 (略)

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの) 11,090点

注1 (略)

2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

K 7 3 5 - 3 ~ K 7 3 6 (略)

(直腸)

K 7 3 7 ~ K 7 3 9 - 3 (略)

K 7 4 0 直腸切除・切断術

1 ~ 5 (略)

注1 (略)

2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であつて、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1・2 (略)

3 超低位前方切除術 91,470点

4 経肛門吻合を伴う切除術 100,470点

5 (略)

注1 1から3までについては、人工肛門造設術を

K 7 2 5 - 2 ~ K 7 2 8 (略)

K 7 2 9 腸閉鎖症手術

1 腸管切除を伴わないもの 12,190点

2 (略)

K 7 2 9 - 2 ~ K 7 3 2 (略)

K 7 3 2 - 2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。) 40,450点

K 7 3 3 ~ K 7 3 5 (略)

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの) 11,090点

注 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
スパイラル内視鏡加算(小腸結腸狭窄部拡張術)

K 7 3 5 - 3 ~ K 7 3 6 (略)

(直腸)

K 7 3 7 ~ K 7 3 9 - 3 (略)

K 7 4 0 直腸切除・切断術

1 ~ 5 (略)

注 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加
片側側方リンパ節郭清加算(直腸切除・切断術)
両側側方リンパ節郭清加算(直腸切除・切断術)

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1・2 (略)

(新設)

(新設)

3 (略)

注 1 及び2については、人工肛門造設術を併せて

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

- 2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であつて、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。

K740-3~K742-2 (略)

(肛門、その周辺)

K743~K746-2 (略)

K746-3 痔瘻手術(注入療法) 1,660点

K747~K753 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K754~K755-2 (略)

K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)

1 1センチメートル未満 16,000点

2 1センチメートル以上 22,960点

K756・K756-2 (略)

(腎、腎盂)

K757~K769 (略)

K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 49,200点

K769-3~K771 (略)

K772 腎摘出術 21,010点

K772-2~K773-4 (略)

K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

1 原発病巣が7センチメートル以下のもの 70,730点

2 その他のもの 64,720点

実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加

片側側方リンパ節郭清加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術)
両側側方リンパ節郭清加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術)

K740-3~K742-2 (略)

(肛門、その周辺)

K743~K746-2 (略)

(新設)

K747~K753 (略)

第10款 尿路系・副腎

区分

(副腎)

K754~K755-2 (略)

(新設)

K756・K756-2 (略)

(腎、腎盂)

K757~K769 (略)

K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 43,930点

K769-3~K771 (略)

K772 腎摘出術 18,760点

K772-2~K773-4 (略)

K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70,730点

(新設)

(新設)

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 64,720点

K774~K779-3 (略)

K780 同種死体腎移植術 98,770点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2・3 (略)

K780-2 (略)

(尿管)

K781~K794-2 (略)

(膀胱)

K795~K800-2 (略)

K800-3 膀胱水圧拡張術 6,410点

注1・2 (略)

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道） 9,930点

K801~K802-6 (略)

K803 膀胱悪性腫瘍手術

1~3 (略)

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） 120,740点

5 (略)

6 経尿道的手術

イ 電解質溶液利用のもの 13,530点

ロ (略)

注 (略)

K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

(新設)

K774~K779-3 (略)

K780 同種死体腎移植術 98,770点

注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。

2・3 (略)

K780-2 (略)

(尿管)

K781~K794-2 (略)

(膀胱)

K795~K800-2 (略)

K800-3 膀胱水圧拡張術 6,410点

注1・2 (略)

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K801~K802-6 (略)

K803 膀胱悪性腫瘍手術

1~3 (略)

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） 107,800点

5 (略)

6 経尿道的手術

イ 電解質溶液利用のもの 12,300点

ロ (略)

注 (略)

K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないも

BRAINS:変更点
点数変更

マスタ追加

2・3 (略)	の)	86,110点
K803-3~K812-2 (略)	(尿道)	
K813~K821-2 (略)		
K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点		
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K822~K823-6 (略)		
K823-7 膀胱頸部形成術 (膀胱頸部吊上術以外)		37,690点
	第11款 性器	
区分	(陰茎)	
K824~K827 (略)		
K828 包茎手術		
1 背面切開術 830点		
2 (略)		
K828-2 (略)	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	
K828-3 埋没陰茎手術 7,760点		
K829~K834-3 (略)		
K835 陰嚢水腫手術		
1 <u>鼠径部切開によるもの</u> 3,980点		
2 (略)		
K836~K838 (略)		
K838-2 精巣内精子採取術		
1 <u>単純なもの</u> 12,400点		
2 <u>顕微鏡を用いたもの</u> 24,600点		
	(精嚢、前立腺)	
K839~K841 (略)		

2・3 (略)	の)	76,880点
K803-3~K812-2 (略)	(尿道)	
K813~K821-2 (略)		
K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点		
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K822~K823-6 (略)		
	(新設)	
	第11款 性器	
区分	(陰茎)	
K824~K827 (略)		
K828 包茎手術		
1 背面切開術 740点		
2 (略)		
K828-2 (略)	(陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索)	
	(新設)	
K829~K834-3 (略)		
K835 陰嚢水腫手術		
1 <u>交通性陰嚢水腫手術</u> 3,620点		
2 (略)		
K836~K838 (略)		
	(新設)	
	(精嚢、前立腺)	
K839~K841 (略)		

BRAINS:変更点
点数変更
マスタ追加

K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1	(略)	
2	ツリウムレーザーを用いるもの	18,190点
3	(略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 5	(略)	
K 8 4 1 - 6	経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)	
K 8 4 4 ~ K 8 5 1 - 3	(略)	
	(脛)	
K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 2	(略)	
K 8 6 0 - 3	腹腔鏡下腔断端挙上術	43,870点
	(子宮)	
K 8 6 1 ~ K 8 7 8 - 2	(略)	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	69,440点
K 8 7 9 - 2 ~ K 8 8 2	(略)	
K 8 8 2 - 3	腹腔鏡下子宮癒痕部修復術	32,290点
K 8 8 3 ~ K 8 8 4	(略)	
K 8 8 4 - 2	人工授精	1,820点
K 8 8 4 - 3	胚移植術	
1	新鮮胚移植の場合	7,500点
2	凍結・融解胚移植の場合	12,000点
注1	患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。	
2	アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。	

K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1	(略)	
	(新設)	
2	(略)	
K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 5	(略)	
	(新設)	
K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4	(略)	
	(外陰、会陰)	
K 8 4 4 ~ K 8 5 1 - 3	(略)	
	(脛)	
K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 2	(略)	
	(新設)	
	(子宮)	
K 8 6 1 ~ K 8 7 8 - 2	(略)	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	62,000点
K 8 7 9 - 2 ~ K 8 8 2	(略)	
	(新設)	
K 8 8 3 ~ K 8 8 4	(略)	
	(新設)	
	(新設)	

BRAINS:マスタ追加・動作

胚移植術(新鮮胚移植の場合)

胚移植術(凍結・融解胚移植の場合)

※治療開始日の年齢が40歳未満患者1人につき6回に限り。

40歳以上43歳未満である場合患者1人につき3回に限り。

修飾項目マスタ「開始日」の年齢をもとに最大算定回数を決める。

算定回数は過去10年間の回数を調べる。

BRAINS:加算マスタ追加

アシステッドハッチング実施加算

高濃度ヒアルロン酸含有培養液前処置実施加算

BRAINS:変更点
点数変更

(子宮附属器)	
K 8 8 5 ~ K 8 8 8 (略)	
K 8 8 8 - 2 卵管全摘除術、卵管腫 ^{りゅう} 瘤全摘除術、子宮卵管留 血腫手術(両側)	
1 開腹によるもの	13,960点
2 (略)	
K 8 8 9 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
K 8 9 0 - 4 採卵術	3,200点
注 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数 をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。	
イ 1個の場合	2,400点
ロ 2個から5個までの場合	3,600点
ハ 6個から9個までの場合	5,500点
ニ 10個以上の場合	7,200点
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 4 (略)	
K 8 9 5 会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,710点
K 8 9 6 ~ K 9 1 0 - 5 (略)	
K 9 1 0 - 6 臍帯穿刺 ^{さい せん}	3,800点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しな い。	
K 9 1 1 ~ K 9 1 3 (略)	
(その他)	
K 9 1 3 - 2 (略)	
第12款 (略)	
第13款 手術等管理料	
区分	
K 9 1 4 ・ K 9 1 5 (略)	
K 9 1 6 体外式膜型人工肺管理料(1日につき)	
1 7日目まで	4,500点
2 8日目以降14日目まで	4,000点

(子宮附属器)	
K 8 8 5 ~ K 8 8 8 (略)	
K 8 8 8 - 2 卵管全摘除術、卵管腫 ^{りゅう} 瘤全摘除術、子宮卵管留 血腫手術(両側)	
1 開腹によるもの	12,460点
2 (略)	
K 8 8 9 ~ K 8 9 0 - 3 (略)	
(新設)	
BRAINS:マスタ追加・動作 採卵術 ※入力した卵子の数(個数)に応じた点数を自動加算	
(産科手術)	
K 8 9 1 ~ K 8 9 4 (略)	
K 8 9 5 会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530点
K 8 9 6 ~ K 9 1 0 - 5 (略)	
(新設)	
K 9 1 1 ~ K 9 1 3 (略)	
(その他)	
K 9 1 3 - 2 (略)	
第12款 (略)	
第13款 臓器提供管理料	
区分	
K 9 1 4 ・ K 9 1 5 (略)	
(新設)	
BRAINS:マスタ追加・動作 体外式膜型人工肺管理料(1日につき) ※修飾語マスタ「開始日」の入力により 開始日から何日目かで算定点数を自動変更	

3 15日目以降 3,000点

注 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。

K917 体外受精・顕微授精管理料

1 体外受精 4,200点

2 顕微授精

イ 1個の場合 4,800点

ロ 2個から5個までの場合 6,800点

ハ 6個から9個までの場合 10,000点

ニ 10個以上の場合 12,800点

注1 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。

2 区分番号K838-2に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。

3 2について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算する。

K917-2 受精卵・胚培養管理料

1 1個の場合 4,500点

2 2個から5個までの場合 6,000点

3 6個から9個までの場合 8,400点

4 10個以上の場合 10,500点

注 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

イ 1個の場合 1,500点

BRAINS:加算マスタ追加・動作

体外式膜型人工肺管理料・初回導入時加算
※開始日当日に限り

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作

体外受精・顕微授精管理料(体外受精)

体外受精・顕微授精管理料(顕微授精)

※授精卵数(個数に入力した数字)に応じた点数を算定する。

※体外受精及び顕微授精を同時に入力した場合は、

体外受精自体は0点で算定

顕微授精の点数は体外受精の点数50%を加算して算定

BRAINS加算マスタ追加・動作

採取精子調整加算

卵子調整加算

※顕微授精に対して加算

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作

受精卵・胚培養管理料

※授精卵数(個数に入力した数字)に応じて点数を算定

BRAINS:加算マスタ追加・動作

胚盤胞作成管理加算

※受精卵・胚培養管理料の個数に応じて点数を変更

- ロ 2個から5個までの場合 2,000点
- ハ 6個から9個までの場合 2,500点
- ニ 10個以上の場合 3,000点

K917-3 胚凍結保存管理料

1 胚凍結保存管理料（導入時）

- イ 1個の場合 5,000点
- ロ 2個から5個までの場合 7,000点
- ハ 6個から9個までの場合 10,200点
- ニ 10個以上の場合 13,000点

2 胚凍結保存維持管理料 3,500点

注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

第2節 輸血料

区分

K920～K921-2 (略)

K921-3 末梢血単核球採取（一連につき）

- 1 採取のみを行う場合 14,480点
- 2 採取、細胞調整及び凍結保存を行う場合 19,410点

(削る)

K922 (略)

K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき）

30,850点

(削る)

(新設)

BRAINS:マスタ追加・動作
胚凍結保存管理料(導入時)
※個数に応じて点数を変更

胚凍結保存維持管理料
※1回/年
修飾項目"開始日"を入力して、開始日から1年を経過、3年を限度として算定

第2節 輸血料

区分

K920～K921-2 (略)

K921-3 末梢血単核球採取（一連につき） 17,440点

(新設)

(新設)

注 チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定する。

K922 (略)

K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき）

30,850点

注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患

注1・2 (略)

K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与 (一連につき)

22,280点

注 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

K923~K924-3 (略)

第3節 手術医療機器等加算

区分

K930~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K704、K705の2、K706、K709-2からK709-5まで、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K7

BRAINS:変更点
対象手術の追加、削除
※対象手術の子項目として、
自動縫合器(1個)加算を入力

者1人につき1回に限り算定する。

2・3 (略)

(新設)

K923~K924-3 (略)

第3節 手術医療機器等加算

区分

K930~K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3の2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K73

BRAINS:変更点
対象手術の追加
※対象手術の子項目として、
自動縫合器(1個)加算を入力

35、K735-3、K735-5、K739、
K739-3、K740、K740-2、**K779-3**、K803からK803-3まで及び
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。

2 区分番号K552、K552-2、K554、
K555、K557からK557-3まで、
K560、**K594の3及びK594の4のロ**
に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップ
を使用した場合に算定する。

K936-2~K938 (略)

K939 画像等手術支援加算

1 (略)

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K1
36、K142の6、K142-2、K151
-2、K162、K180、K227、K22
8、K236、K237、K313、K314
の2、K406の2、K427、K427-2
、K429、K433、K434及びK436
から**K444-2**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。

3 (略)

注 区分番号K082、**K082-3、K437**
からK439まで及びK444に掲げる手術に
当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支
援を行った場合に算定する。

K939-2~K939-8 (略)

K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点

第4節・第5節 (略)

BRAINS:変更点
対象手術の追加
※対象手術の子項目として、
画像等手術支援加算
(実物大臓器立体モデル)を入力

BRAINS:変更点
対象手術の追加
※対象手術の子項目として、
画像等手術支援加算
(患者適合型手術支援ガイド)を入力

9、K739-3、K740、K740-2、
K803からK803-3まで及び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。

2 区分番号K552、K552-2、K554、
K555、K557からK557-3まで、
K560**及び**K594の3に掲げる手術に当た
って左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算
定する。

K936-2~K938 (略)

K939 画像等手術支援加算

1 (略)

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K1
36、K142の6、K142-2、K151
-2、K162、K180、K227、K22
8、K236、K237、K313、K314
の2、K406の2、K427、K427-2
、K429、K433、K434及び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。

3 (略)

注 区分番号K082**及び**K082-3に掲げる
手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドに
よる支援を行った場合に算定する。

K939-2~K939-8 (略)

(新設)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則
(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 体温維持療法(1日につき) 12,200点

- 注1 体温維持療法を開始してから3日間を限度として算定する。
- 2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、**体温維持迅速導入加算**として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～4 (略)

- 5 2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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、**周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。**

L010 麻酔管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 2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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等

第11部 麻酔

通則
(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 低体温療法(1日につき) 12,200点

- 注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。
- 2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、**低体温迅速導入加算**として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加

周術期薬剤管理加算

※麻酔管理料(I)(閉鎖循環式全身麻酔を行った場合)に対して、入院の場合に限り

L010 麻酔管理料(II)

1・2 (略)

注 (略)

(新設)

BRAINS:加算マスタ追加

周術期薬剤管理加算

※麻酔管理料(II)(閉鎖循環式全身麻酔を行った場合)に対して、入院の場合に限り

において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点

7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点

注1～4 (略)

5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

(新設)

(新設)

注1～4 (略)

(新設)

6 7については、MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

M001 体外照射

1・2 (略)

注1 (略)

BRAINS:変更点
※点数変更

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、1回の線量が2.5 Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。

3 (略)

注1 (略)

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、1回の線量が3 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

注1～5 (略)

M001-2～M001-4 (略)

M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

187,500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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

(新設)

M001 体外照射

1・2 (略)

注1 (略)

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、1回の線量が2.5 Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

3 (略)

注1 (略)

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、1回の線量が2.5 Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

注1～5 (略)

M001-2～M001-4 (略)

(新設)

BRAINS:マスタ変更

ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

※名称変更、区分番号変更

2. **ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制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、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。**
3. **別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。**
4. **体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。**

M002～M005 (略)

第2節 (略)

第13部 病理診断

通則
(略)

第1節 (略)

第2節 病理診断・判断料

区分

N006 病理診断料

1 組織診断料 **520点**

2 (略)

注1～5 (略)

BRAINS:変更点
※点数変更

N007 病理判断料 130点

注1・2 (略)

BRAINS:加算マスタ追加

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算

ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

体外照射用固定器具加算(ホウ素中性子捕捉療法)

M002～M005 (略)

第2節 (略)

第13部 病理診断

通則
(略)

第1節 (略)

第2節 病理診断・判断料

区分

N006 病理診断料

1 組織診断料 450点

2 (略)

注1～5 (略)

N007 病理判断料 150点

注1・2 (略)

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
(略)

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 500点

注 平成18年7月1日から令和6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。

2～4 (略)

第2部 (略)

第4章 経過措置

1 (略)

(削る)

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
(略)

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 500点

注 平成18年7月1日から令和4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。

2～4 (略)

第2部 (略)

第4章 経過措置

1 (略)

2 令和2年9月30日までの間における区分番号A000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)に係るものの数が200未満の病院を除く。)」とあるのは「許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400以上である地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)」と、A002の注2中「病院である保険医療機関(特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。)」とあるのは「病院

(削る)

(削る)

(削る)

2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。

4 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

5 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げる

である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）とする。

3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4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D001の2に掲げるBence Jones^{たん}蛋白定性（尿）

ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの

ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・^{たん}蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの

ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査

ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定

5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

BRAINS:変更点
アルブミン(血清)/BCG法
※令和6年3月31日までの期限設定