第１部　医学管理等

通則

現　　行	改　　正
別に厚生労働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であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ００１の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料、区分番号Ｂ００１－２－10 に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が２月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100 点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月１回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。	（削除）

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

現　　行	改　　正
（新設）	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。

113029010	特定疾患療養管理料（情報通信機器）	100 点

◆特定疾患療養管理料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｂ００１ 特定疾患治療管理料

２ 特定薬剤治療管理料

現　　行	改　　正
注６　イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、2,740 点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280 点を所定点数に加算する。	注６　イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、2,740 点を所定点数に加算する。
（新設）	７　イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530 点を所定点数に加算する。
（新設）	８　イについては、注６及び注７に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280 点を所定点数に加算する。
（新設）	９　イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、６月に１回に限り 250 点を所定点数に加算する。
（新設）	10　イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め３月に限り月１回、４月目以降は４月に１回に限り 250 点を所定点数に加算する。

113029170	特定薬剤治療管理加算（バンコマイシン投与の患者）	530 点
113029270	特定薬剤治療管理加算（ミコフェノール酸モフェチル投与臓器移植後）	250 点
113029370	特定薬剤治療管理加算（エベロリムス投与臓器移植後）	250 点

３ 悪性腫瘍特異物質治療管理料

現　　行	改　　正
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結	注１　イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 ２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 ２　ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

４ 小児特定疾患カウンセリング料

現　　行	改　　正
イ　月の１回目 500 点 ロ　月の２回目 400 点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。	イ　医師による場合 (1) 月の１回目 500 点 (2) 月の２回目 400 点 ロ　公認心理師による場合 200 点 注　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

113029410	小児特定疾患カウンセリング料（公認心理師）	200 点

５ 小児科療養指導料

現　　行	改　　正
注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 （新設）	注１　小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	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。

113029510	小児科療養指導料（情報通信機器）	100 点

◆小児科療養指導料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

６ てんかん指導料

現　　行	改　　正
（追加）	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

113029610	てんかん指導料（情報通信機器）	100 点

◆てんかん指導料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

７ 難病外来指導管理料

現　　行	改　　正
（追加）	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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）として、月１回に限り 100 点を算定する。

113029710	難病外来指導管理料（情報通信機器）	100 点

◆難病外来指導管理料（情報通信機器）【要届出】

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

９ 外来栄養食事指導料

現　　行	改　　正
イ　初回 260 点	イ　外来栄養食事指導料１ (1) 初回 260 点
ロ　２回目以降 200 点	(2) ２回目以降 ①　対面で行った場合 200 点 ②　情報通信機器を用いた場合 180 点
（新設）	ロ　外来栄養食事指導料２ (1) 初回 250 点 (2) ２回目以降 190 点
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者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、医師の指示に基づき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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	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に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
（新設）	２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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）	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。
（新設）	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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

113029810	外来栄養食事指導料１（２回目以降）（情報通信機器）	180 点
113029910	外来栄養食事指導料２（初回）	250 点
113030010	外来栄養食事指導料２（２回目以降）	190 点

113017510	外来栄養食事指導料１（２回目以降）（対面）	200 点

◆外来栄養食事指導料１（２回目以降）（対面）【要届出】

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3684	

10 入院栄養食事指導料（週１回）

現　　行	改　　正
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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、入院中２回に限り算定する。	注１　イについては、入院中の患者であって、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に、入院中２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基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該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、入院中２回に限り算定する。	２　ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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、入院中２回に限り算定する。
（新設）	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に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。

113030170	栄養情報提供加算	50 点

11 集団栄養食事指導料

現　　行	改　　正
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。	注　別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、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栄養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。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

現　　行	改　　正
イ　着用型自動除細動器による場合　360 点 ロ　イ以外の場合　360 点	イ　着用型自動除細動器による場合　360 点 ロ　ペースメーカーの場合　300 点
（新設）	ハ　植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

注５　ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、320 点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11 月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。	込型除細動器の場合 520 点 注５　ロ又はハを算定する患者について、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、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ 260 点又は 480 点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11 月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

113030210	心臓ペースメーカー指導管理料（ペースメーカー）	300 点
113030310	心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器等）	520 点
113030470	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー）	260 点
113030570	遠隔モニタリング加算（植込型除細動器等）	480 点

◆遠隔モニタリング加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3676	

14 高度難聴指導管理料

現　　行	改　　正
（新設）	注３　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として６歳未満の乳幼児については３月に１回に限り、６歳以上の患者については６月に１回に限り 800 点を所定点数に加算する。

113030670	人工内耳機器調整加算（６歳未満）	800 点
113030770	人工内耳機器調整加算（６歳以上）	800 点

16 喘息治療管理料

現　　行	改　　正
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	注１　イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
３　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（６歳未満又は 65 歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。	３　ロについては、入院中の患者以外の喘息の患者（６歳未満又は 65 歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

現　　行	改　　正
注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする 15 歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号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しない。	注１　小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする 15 歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号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しない。

23 がん患者指導管理料

現　　行	改　　正
（新設）	ニ　医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合　300 点
（新設）	注４　ニについては、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、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号Ｄ００６－18 に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

113030810	がん患者指導管理料（医師が遺伝子検査の必要性等を文書説明）	300 点

◆がん患者指導管理料（医師が遺伝子検査の必要性等を文書説明）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3677	

24 外来緩和ケア管理料

現　　行	改　　正
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

27 糖尿病透析予防指導管理料

現　　行	改　　正
（新設）	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	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。

113030910	糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器）	100 点

◆糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

28 小児運動器疾患指導管理料

現　　行	改　　正
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する６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、療養上必要な指導を行った場合に、６月に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。	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。

◆小児運動器疾患指導管理料【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3678	

30 婦人科特定疾患治療管理料【新設】【要届出】

改　　正
婦人科特定疾患治療管理料 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器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、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。 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。

113031010	婦人科特定疾患治療管理料	250 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆婦人科特定疾患治療管理料【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3679	

31 腎代替療法指導管理料【新設】【要届出】

改　正
腎代替療法指導管理料 500 点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と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２回に限り算定する。 ２　１回の指導時間は 30 分以上でなければならないものとする。

113031110	腎代替療法指導管理料	500 点

◆腎代替療法指導管理料【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3680	

Ｂ００１－２ 小児科外来診療料（１日につき）

現　行	改　正
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（３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。	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。
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 12 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）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	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（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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

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　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80 点を所定点数に加算する。	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　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、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。

◆小児科外来診療料【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3681	
0121	

◆システム対応

小児科外来診療料のマスタは施設基準に「3681」が設定されました。

上記施設基準に設定がある場合は小児科外来診療料を自動算定します。

現行では自動算定する場合、施設基準「0121」を設定していましたのでそのままでも構いません。

なお、現行自動算定ではなく手入力を行っていた場合、改正後は施設基準を設定する必要があるため自動算定になります。

Ｂ００１－２－３ 乳幼児育児栄養指導料

現　　行	改　　正
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。	注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

Ｂ００１－２－５ 院内トリアージ実施料

現　　行	改　　正
100 点	300 点

Ｂ００１－２－６ 夜間休日救急搬送医学管理料

現　　行	改　　正
注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200 点を所定点数に加算する。 （新設） （新設）	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　救急搬送看護体制加算１　400 点 ロ　救急搬送看護体制加算２　200 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

113031270	救急搬送看護体制加算１	400 点

◆救急搬送看護体制加算１【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3682	

◆救急搬送看護体制加算２【要届出】【変更】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3683	

Ｂ００１－２－９ 地域包括診療料（月１回）

現　　行	改　　正
注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、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 16 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）、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。）並びに第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。	注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。
（新設）	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。

113031310	地域包括診療料（情報通信機器）	100 点

◆地域包括診療料（情報通信機器）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

3524	

Ｂ００１－２－１０ 認知症地域包括診療料（月１回）

現　　行	改　　正
注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、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 16 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）、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。）並びに第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、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。	注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、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。
（新設）	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。

113031410	認知症地域包括診療料（情報通信機器）	100 点

◆認知症地域包括診療料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

Ｂ００１－２－１１ 小児かかりつけ診療料（１日につき）

現　　行	改　　正
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（３歳以上の患者にあっては、３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のに対して診療を行った場	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のに対して診療を行った場

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

合に算定する。 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 12 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Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、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（Ⅱ）並びに区分番号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　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80 点を所定点数に加算する。	合に算定する。 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（Ⅰ）、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（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（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　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、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。

Ｂ００１－３ 生活習慣病管理料

現　　行	改　　正
注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	注１　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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	点を算定する。

113031510	生活習慣病管理料（情報通信機器）	100 点

◆生活習慣病管理料（情報通信機器）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

Ｂ００１－３－２ ニコチン依存症管理料

現　　行	改　　正
1 初回 230 点 2 ２回目から４回目まで 184 点 3 ５回目 180 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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、５回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。 （新設）	1　ニコチン依存症管理料１ イ　初回 230 点 ロ　２回目から４回目まで ⑴　対面で行った場合 184 点 ⑵　情報通信機器を用いた場合 155 点 ハ　５回目 180 点 2　ニコチン依存症管理料２（一連につき） 800 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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、１の場合は５回に限り、２の場合は初回時に１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。 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に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

113031610	ニコチン依存症管理料１（２回目から４回目まで）（情報通信機器）	155 点
113031710	ニコチン依存症管理料２	800 点

◆ニコチン依存症管理料１（２回目から４回目まで）（情報通信機器）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3685	

◆ニコチン依存症管理料２【要届出】

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0612	

Ｂ００１－７ リンパ浮腫指導管理料

現　　行	改　　正
注１　保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中１回に限り算定する。	注１　保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあっては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれか）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中１回に限り算定する。

Ｂ００１－９ 療養・就労両立支援指導料

現　　行	改　　正
療養・就労両立支援指導料 1,000 点	１　初回 800 点 ２　２回目以降 400 点
注１　がんと診断された患者（産業医（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をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、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、産業医に対し、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治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、６月に１回に限り算定する。	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める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 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必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。
２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500 点を所定点数に加算する。	２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。
（新設）	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。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

113031810	療養・就労両立支援指導料（初回）	800 点
113031910	療養・就労両立支援指導料（２回目以降）	400 点
113032070	相談支援加算	50 点

◆相談支援加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3686	

Ｂ００５－６－２ がん治療連携指導料

現　　行	改　　正
注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（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注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（Ⅰ）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。

Ｂ００５－７ 認知症専門診断管理料

現　　行	改　　正
注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（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注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（Ⅰ）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。

Ｂ００５－７－２ 認知症療養指導料

現　　行	改　　正
注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（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注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（Ⅰ）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。

Ｂ００５－７－３ 認知症サポート指導料

現　　行	改　　正
注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（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注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（Ⅰ）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。

Ｂ００５－９ 外来排尿自立指導料

現　　行	改　　正
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入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り６週を限度	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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

として算定する。	１回に限り、区分番号Ａ２５１に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して 12 週を限度として算定する。ただし、区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

113032810	外来排尿自立指導料	200 点

◆外来排尿自立指導料【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3687	

Ｂ００５－１１ 遠隔連携診療料【新設】

改　正
遠隔連携診療料 500 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、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回に限り算定する。

113032110	遠隔連携診療料	500 点

Ｂ００９ 診療情報提供料（Ⅰ）

現　行	改　正
（新設）	注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。
13　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100 点を所定点数に加算する。	14　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算１として、100 点を所定点数に加算する。
（新設）	15　保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算２として 100 点を所定点数に加算する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

113032270	歯科医療機関連携加算２	100 点

Ｂ０１１ 診療情報提供料（Ⅲ）【新設】

改　正
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。 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。 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する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。 ４　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

113032310	診療情報提供料（３）	150 点

Ｂ０１４ 退院時薬剤情報管理指導料

現　行	改　正
（新設）	注２　保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60 点を所定点数に加算する。

113032470	退院時薬剤情報連携加算	60 点

Ｂ０１５ 精神科退院時共同指導料【新設】

改　正
精神科退院時共同指導料 １　精神科退院時共同指導料１（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合） イ　精神科退院時共同指導料（Ⅰ）1,500 点 ロ　精神科退院時共同指導料（Ⅱ）900 点 ２　精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700 点 注１　１のイについては、精神保健福祉法第 29 条若しくは第 29 条の２に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第１項第１号若しくは第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院若しくは同法第 42 条第１項第

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

２号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が１年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、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が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。

２　１のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、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が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。

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

４　２については、精神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１を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

113032510	精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）１	1,500 点
113032610	精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）２	900 点
113032710	精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関）	700 点

◆精神科退院時共同指導料１【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3688	

◆精神科退院時共同指導料２【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3689	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第２部　在宅医療

第１節 在宅患者診療・指導料

Ｃ００２ 在宅時医学総合管理料（月１回）

現　　行	改　　正
注 12　１のイの(３)若しくはロの(３)、２のハ又は３のハの場合であって、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。ただし、連続する３月は算定できない。	注 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。

Ｃ００５ 在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注 15　別に厚生労働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看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月１回に限り 150 点を所定点数に加算する。

114047070	訪問看護・指導体制充実加算（訪問看護・訪問看護（同一））	150 点

◆訪問看護・指導体制充実加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3690	

Ｃ００５－１－２ 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

現　　行	改　　正
注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるもの	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

については、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。	週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。
（新設）	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 ⑴　同一建物内１人 450点 ⑵　同一建物内２人 450点 ⑶　同一建物内３人以上 400点 ロ　１日に３回以上の場合 ⑴　同一建物内１人 800点 ⑵　同一建物内２人 800点 ⑶　同一建物内３人以上 720点
（新設）	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 ⑴　同一建物内１人 450点 ⑵　同一建物内２人 450点 ⑶　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 ⑴　同一建物内１人 380点 ⑵　同一建物内２人 380点 ⑶　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。） ⑴　同一建物内１人 300点 ⑵　同一建物内２人 300点 ⑶　同一建物内３人以上 270点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	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。） ⑴　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 ⑵　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 ⑶　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
４　区分番号Ｃ００５の注３から注 14 まで及び注 16 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。	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。

114047170	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・イ・（１）・１人）	450 点
114047270	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・イ・（２）・２人）	450 点
114047370	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・イ・（３）・３人～）	400 点
114047470	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・ロ・（１）・１人）	800 点
114047570	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・ロ・（２）・２人）	800 点
114047670	難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・ロ・（３）・３人～）	720 点
114047770	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・イ・１人）	450 点
114047870	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・イ・２人）	450 点
114047970	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・イ・３人～）	400 点
114048070	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ロ・１人）	380 点
114048170	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ロ・２人）	380 点
114048270	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ロ・３人～）	340 点
114048370	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ハ・１人）	300 点
114048470	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ハ・２人）	300 点
114048570	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ハ・３人～）	270 点
114048670	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（１）１人）	300 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

114048770	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（１）２人）	300 点
114048870	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（１）３人～）	270 点
114048970	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（２）１人）	600 点
114049070	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（２）２人）	600 点
114049170	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（２）３人～）	540 点
114049270	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（３）１人）	1,000 点
114049370	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（３）２人）	1,000 点
114049470	複数名訪問看護・指導加算（訪問看護（同一）・ニ（３）３人～）	900 点

Ｃ００９ 在宅患者訪問栄養食事指導料

現　　行	改　　正
１　単一建物診療患者が１人の場合 530 点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 480 点 ３　１及び２以外の場合 440 点	１　在宅患者訪問栄養食事指導料１ イ　単一建物診療患者が１人の場合 530 点 ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 480 点 ハ　イ及びロ以外の場合 440 点
（新設）	２　在宅患者訪問栄養食事指導料２ イ　単一建物診療患者が１人の場合 510 点 ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 460 点 ハ　イ及びロ以外の場合 420 点
注１　在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。	注１　１については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注２において同じ。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。
（新設）	２　２については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。

114049510	在宅患者訪問栄養食事指導料２（単一建物診療患者が１人）	510 点
114049610	在宅患者訪問栄養食事指導料２（単一建物診療患者が２人～９人）	460 点
114049710	在宅患者訪問栄養食事指導料２（単一建物診療患者が１０人～）	420 点

Ｃ０１３ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

現　　行	改　　正

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき２回に限り所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）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、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき３回に限り所定点数を算定する。

第２節 在宅療養指導管理料

第１款 在宅療養指導管理料

Ｃ１０１ 在宅自己注射指導管理料

現　　行	改　　正
（新設）	注４　患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、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処方日の属する月から起算して３月を限度として、150 点を所定点数に加算する。
（新設）	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。

114049870	バイオ後続品導入初期加算	150 点
114049910	在宅自己注射指導管理料（情報通信機器）	100 点

◆在宅自己注射指導管理料（情報通信機器）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	

Ｃ１０１－３ 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

現　　行	改　　正
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150 点 注　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。	１　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１ 150 点 ２　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２ 150 点 注１　１については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

（新設）	導管理を行った場合に算定する。 ２　２については、１を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、１回に限り算定する。

114050010	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２	150点

Ｃ１０６ 在宅自己導尿指導管理料

現　行	改　正
在宅自己導尿指導管理料 1,800点 注２　第２款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。	在宅自己導尿指導管理料 1,400点 注２　カテーテルの費用は、第２款に定める所定点数により算定する。

Ｃ１１９ 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

現　行	改　正
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 800点

Ｃ１２０ 在宅中耳加圧療法指導管理料【新設】

改　正
在宅中耳加圧療法指導管理料 1,800点 注　在宅中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

第２款 在宅療養指導管理材料加算

通則

現　行	改　正
（新設）	３　６歳未満の乳幼児に対して区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はＣ１０７－２に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、３月に３回に限り1,500点を所定点数に加算する。

114050170	乳幼児呼吸管理材料加算	1,500点

Ｃ１５０ 血糖自己測定器加算

現　行	改　正
（新設） 注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者を除く。）	７　間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの　1,250点 注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者及び膵全摘後の患者を除

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。 （新設）	く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。） ２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。） 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。

114050210	血糖自己測定器加算（間歇スキャン式持続血糖測定器）	1,250 点

Ｃ１５２－２ 持続血糖測定器加算

現　行	改　正
１　２個以下の場合 1,320 点 ２　４個以下の場合 2,640 点 ３　５個以上の場合 3,300 点 （新設）	１　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 イ　２個以下の場合 1,320 点 ロ　３個又は４個の場合 2,640 点 ハ　５個以上の場合 3,300 点 ２　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合 イ　２個以下の場合 1,320 点 ロ　３個又は４個の場合 2,640 点 ハ　５個以上の場合 3,300 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、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、持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、持続血糖測定器を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。

◆間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3476	
3691	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3692	

Ｃ１６１ 注入ポンプ加算

現　　行	改　　正
注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６３ 特殊カテーテル加算

現　　行	改　　正
（新設）	１　再利用型カテーテル 400 点
１　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル	２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
イ　親水性コーティングを有するもの 960 点	イ　親水性コーティングを有するもの
	⑴　60 本以上 90 本未満の場合 1,700 点
	⑵　90 本以上 120 本未満の場合 1,900 点
	⑶　120 本以上の場合 2,100 点
ロ　イ以外のもの 600 点	ロ　イ以外のもの 1,000 点
２　間歇バルーンカテーテル 600 点	３　間歇バルーンカテーテル 1,000 点
注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

114050310	特殊カテーテル加算（再利用型カテーテル）	400 点
114050410	特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・６０本以上９０本未満）	1,700 点
114050510	特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・９０本以上１２０本未満）	1,900 点
114050610	特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・１２０本以上）	2,100 点

Ｃ１７２ 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算【新設】

改　　正
在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400 点
注　在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

114050710	在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	2,400 点

Ｃ１７３ 横隔神経電気刺激装置加算【新設】【令和元年９月】

改　　正

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

横隔神経電気刺激装置加算 600 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、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第３部　検査

Ｄ００４－２ 悪性腫瘍組織検査

現　　行	改　　正
１　悪性腫瘍遺伝子検査	１　悪性腫瘍遺伝子検査
イ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法） 2,500点	イ　処理が容易なもの (1)　医薬品の適応判定の補助等に用いるもの 2,500点 (2)　その他のもの 2,100点
ロ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外） 2,100点	ロ　処理が複雑なもの 5,000点
ハ　Ｋ－ras遺伝子検査 2,100点	（削除）
ニ　ＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査 2,100点	（削除）
ホ　ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査 2,100点	（削除）
ヘ　ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査 2,100点	（削除）
ト　c－kit遺伝子検査 2,500点	（削除）
チ　マイクロサテライト不安定性検査 2,100点	（削除）
リ　センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 2,100点	（削除）
ヌ　ＢＲＡＦ遺伝子検査 6,520点	（削除）
ル　ＲＡＳ遺伝子検査 2,500点	（削除）
ヲ　ＲＯＳ１融合遺伝子検査 2,500点	（削除）
注　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目 4,000点 ロ　３項目以上 6,000点	注１　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してイに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目 4,000点 ロ　３項目 6,000点 ハ　４項目以上 8,000点 ２　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してロに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目 8,000点 ロ　３項目以上 12,000点
２　抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点	２　抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点

◆イ　処理が容易なもの

160220610	ＥＧＦＲ遺伝子検査（肺癌）	2,500点
160220710	ＲＯＳ１融合遺伝子検査（肺癌）	2,500点
160220810	ＡＬＫ融合遺伝子検査（肺癌）	2,500点
160220910	ＲＡＳ遺伝子検査（大腸癌）	2,500点
160221010	ＢＲＡＦ遺伝子検査（大腸癌）	2,500点
160221110	ＨＥＲ２遺伝子検査（乳癌）	2,500点
160221210	マイクロサテライト不安定性検査（標準的な治療が困難な固形癌）	2,500点
160221310	Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（肺癌）	2,100点
160221410	Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（膵癌）	2,100点
160221510	ＥＷＳ－ＦＬｉ１遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）	2,100点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

160221610	ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）	2,100点
160221710	ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）	2,100点
160221810	ｃ－ｋｉｔ遺伝子検査（消化管間葉系腫瘍）	2,100点
160221910	センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査（悪性黒色腫）	2,100点
160222010	ＥＧＦＲ遺伝子検査（大腸癌）	2,100点
160222110	Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（大腸癌）	2,100点
160222210	マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助）	2,100点
160222910	ＥＧＦＲ遺伝子検査（肺癌）（その他の方法）	2,100点
160223010	ＲＡＳ遺伝子検査（大腸癌）（その他の方法）	2,100点
160223110	ＢＲＡＦ遺伝子検査（悪性黒色腫）（その他の方法）	2,100点

◆ロ　処理が複雑なもの

160222310	ＢＲＡＦ遺伝子検査（肺癌）	5,000点
160222410	ＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）（悪性黒色腫）	5,000点
160222510	ＮＴＲＫ融合遺伝子検査（固形癌）	5,000点

◆包括項目数算定（まるめ）について

［算定方法］

①入力された検査の項目数により包括点数を算定します。

イ　処理が容易なもの

２項目 4,000点

３項目 6,000点

４項目以上 8,000点

ロ　処理が複雑なもの

２項目 8,000点

３項目以上 12,000点

Ｄ００６－３ Ｍａｊｏｒ ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））

現　行	改　正
１　ｍＲＮＡ定量（国際標準値）	１　診断の補助に用いるもの 2,520点
イ　診断の補助に用いるもの 2,520点	（削除）
ロ　モニタリングに用いるもの 2,520点	（削除）
２　ｍＲＮＡ定量（１以外のもの） 1,200点	２　モニタリングに用いるもの 2,520点

Ｄ００６－４ 遺伝学的検査

160222610	遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）	3,880点
160222710	遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）	5,000点
160222810	遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）	8,000点

◆遺伝学的検査【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006施設基準情報」から施設基準を設定します。

3477	

Ｄ００６－１２ ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）

現　行	改　正
（新設）	注　同一の患者につき同一月において検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	費用は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

◆検査逓減
［算定方法］
①同一月２回目以降は減算コードを自動発生します。

Ｄ００６－１４　ＦＬＴ３遺伝子検査【新設】【平成 30 年 12 月】

改　　正
ＦＬＴ３遺伝子検査 4,200 点

Ｄ００６－１５ 膀胱がん関連遺伝子検査【新設】【平成 31 年１月】

改　　正
膀胱がん関連遺伝子検査 1,597 点

Ｄ００６－１６　ＪＡＫ２遺伝子検査【新設】【令和２年１月】

改　　正
ＪＡＫ２遺伝子検査 2,504 点

Ｄ００６－１７ Ｎｕｄｉｘ ｈｙｄｒｏｌａｓｅ 15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型【新設】【平成 31 年２月】

改　　正
Ｎｕｄｉｘ ｈｙｄｒｏｌａｓｅ 15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型 2,100 点

Ｄ００６－１８　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査【新設】【届出】

改　　正
１　腫瘍細胞を検体とするもの 20,200 点 ２　血液を検体とするもの 20,200 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

160217110	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（腫瘍細胞）	20,200 点
160217210	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（血液）	20,200 点

◆ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（腫瘍細胞）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3693	

◆ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（血液）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3745	

Ｄ００６－１９ がんゲノムプロファイリング検査【新設】【届出】【令和元年６月】

改　　正
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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

において実施した場合に限り算定する。

◆がんゲノムプロファイリング検査【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3694	

Ｄ００６－２０ 角膜ジストロフィー遺伝子検査【新設】【届出】

改　　正
角膜ジストロフィー遺伝子検査 1,200 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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１回に限り算定する。

160217310	角膜ジストロフィー遺伝子検査	1,200 点

◆角膜ジストロフィー遺伝子検査【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3695	

Ｄ００６－２１ 血液粘弾性検査（一連につき）【新設】

改　　正
血液粘弾性検査（一連につき） 600 点

160217410	血液粘弾性検査	600 点

Ｄ００９ 腫瘍マーカー

現　　行	改　　正
注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。 イ　２項目 230 点 ロ　３項目 290 点 ハ　４項目以上 420 点	注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。 イ　２項目 230 点 ロ　３項目 290 点 ハ　４項目以上 408 点

Ｄ０１０ 特殊分析

現　　行	改　　正
８　先天性代謝異常症検査 1,176 点 （新設） （新設） （新設） （新設） 注　保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者１人につき月１回に限り算定する。	８　先天性代謝異常症検査 イ　尿中有機酸分析 1,141 点 ロ　血中極長鎖脂肪酸 1,141 点 ハ　タンデムマス分析 1,141 点 ニ　その他 1,141 点 注１　イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	２　ニについては、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、当該保険医療機関内で検査を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

160217510	先天性代謝異常症検査（尿中有機酸分析）	1,141 点
160217610	先天性代謝異常症検査（血中極長鎖脂肪酸）	1,141 点
160217710	先天性代謝異常症検査（タンデムマス分析）	1,141 点
160217810	先天性代謝異常症検査（その他）	1,141 点

◆先天性代謝異常症検査【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3696	

Ｄ０１３ 肝炎ウイルス関連検査

現　　行	改　　正
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、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目 290 点 ロ　４項目 360 点 ハ　５項目以上 447 点	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、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　３項目 290 点 ロ　４項目 360 点 ハ　５項目以上 438 点

Ｄ０１９ 細菌薬剤感受性検査

現　　行	改　　正
（新設）	４　薬剤耐性菌検出 50 点
（新設）	５　抗菌薬併用効果スクリーニング 150 点

160217910	薬剤耐性菌検出	50 点
160218010	抗菌薬併用効果スクリーニング	150 点

Ｄ０２３ 微生物核酸同定・定量検査

18 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

160216850	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	1,700 点

◆ウイルス・細菌核酸多項目同時検出【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3697	

Ｄ０２６ 検体検査判断料

現　　行	改　　正
（新設）	２　遺伝子関連・染色体検査判断料 100 点
注１　検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月１回に限り算定	注１　検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月１回に限り算定

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

できるものとする。ただし、区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。	できるものとする。ただし、区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。
（新設）	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。
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Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、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。	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。
（新設）	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、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、遺伝性腫瘍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。

160218110	遺伝子関連・染色体検査判断料	100 点
160218270	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	1,000 点

◆遺伝性腫瘍カウンセリング加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3698	

Ｄ２１５ 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

現　　行	改　　正
２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）	２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）
	イ　訪問診療時に行った場合 400 点 注　訪問診療時に行った場合は、月１回に限り算定する。
	ロ　その他の場合
イ　胸腹部 530 点	(1)　胸腹部 530 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

ロ　下肢血管 450 点 ハ　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350 点	⑵　下肢血管 450 点 ⑶　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350 点

160218310	超音波検査（断層撮影法）（訪問診療）	400 点

Ｄ２３１－２ 皮下連続式グルコース測定（一連につき）

160186910	皮下連続式グルコース測定（診療所）	700 点
160213210	皮下連続式グルコース測定（病院）	700 点

◆皮下連続式グルコース測定【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3476	
3691	

Ｄ２３６－３ 脳磁図

現　行	改　正
脳磁図 5,100 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。	１　自発活動を測定するもの 17,100 点 ２　その他のもの 5,100 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、てんかんの診断を目的として行われる場合に限り算定する。 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。

160218410	脳磁図（自発活動を測定）	17,100 点

◆脳磁図（自発活動を測定）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3699	

Ｄ２３７ 終夜睡眠ポリグラフィー

現　行	改　正
３　１及び２以外の場合 3,960 点	３　１及び２以外の場合
（新設）	イ　安全精度管理下で行うもの 4,760 点
（新設）	ロ　その他のもの 3,570 点
（新設）	注　３のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

160218510	終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下）	4,760 点
160218610	終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（その他）	3,570 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3700	

Ｄ２３９ 筋電図検査

現　　行	改　　正
１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき）） 300 点	１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき）） 320 点
（新設）	４　単線維筋電図（一連につき） 1,500 点
（新設）	注３　４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

160218710	単線維筋電図	1,500 点

◆単線維筋電図【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3701	

Ｄ２５８－３ 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図【新設】【届出】

改　　正
黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 800 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。

160218810	黄斑局所網膜電図	800 点
160218910	全視野精密網膜電図	800 点

◆黄斑局所網膜電図【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3702	

◆全視野精密網膜電図【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3703	

Ｄ２６１ 屈折検査

現　　行	改　　正
（新設）	注　１について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35 点を所定点数に加算する。この場合において、

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	区分番号Ｄ２６３に掲げる矯正視力検査は算定しない。

160219070	小児矯正視力検査加算	35 点
160223170	小児矯正視力検査加算（薬剤使用前後）	70 点

Ｄ２８５ 認知機能検査その他の心理検査

現　　行	改　　正
１　操作が容易なもの 80 点	１　操作が容易なもの
（新設）	イ　簡易なもの 80 点
（新設）	ロ　その他のもの 80 点

160219110	認知機能検査その他の心理検査（操作が容易）（簡易）	80 点

Ｄ３１０ 小腸内視鏡検査

現　　行	改　　正
１　ダブルバルーン内視鏡によるもの 7,800 点	１　バルーン内視鏡によるもの 6,800 点
２　シングルバルーン内視鏡によるもの 5,000 点	（削除）

160219210	小腸内視鏡検査（バルーン内視鏡）	6,800 点

Ｄ３１２－２ 回腸嚢ファイバースコピー【新設】

改　　正
回腸嚢ファイバースコピー 550 点

160219310	ＥＦ－回腸嚢	550 点

Ｄ４１２－２ 経皮的腎生検法【新設】

改　　正
経皮的腎生検法 2,000 点

160219410	経皮的腎生検法	2,000 点

Ｄ４１５ 経気管肺生検法

現　　行	改　　正
（新設）	注３　プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500 点を所定点数に加算する。ただし、注１に規定するガイドシース加算は別に算定できない。

160219570	顕微内視鏡加算	1,500 点

◆顕微内視鏡加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3063	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｄ４１５－４ 経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）【新設】

改　正
経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合） 5,000 点

160219610	経気管肺生検法（仮想気管支鏡）	5,000 点

Ｄ４１５－５ 経気管支凍結生検法【新設】【届出】

改　正
経気管支凍結生検法 5,500 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。

160219710	経気管支凍結生検法	5,500 点

◆経気管支凍結生検法【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3704	

Ｄ４１９ その他の検体採取

現　行	改　正
２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。） 180 点 （新設）	２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。） 180 点 注　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、40 点を所定点数に加算する。
３　動脈血採取（１日につき） 50 点 注　血液回路から採血した場合は算定しない。 （新設）	３　動脈血採取（１日につき） 50 点 注１　血液回路から採血した場合は算定しない。 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　前房水採取 420 点 （新設）	４　前房水採取 420 点 注　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、90 点を所定点数に加算する。
５　副腎静脈サンプリング（一連につき） 4,800 点 （新設）	５　副腎静脈サンプリング（一連につき） 4,800 点 注３　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、1,000 点を所定点数に加算する。

160219870	乳幼児加算（胸水・腹水採取）	40 点
160219970	乳幼児加算（腹水採取）	40 点
160220070	乳幼児加算（Ｂ－Ａ）	15 点
160220170	乳幼児加算（前房水採取）	90 点
160220270	乳幼児加算（副腎静脈サンプリング）	1,000 点

◆乳幼児加算

［算定方法］

①年齢により加算コードを自動発生します。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第４部　画像診断

診療行為マスターの仕様変更
「画像診断管理加算１及び画像診断管理加算２の請求の際に用いるコードが複数存在する状態にあるため、令和２年４月１日より下記のとおり一部コードを廃止します。」
◆画像診断管理加算に係るコードの整備

廃止予定コード		代替コード	
170020270	画像診断管理加算１	170025210	画像診断管理加算１（写真診断）
		170025310	画像診断管理加算１（基本的エックス線診断）
		170025410	画像診断管理加算１（核医学診断）
		170025510	画像診断管理加算１（コンピューター断層診断）
170024470	画像診断管理加算２	170025610	画像診断管理加算２（核医学診断）
		170025710	画像診断管理加算２（コンピューター断層診断）
170024910	遠隔画像診断管理加算１	170025810	遠隔画像診断管理加算１（写真診断）
		170025910	遠隔画像診断管理加算１（基本的エックス線診断）
		170026010	遠隔画像診断管理加算１（核医学診断）
		170026110	遠隔画像診断管理加算１（コンピューター断層診断）
170025010	遠隔画像診断管理加算２	170026210	遠隔画像診断管理加算２（核医学診断）
		170026310	遠隔画像診断管理加算２（コンピューター断層診断）

第２節 核医学診断料
Ｅ１０１－２ ポジトロン断層撮影

現　　行	改　　正
（新設）	注４　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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600 点、1,000 点又は 600 点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280 点、800 点又は 480 点を所定点数に加算する。

◆乳幼児加算

170037070	新生児加算（ポジトロン断層等）	1,600 点
170037170	乳幼児加算（ポジトロン断層等）	1,000 点
170037270	幼児加算（ポジトロン断層等）	600 点
170037370	新生児加算（ポジトロン断層等）（施設基準不適合）	1,280 点
170037470	乳幼児加算（ポジトロン断層等）（施設基準不適合）	800 点
170037570	幼児加算（ポジトロン断層等）（施設基準不適合）	480 点

診療行為マスターの仕様変更
◆施設基準不適合減算（画像）（１００分の８０）を廃止された。

170025170	施設基準不適合減算（画像）（１００分の８０）	20%減算

このために減算された点数を設定されたコードが作成された。

170038030	ポジトロン断層撮影（１５Ｏ標識ガス剤使用）施設基準不適合	5,600 点
170038130	ポジトロン断層撮影（１８ＦＤＧ使用）施設基準不適合	6,000 点
170038230	ポジトロン断層撮影（１３Ｎ標識アンモニア剤使用）施設基準不適合	7,200 点

◆システム対応

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

施設基準不適合に該当する場合は、新設コードを入力します。
現行のコードを入力した場合（例として「170020610 ポジトロン断層撮影（１５０標識ガス剤使用)」）は、入力時に施設基準不適合の逓減対象施設基準コードの設定がシステム管理に設定されていない場合、「施設基準ではありません。算定できません。」とエラーとします。
このエラーの場合、「170038030　ポジトロン断層撮影（１５０標識ガス剤使用）施設基準不適合」に入力コードを変更して算定します。

Ｅ１０１－３ ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注４　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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

乳幼児加算のコードは、Ｅ１０１－２ ポジトロン断層撮影を参照してください。

減算された点数を設定されたコードが作成された。

170038330	ポジトロン・ＣＴ複合撮影（１５０標識ガス剤使用）施設基準不適合	6,100点
170038430	ポジトロン・ＣＴ複合撮影（１８ＦＤＧ使用）施設基準不適合	6,900点

Ｅ１０１－４ ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注４　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断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

乳幼児加算のコードは、Ｅ１０１－２ ポジトロン断層撮影を参照してください。

減算された点数を設定されたコードが作成された。

170038530	ポジトロン・ＭＲＩ複合撮影（１８ＦＤＧ使用）施設基準不適合	7,328点

Ｅ１０１－５ 乳房用ポジトロン断層撮影

減算された点数を設定されたコードが作成された。

170038630	乳房用ポジトロン断層撮影（施設基準不適合）	3,200点

第３節 コンピューター断層撮影診断料

通則

現　　行	改　　正
１　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮	１　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

影)、区分番号Ｅ２０１に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ２０３に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 ４　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区分番号Ｅ２００から区分番号Ｅ２０２までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 50 又は 100 分の 30 に相当する点数を加算する。	影)、区分番号Ｅ２００－２に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、区分番号Ｅ２０１に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ２０３に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 ４　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区分番号Ｅ２００、区分番号Ｅ２０１又は区分番号Ｅ２０２に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）にあっては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として､それぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 50 又は 100 分の 30 に相当する点数を、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合にあっては、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の 100 分の 85、100 分の 55 又は 100 分の 35 に相当する点数を加算する。

170039870	新生児加算（画像診断・エックス線診断以外）	80%加算
170039970	乳幼児加算（画像診断・エックス線診断以外）	50%加算
170040070	幼児加算（画像診断・エックス線診断以外）	30%加算

170037670	新生児頭部外傷撮影加算	85%加算
170037770	乳幼児頭部外傷撮影加算	55%加算
170037870	幼児頭部外傷撮影加算	35%加算

Ｅ２００ コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）

◆頭部外傷撮影加算を含めたコード

170038710	ＣＴ撮影（６４列以上マルチスライス型機器）共同利用施設・頭部外傷	1,020 点
170038810	ＣＴ撮影（６４列以上マルチスライス型機器）（その他）頭部外傷	1,000 点
170038910	ＣＴ撮影（１６列以上６４列未満マルチスライス型機器）頭部外傷	900 点
170039010	ＣＴ撮影（４列以上１６列未満マルチスライス型機器）頭部外傷	750 点
170039110	ＣＴ撮影（イ、ロ又はハ以外）頭部外傷	560 点
170039210	脳槽ＣＴ撮影（造影含む）頭部外傷	2,300 点

Ｅ２００－２ 血流予備量比コンピューター断層撮影【新設】【平成 30 年 12 月】

改　正
血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400 点 注１　血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。 ２　別に厚生労働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。

170036950	血流予備量比コンピューター断層撮影	9,400 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆血流予備量比コンピューター断層撮影【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3705	

Ｅ２０１ 非放射性キセノン脳血流動態検査

◆頭部外傷撮影加算を含めたコード

170039310	非放射性キセノン脳血流動態検査・頭部外傷	2,000 点

Ｅ２０２ 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注９　ＭＲＩ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、全身のＭＲＩ撮影を行った場合は、全身ＭＲＩ撮影加算として、600 点を所定点数に加算する。

170037970	全身ＭＲＩ撮影加算	600 点

◆全身ＭＲＩ撮影加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3706	

◆頭部外傷撮影加算を含めたコード

170039410	ＭＲＩ撮影（３テスラ以上の機器）共同利用施設・頭部外傷	1,620 点
170039510	ＭＲＩ撮影（３テスラ以上の機器）（その他）頭部外傷	1,600 点
170039610	ＭＲＩ撮影（１．５テスラ以上３テスラ未満の機器）頭部外傷	1,330 点
170039710	ＭＲＩ撮影（１又は２以外）頭部外傷	900 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第５部　投薬

Ｆ０００ 調剤料

現　　行	改　　正
１　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　９点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　６点 ２　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　７点	１　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　11点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　８点 ２　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　７点

Ｆ１００ 処方料

◆点数マスタの分割

120002610	処方料（７種類以上内服薬又は向精神薬長期処方）	29点

↓

名称変更

120002610	処方料（７種類以上内服薬）	29点

新設

120004410	処方料（向精神薬長期処方）	29点

◆システム対応

予約コード「099200301 向精神薬長期処方減算」が入力された場合

向精神薬多剤投与、内服薬７種類以上の逓減に当たらない場合に、向精神薬長期処方減算対象の薬剤の入力があれば「処方料（向精神薬長期処方）」又は「処方箋料（向精神薬長期処方）」を自動算定します。

「処方料（向精神薬長期処方）」又は「処方箋料（向精神薬長期処方）」を手入力した場合

向精神薬長期処方減算対象の対象薬剤の入力がない場合は警告メッセージを表示します。

Ｆ４００ 処方箋料

現　　行	改　　正
注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　６点 ロ　一般名処方加算２　４点	注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　７点 ロ　一般名処方加算２　５点

◆点数マスタの分割

120002710	処方箋料（７種類以上内服薬又は向精神薬長期処方）	40点

↓

名称変更

120002710	処方箋料（７種類以上内服薬）	40点

新設

120004610	処方箋料（向精神薬長期処方）	40点

◆システム対応

Ｆ１００処方料のシステム対応を参照してください。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｆ５００ 調剤技術基本料

現　　行	改　　正
２　その他の患者に投薬を行った場合　８点	２　その他の患者に投薬を行った場合　14 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第６部　注射

通則

現　　行	改　　正
（新設）	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⑴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。

130013570	連携充実加算	150 点

◆連携充実加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3684	

Ｇ００４ 点滴注射（１日につき）

現　　行	改　　正
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）　98 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）97 点	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

Ｇ０１８ 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）【新設】

改　　正
外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）　1,500 点

130013610	外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第７部　リハビリテーション

Ｈ００１ 脳血管疾患等リハビリテーション料

現　　行	改　　正
注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　147点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　120点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　60点	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。 （廃止） （廃止） （廃止）
５　注４の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　147点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　120点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　60点

Ｈ００１－２ 廃用症候群リハビリテーション料

現　　行	改　　正
注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　108点 ロ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　88点 ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

位）　46点 ５　注４の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　108点 ロ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　88点 ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　46点

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

現　　行	改　　正
注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　111点 ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　102点 ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　51点	注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。
５　注４の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　111点 ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　102点 ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　51点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｈ００３－２ リハビリテーション総合計画評価料

現　　行	改　　正
（新設）	注５　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っ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、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月１回に限り 150 点を所定点数に加算する。

180065070	運動量増加機器加算	150 点

◆運動量増加機器加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0732	
0733	

Ｈ００４ 摂食機能療法（１日につき）

現　　行	改　　正
注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して６月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　経口摂取回復促進加算１　185 点 ロ　経口摂取回復促進加算２　20 点	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。 （廃止） （廃止）

180065170	摂食嚥下支援加算	200 点

◆摂食嚥下支援加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3707	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第８部　精神科専門療法

Ｉ０００－２ 経頭蓋磁気刺激療法【新設】

改　　正
Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法 1,200点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。

◆名称変更

180058650	経頭蓋磁気刺激療法	1,200点

◆経頭蓋磁気刺激療法【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006施設基準情報」から施設基準を設定します。

3746	

Ｉ００２ 通院・在宅精神療法（１回につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注８　１を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、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250点を所定点数に加算する。

180058670	療養生活環境整備指導加算	250点

◆療養生活環境整備指導加算【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	
3708	

※両方の設定が必要です。

Ｉ００６－２ 依存症集団療法（１回につき）

現　　行	改　　正
依存症集団療法（１回につき）　340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、薬物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	１　薬物依存症の場合　340点 ２　ギャンブル依存症の場合　300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、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対し

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

に、治療開始日から起算して６月を限度として、週１回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して６月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計 24 回に限り算定できる。	て、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して６月を限度として、週１回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して６月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計 24 回に限り算定できる。
（新設）	２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブ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、治療開始日から起算して３月を限度として、２週間に１回に限り算定する。

180058710	依存症集団療法（ギャンブル依存症）	300 点

◆依存症集団療法（ギャンブル依存症）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3709	

Ｉ０１２ 精神科訪問看護・指導料

現　　行	改　　正
１　精神科訪問看護・指導料（Ｉ）	１　精神科訪問看護・指導料（Ｉ）
イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	イ　保健師又は看護師による場合
（略）	（略）
ロ　准看護師による場合	ロ　准看護師による場合
（略）	（略）
（新設）	ハ　作業療法士による場合
	⑴　週３日目まで 30 分以上の場合 580 点
	⑵　週３日目まで 30 分未満の場合 445 点
	⑶　週４日目以降 30 分以上の場合 680 点
	⑷　週４日目以降 30 分未満の場合 530 点
（新設）	ニ　精神保健福祉士による場合
	⑴　週３日目まで 30 分以上の場合 580 点
	⑵　週３日目まで 30 分未満の場合 445 点
	⑶　週４日目以降 30 分以上の場合 680 点
	⑷　週４日目以降 30 分未満の場合 530 点
３　精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）	３　精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）
イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	イ　保健師又は看護師による場合
（略）	（略）
ロ　准看護師による場合	ロ　准看護師による場合
（略）	（略）
（新設）	ハ　作業療法士による場合
	⑴　同一日に２人
	①　週３日目まで 30 分以上の場合 580 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	②　週３日目まで 30 分未満の場合 445 点 ③　週４日目以降 30 分以上の場合 680 点 ④　週４日目以降 30 分未満の場合 530 点 ⑵　同一日に３人以上 ①　週３日目まで 30 分以上の場合 293 点 ②　週３日目まで 30 分未満の場合 225 点 ③　週４日目以降 30 分以上の場合 343 点 ④　週４日目以降 30 分未満の場合 268 点
（新設）	ニ　精神保健福祉士による場合 ⑴　同一日に２人 ①　週３日目まで 30 分以上の場合 580 点 ②　週３日目まで 30 分未満の場合 445 点 ③　週４日目以降 30 分以上の場合 680 点 ④　週４日目以降 30 分未満の場合 530 点 ⑵　同一日に３人以上 ①　週３日目まで 30 分以上の場合 293 点 ②　週３日目まで 30 分未満の場合 225 点 ③　週４日目以降 30 分以上の場合 343 点 ④　週４日目以降 30 分未満の場合 268 点
注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、ハの場合にあっては週１日を限度とする。	注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、ハの場合にあっては週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	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
⑴　１日に１回の場合 450 点	⑴　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
⑵　１日に２回の場合 900 点	⑵　１日に２回の場合 ①　同一建物内１人 900 点 ②　同一建物内２人 900 点 ③　同一建物内３人以上 810 点
⑶　１日に３回以上の場合 1,450 点	⑶　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	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
⑴　１日に１回の場合 380 点	⑴　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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

⑵　１日に２回の場合　760点	⑵　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
⑶　１日に３回以上の場合　1,240点	⑶　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　300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 ⑴　同一建物内１人　300点 ⑵　同一建物内２人　300点 ⑶　同一建物内３人以上　270点
10　区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）又は２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、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。	10　区分番号Ｉ０１６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 ⑴　同一建物内１人　450点 ⑵　同一建物内２人　450点 ⑶　同一建物内３人以上　400点 ロ　１日に３回以上の場合 ⑴　同一建物内１人　800点 ⑵　同一建物内２人　800点 ⑶　同一建物内３人以上　720点

180058810	精訪看（１）（作業療法士・週３日目まで３０分以上）	580点
180058910	精訪看（１）（作業療法士・週３日目まで３０分未満）	445点
180059010	精訪看（１）（作業療法士・週４日目以降３０分以上）	680点
180059110	精訪看（１）（作業療法士・週４日目以降３０分未満）	530点
180059210	精訪看（１）（精神保健福祉士・週３日目まで３０分以上）	580点
180059310	精訪看（１）（精神保健福祉士・週３日目まで３０分未満）	445点
180059410	精訪看（１）（精神保健福祉士・週４日目以降３０分以上）	680点
180059510	精訪看（１）（精神保健福祉士・週４日目以降３０分未満）	530点
180059610	精訪看（３）（作業療法士・日２人・週３日目まで３０分以上）	580点
180059710	精訪看（３）（作業療法士・日２人・週３日目まで３０分未満）	445点
180059810	精訪看（３）（作業療法士・日２人・週４日目以降３０分以上）	680点
180059910	精訪看（３）（作業療法士・日２人・週４日目以降３０分未満）	530点
180060010	精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週３日目まで３０分以上）	293点
180060110	精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週３日目まで３０分未満）	225点
180060210	精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週４日目以降３０分以上）	343点
180060310	精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週４日目以降３０分未満）	268点
180060410	精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週３日目まで３０分以上）	580点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

180060510	精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週３日目まで３０分未満）	445点
180060610	精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週４日目以降３０分以上）	680点
180060710	精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週４日目以降３０分未満）	530点
180060810	精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週３日目まで３０分以上）	293点
180060910	精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週３日目まで３０分未満）	225点
180061010	精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週４日目以降３０分以上）	343点
180061110	精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週４日目以降３０分未満）	268点
180061270	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日１回・同一建物内１人）	450点
180061370	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日１回・同一建物内２人）	450点
180061470	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日１回・同一建物内３人～）	400点
180061570	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日２回・同一建物内１人）	900点
180061670	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日２回・同一建物内２人）	900点
180061770	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日２回・同一建物内３人～）	810点
180061870	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日３回～・同一建物内１人）	1,450点
180061970	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日３回～・同一建物内２人）	1,450点
180062070	複数名精神科訪問看護・指導加算（イ・日３回～・同一建物内３人～）	1,300点
180062170	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日１回・同一建物内１人）	380点
180062270	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日１回・同一建物内２人）	380点
180062370	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日１回・同一建物内３人～）	340点
180062470	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日２回・同一建物内１人）	760点
180062570	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日２回・同一建物内２人）	760点
180062670	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日２回・同一建物内３人～）	680点
180062770	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日３回～・同一建物内１人）	1,240点
180062870	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日３回～・同一建物内２人）	1,240点
180062970	複数名精神科訪問看護・指導加算（ロ・日３回～・同一建物内３人～）	1,120点
180063070	複数名精神科訪問看護・指導加算（ハ・同一建物内１人）	300点
180063170	複数名精神科訪問看護・指導加算（ハ・同一建物内２人）	300点
180063270	複数名精神科訪問看護・指導加算（ハ・同一建物内３人～）	270点
180063370	精神科複数回訪問加算（日２回・同一建物内１人）	450点
180063470	精神科複数回訪問加算（日２回・同一建物内２人）	450点
180063570	精神科複数回訪問加算（日２回・同一建物内３人～）	400点
180063670	精神科複数回訪問加算（日３回～・同一建物内１人）	800点
180063770	精神科複数回訪問加算（日３回～・同一建物内２人）	800点
180063870	精神科複数回訪問加算（日３回～・同一建物内３人～）	720点

Ｉ０１３ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

現　　行	改　　正
１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点	１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 イ　入院中の患者　250点 ロ　入院中の患者以外　250点
注１　１については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。	注１　１のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。
（新設）	２　１のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

180063910	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料（入院中の患者）	250点

Ｉ０１６ 精神科在宅患者支援管理料（月１回）

現　　行	改　　正
（新設）	３　精神科在宅患者支援管理料３ イ　単一建物診療患者１人 2,030点 ロ　単一建物診療患者２人以上 1,248点
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る。）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。ただし、イについては、６月を限度として算定する。	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。
（新設）	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。
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、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、当該患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、イについては、６月を限度として算定する。	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。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

（新設）	４　３については、１又は２を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、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、月１回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料１又は２の初回算定日の属する月を含めて２年を限度として、月１回に限り算定する。ただし、１又は２を算定した月には、３を算定することはできない。
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、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。ただし、連続する３月は算定できない。	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、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。

180064010	精神科在宅患者支援管理料３（単一建物１人）	2,030 点
180064110	精神科在宅患者支援管理料３（単一建物２人以上）	1,248 点

◆精神科在宅患者支援管理料３【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3361	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第９部　処置

Ｊ００１－１０ 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）【新設】【要届出】

改　　正
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの） 200 点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２　初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り 150 点を所定点数に加算する。

140059610	静脈圧迫処置（慢性静脈不全）	200 点
140059770	静脈圧迫処置初回加算	150 点

◆静脈圧迫処置（慢性静脈不全）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3710	

Ｊ００３ 局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

現　　行	改　　正
（新設）	注２　初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500 点を所定点数に加算する。

140059870	持続洗浄加算	500 点

Ｊ００３－３ 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）【新設】

改　　正
局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき） 1,100 点

140059910	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）	1,100 点

Ｊ００３－４ 多血小板血漿処置【新設】【要届出】

改　　正
多血小板血漿処置 4,190 点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２　多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

140060010	多血小板血漿処置	4,190 点

◆多血小板血漿処置【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3711	

Ｊ００７ 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

現　　行	改　　正
264 点	317 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｊ０３２ 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

現　　行	改　　正
（新設）	注　３歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して３月以内に限り、100点を所定点数に加算する。

140060170	周術期乳幼児加算	100点

Ｊ０３４ イレウス用ロングチューブ挿入法

現　　行	改　　正
610点	730点

Ｊ０３８ 人工腎臓（１日につき）

現　　行	改　　正
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合 1,980点	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 2,140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 2,275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	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合 1,940点	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 2,100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 2,230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	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合 1,900点	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 2,055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
ハ　５時間以上の場合 2,185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。） 2,129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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、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　導入期加算１　300 点 ロ　導入期加算２　400 点	へ　５時間以上の場合（ハを除く。）　2,003 点 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、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　導入期加算１　200 点 ロ　導入期加算２　500 点

140060210	人工腎臓（慢性維持透析１）（４時間未満）（イを除く）	1,798 点
140060310	人工腎臓（慢性維持透析１）（４時間以上５時間未満）（ロを除く）	1,958 点
140060410	人工腎臓（慢性維持透析１）（５時間以上）（ハを除く）	2,093 点
140060510	人工腎臓（慢性維持透析２）（４時間未満）（イを除く）	1,758 点
140060610	人工腎臓（慢性維持透析２）（４時間以上５時間未満）（ロを除く）	1,918 点
140060710	人工腎臓（慢性維持透析２）（５時間以上）（ハを除く）	2,048 点
140060810	人工腎臓（慢性維持透析３）（４時間未満）（イを除く）	1,718 点
140060910	人工腎臓（慢性維持透析３）（４時間以上５時間未満）（ロを除く）	1,873 点
140061010	人工腎臓（慢性維持透析３）（５時間以上）（ハを除く）	2,003 点

◆人工腎臓（慢性維持透析２）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3599	人工腎臓（慢性維持透析１）

◆人工腎臓（慢性維持透析２）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3600	人工腎臓（慢性維持透析２）

Ｊ０４１ 吸着式血液浄化法

現　　行	改　　正

140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）	2,000 点
140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）	2,000 点

Ｊ０４３－３ ストーマ処置（１日につき）

現　　行	改　　正
２　ストーマを２個以上もつ患者に対して行った場合　100 点	２　ストーマを２個以上もつ患者に対して行った場合　120 点

Ｊ０４３－７ 経会陰的放射線治療用材料局所注入【新設】

改　　正
経会陰的放射線治療用材料局所注入　1,400 点

140061110	経会陰的放射線治療用材料局所注入	1,400 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｊ０４４－２ 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）

現　　行	改　　正
体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき） 400 点	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき） 480 点

Ｊ０４７－３ 心不全に対する遠赤外線温熱療法（１日につき）【新設】【要届出】

改　　正
心不全に対する遠赤外線温熱療法（１日につき） 115 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限り算定する。 ２　入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して 30 日を限度として、週５回に限り所定点数を算定する。

140061210	心不全に対する遠赤外線温熱療法	115 点

◆心不全に対する遠赤外線温熱療法【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3712	

Ｊ０５０ 気管内洗浄（１日につき）

現　　行	改　　正
気管内洗浄（１日につき） 280 点	気管内洗浄（１日につき） 340 点

Ｊ０５１ 胃洗浄

現　　行	改　　正
胃洗浄 250 点	胃洗浄 300 点

Ｊ０７２ 腟洗浄（熱性洗浄を含む。）

現　　行	改　　正
腟洗浄（熱性洗浄を含む。） 47 点	腟洗浄（熱性洗浄を含む。） 56 点

Ｊ０７３ 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）

現　　行	改　　正
子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 47 点	子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 56 点

Ｊ０９２ 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）

現　　行	改　　正
涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 45 点	涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 54 点

Ｊ０９６ 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）

現　　行	改　　正
耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。） １　カテーテルによる耳管通気法（片側） 30 点 ２　ポリッツェル球による耳管通気法 20 点	耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。） １　カテーテルによる耳管通気法（片側） 36 点 ２　ポリッツェル球による耳管通気法 24 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｊ０９７ 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）

現　　行	改　　正
鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 12 点 注２　区分番号Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても 12 点とする。	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２　区分番号Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても 14 点とする。

Ｊ０９８ 口腔、咽頭処置

現　　行	改　　正
口腔、咽頭処置 12 点 注２　区分番号Ｊ０９７に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても 12 点とする。	口腔、咽頭処置 14 点 注２　区分番号Ｊ０９７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。

Ｊ０９９ 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）

現　　行	改　　正
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 27 点	間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 32 点

Ｊ１１６ 関節穿刺（片側）

現　　行	改　　正
関節穿刺（片側） 100 点	関節穿刺（片側） 120 点

Ｊ１１８－４ 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

140061850	初回実施による装着条件の設定（歩行運動処置）	700 点

◆初回実施による装着条件の設定（歩行運動処置）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3497	

Ｊ１２９ 義肢採型法

現　　行	改　　正
治療装具の採型ギプス １　義肢装具採型法（１肢につき） 200 点 ２　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき） 700 点 ３　体幹硬性装具採型法 700 点 ４　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき） 1,050 点	義肢採型法 １　四肢切断の場合（１肢につき） 700 点 ２　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき） 1,050 点

Ｊ１２９－２ 練習用仮義足又は仮義手採型法

現　　行	改　　正
１　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき） 700 点 ２　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき） 1,050 点	１　四肢切断の場合（１肢につき） 700 点 ２　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき） 1,050 点

Ｊ１２９－３ 治療用装具採寸法（１肢につき）

現　　行	改　　正

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

義肢装具採寸法（１肢につき）　200 点	治療用装具採寸法（１肢につき）　200 点

Ｊ１２９－４　治療用装具採型法

現　　行	改　　正
治療装具採型法（１肢につき）　700 点	治療用装具採型法
（新設）	１　体幹装具　700 点
（新設）	２　四肢装具（１肢につき）　700 点
（新設）	３　その他（１肢につき）　200 点

140061310	治療用装具採型法（体幹装具）	700 点
140061410	治療用装具採型法（四肢装具）	700 点
140061510	治療用装具採型法（その他）	200 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第１０部　手術

通則

現　　行	改　　正
４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０５９の３のイ、Ｋ０５９の４、Ｋ１３３－２、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６、Ｋ１９０－７、Ｋ２５４の１、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の５、Ｋ２６８の６、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、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、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、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５６－２、Ｋ６６４－３、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、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（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　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５９の３のイ、Ｋ０５９の４、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６、Ｋ１９０－７、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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

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。）、Ｋ９１０－２及びＫ９１０－３に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。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。	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、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。
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、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７７９－３、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、	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、Ｋ

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

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４に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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。	７８０、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。
６　区分番号Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３５、Ｋ５８３、Ｋ５８６の３、Ｋ５８７、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５、Ｋ７５１の３及び４、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６並びにＫ７７３に掲げる手術（１歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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。	６　区分番号Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３５、Ｋ５７０－４、Ｋ５８３、Ｋ５８６の３、Ｋ５８７、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５、Ｋ７５１の３及び４、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６並びにＫ７７３に掲げる手術（１歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準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。
７　区分番号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、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５７２まで、Ｋ５７３の２、Ｋ５７４からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、Ｋ７２６－２、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７５、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。	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

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	100 分の 400 又は 100 分の 300 に相当する点数を加算する。
９　区分番号Ｋ２９３、Ｋ２９４、Ｋ３１４、Ｋ３４３、Ｋ３７４、Ｋ３７６、Ｋ３９４、Ｋ４１０、Ｋ４１２、Ｋ４１５、Ｋ４２２、Ｋ４２４、Ｋ４２５、Ｋ４３９、Ｋ４４２の２及び３、Ｋ４５５、Ｋ４５８、Ｋ４６３並びにＫ４６３－２に掲げる手術については、区分番号Ｋ４６９に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4,000 点を、両側の場合は 6,000 点を加算する。	９　区分番号Ｋ２９３、Ｋ２９４、Ｋ３１４、Ｋ３４３、Ｋ３７４、Ｋ３７４－２、Ｋ３７６、Ｋ３９４、Ｋ３９４－２、Ｋ４１０、Ｋ４１２、Ｋ４１５、Ｋ４２２、Ｋ４２４、Ｋ４２５、Ｋ４３９、Ｋ４４２の２及び３、Ｋ４５５、Ｋ４５８、Ｋ４６３の１及び３並びにＫ４６３－２に掲げる手術については、区分番号Ｋ４６９に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4,000 点を、両側の場合は 6,000 点を加算する。
18　Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の３、Ｋ５２９－２、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７－２、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３－２、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。	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。
（新設）	19　区分番号Ｋ４７５及びＫ８８８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遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行った場合においても算定できる。

Ｋ００７－３ 放射線治療用合成吸収性材料留置術【新設】

改　　正
放射線治療用合成吸収性材料留置術 14,290 点

Ｋ０３１ 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

現　　行	改　　正
（新設）	注　自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000 点を所定点数に加算する。

150411370	処理骨再建加算（四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術）	15,000 点

◆処理骨再建加算（四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3715	

Ｋ０３７ 腱縫合術

現　　行	改　　正
（新設）	注　前腕から手根部の２指以上の腱縫合を実施した場合は、複数縫合加算として１指を追加するごとに

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は１側当たり３指を超えないものとする。

Ｋ０５３ 骨悪性腫瘍手術

現　　行	改　　正
（新設）	注　自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000 点を所定点数に加算する。

150411470	処理骨再建加算（骨悪性腫瘍手術）	15,000 点

◆処理骨再建加算（骨悪性腫瘍手術）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3715	

Ｋ０７９－２ 関節鏡下靭帯断裂形成手術

現　　行	改　　正
（新設）	注　１について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的両靭帯形成加算として、5,000 点を所定点数に加算する。

150411570	一期的両靭帯形成加算	5,000 点

Ｋ０８２－５ 一時的創外固定骨折治療術【新設】

改　　正
人工距骨全置換術 27,210 点

150411610	人工距骨全置換術	27,210 点

Ｋ０８２－６ 人工股関節摺動面交換術【新設】

改　　正
人工股関節摺動面交換術 25,000 点

150411710	人工股関節摺動面交換術	25,000 点

Ｋ１３４－３ 人工椎間板置換術（頸椎）【新設】【平成 30 年 4 月】

改　　正
人工椎間板置換術（頸椎） 36,780 点 注　２の椎間板の置換を行う場合には、２椎間板加算として、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

Ｋ１３４－４ 椎間板内酵素注入療法【新設】

改　　正
椎間板内酵素注入療法 5,350 点

150411810	椎間板内酵素注入療法	5,350 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆椎間板内酵素注入療法【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3716	

Ｋ１４７－２ 頭蓋内モニタリング装置挿入術【新設】

改　　正
頭蓋内モニタリング装置挿入術 6,310 点

150411910	頭蓋内モニタリング装置挿入術	6,310 点

Ｋ１５４－４ 集束超音波による機能的定位脳手術【新設】

改　　正
集束超音波による機能的定位脳手術 105,000 点

180058750	集束超音波による機能的定位脳手術	105,000 点

Ｋ１７２ 脳動静脈奇形摘出術

現　　行	改　　正
脳動静脈奇形摘出術 149,830 点	脳動静脈奇形摘出術
（新設）	１ 単純なもの 141,830 点
（新設）	２ 複雑なもの 179,830 点

150412010	脳動静脈奇形摘出術（単純）	141,830 点
150412110	脳動静脈奇形摘出術（複雑）	179,830 点

Ｋ１８１－６ 【新設】【届出】

改　　正
頭蓋内電極植込術
１　硬膜下電極によるもの 65,100 点
２　脳深部電極によるもの
イ　７本未満の電極による場合 71,350 点
ロ　７本以上の電極による場合 96,850 点

150412210	頭蓋内電極植込術（硬膜下電極）	65,100 点
150412310	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本未満の電極）	71,350 点
150412410	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本以上の電極）	96,850 点

◆頭蓋内電極植込術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3717	

Ｋ２５９ 角膜移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　内皮移植による角膜移植を実施した場合は、内皮移植加算として、8,000 点を所定点数に加算する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

150412570	内皮移植加算	8,000 点

◆内皮移植加算【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3718	

Ｋ２８２ 水晶体再建術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　１のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ１回に限り、高次収差解析加算として、150 点を所定点数に加算する。

150412670	高次収差解析加算（水晶体再建術（眼内レンズ・縫着レンズ挿入））	150 点

Ｋ３７４－２ 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）【新設】【届出】

改　　正
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。） 38,740 点

150412710	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）	38,740 点

◆鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3719	

Ｋ３８６－２ 輪状甲状靱帯切開術【新設】

改　　正
輪状甲状靱帯切開術 1,970 点

150412810	輪状甲状靱帯切開術	1,970 点

Ｋ３９４－２ 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術【新設】【届出】

改　　正
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術 １　切除 42,200 点 ２　全摘 67,200 点

150412910	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）	42,200 点
150413010	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（全摘）	67,200 点

◆鏡視下喉頭悪性腫瘍手術【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3720	

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｋ４３９ 下顎骨悪性腫瘍手術

現　　行	改　　正
（新設）	２　切断（おとがい部を含むもの）　79,270 点

150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）	79,270 点

Ｋ４４５－２ 顎関節人工関節全置換術【新設】【届出】

改　　正
顎関節人工関節全置換術 59,260 点

150413210	顎関節人工関節全置換術	59,260 点

◆顎関節人工関節全置換術【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3721	

Ｋ４４６ 顎関節授動術

現　　行	改　　正
１　徒手的授動術	１　徒手的授動術
（新設）	イ　単独の場合 440 点
イ　パンピングを併用した場合 990 点	ロ　パンピングを併用した場合 990 点
ロ　関節腔洗浄療法を併用した場合 2,400 点	ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合 2,400 点

150413310	顎関節授動術（徒手的授動術）（単独）	440 点

Ｋ４６３ 甲状腺悪性腫瘍手術

現　　行	改　　正
１　切除 24,180 点	１　切除（頸部外側区域郭清を伴わないもの）24,180 点
（新設）	２　切除（頸部外側区域郭清を伴うもの）　26,180 点
２　全摘及び亜全摘 33,790 点	３　全摘及び亜全摘（頸部外側区域郭清を伴わないもの）　33,790 点
（新設）	４　全摘及び亜全摘（片側頸部外側区域郭清を伴うもの）　35,790 点
（新設）	５　全摘及び亜全摘（両側頸部外側区域郭清を伴うもの）　36,790 点

150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）	26,180 点
150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）	35,790 点
150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）	36,790 点

Ｋ４７５ 乳房切除術

150413710	乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	6,040 点

◆乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

3713	

Ｋ４８７ 漏斗胸手術

現　　行	改　　正
（新設）	４　胸骨挙上用固定具抜去術 5,680 点

150413810	漏斗胸手術（胸骨挙上用固定具抜去術）	5,680 点

Ｋ４９６－５ 経皮的膿胸ドレナージ術【新設】

改　　正
経皮的膿胸ドレナージ術 5,400 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。

150413910	経皮的膿胸ドレナージ術	5,400 点

Ｋ５０２－５ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術

150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）	58,950 点

◆胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3722	

Ｋ５１３ 胸腔鏡下肺切除術

現　　行	改　　正
１　肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの） 39,830 点	１　肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの） 39,830 点
２　その他のもの 58,950 点	２　部分切除 45,300 点
（新設）	３　区域切除 72,600 点
（新設）	４　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの 81,000 点

150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）	45,300 点
150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）	72,600 点
150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）	81,000 点

Ｋ５１４－２ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）	72,640 点

◆胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3723	

Ｋ５１４－４ 同種死体肺移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

150414570	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体肺移植術）	4,000 点

Ｋ５１４－６ 生体部分肺移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150414670	抗ＨＬＡ抗体検査加算（生体部分肺移植術）	4,000 点

Ｋ５２７－２ 食道切除術（単に切除のみのもの）【新設】

改　　正
食道切除術（単に切除のみのもの） 46,100 点

150414710	食道切除術（単に切除のみ）	46,100 点

Ｋ５２９－２ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	109,240 点

◆縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3724	

Ｋ５３４－４ 腹腔鏡下横隔膜電極植込術【新設】

改　　正
腹腔鏡下横隔膜電極植込術 42,180 点

150410750	腹腔鏡下横隔膜電極植込術	42,180 点

Ｋ５７０－４ 経皮的肺動脈穿通・拡大術【新設】

改　　正
経皮的肺動脈穿通・拡大術 35,080 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150414910	経皮的肺動脈穿通・拡大術	35,080 点

Ｋ５７４－３ 経皮的卵円孔開存閉鎖術【新設】【令和元年 12 月】

改　　正
経皮的卵円孔開存閉鎖術 31,850 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150411050	経皮的卵円孔開存閉鎖術	31,850 点

Ｋ５９４ 不整脈手術

現　　行	改　　正
（新設）	４　左心耳閉鎖術

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

	イ　開胸手術によるもの 37,800 点 ロ　経カテーテル的手術によるもの 34,930 点
（新設）	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Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０及びＫ５９４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。
（新設）	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。

150415010	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）	37,800 点
150410850	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術）	34,930 点

◆不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3725	

◆システム対応

左心耳閉鎖術併施区分の対応をしました。

「150415010 不整脈手術（心耳閉鎖術）（開胸手術）」を入力時、同一会計内に注１に掲げる手術が未入力の場合は、「警告！左心耳閉鎖術併施の手術の算定がありません。」と警告となります。

Ｋ５９８ 両心室ペースメーカー移植術

現　　行	改　　正
両心室ペースメーカー移植術 31,510 点	両心室ペースメーカー移植術
（新設）	１　心筋電極の場合 31,510 点
（新設）	２　経静脈電極の場合 31,510 点

150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）	31,510 点
150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）	31,510 点

◆両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3735	

Ｋ５９８－２ 両心室ペースメーカー交換術

現　　行	改　　正
両心室ペースメーカー交換術 5,000 点	両心室ペースメーカー交換術
（新設）	１　心筋電極の場合 5,000 点
（新設）	２　経静脈電極の場合 5,000 点

150415310	両心室ペースメーカー交換術（心筋電極）	5,000 点
150415410	両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極）	5,000 点

◆両心室ペースメーカー交換術（心筋電極）【要届出】

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3735	

Ｋ５９９ 植込型除細動器移植術

現　　行	改　　正
（新設）	1　心筋リードを用いるもの 31,510 点
1　経静脈リードを用いるもの 31,510 点	2　経静脈リードを用いるもの 31,510 点
2　皮下植込型リードを用いるもの 24,310 点	3　皮下植込型リードを用いるもの 24,310 点

150415510	植込型除細動器移植術（心筋リード）	31,510 点

◆植込型除細動器移植術（心筋リード）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3736	

Ｋ５９９－２ 植込型除細動器交換術

現　　行	改　　正
植込型除細動器交換術 7,200 点	植込型除細動器交換術
（新設）	1　心筋リードを用いるもの 7,200 点
（新設）	2　その他のもの 7,200 点

150415610	植込型除細動器交換術（心筋リード）	7,200 点
150415710	植込型除細動器交換術（その他）	7,200 点

◆植込型除細動器交換術（心筋リード）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3736	

◆植込型除細動器交換術（その他）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0125	

Ｋ５９９－３ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術

現　　行	改　　正
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 35,200 点	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
（新設）	1　心筋電極の場合 35,200 点
（新設）	2　経静脈電極の場合 35,200 点

150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）	35,200 点
150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）	35,200 点

◆両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）【要届出】
［算定方法］

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3737	

◆両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0742	

Ｋ５９９－４ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

現　　行	改　　正
両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 7,200 点	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
（新設）	１　心筋電極の場合 7,200 点
（新設）	２　経静脈電極の場合 7,200 点

150416010	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極）	7,200 点
150416110	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極）	7,200 点

◆両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3737	

◆両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0742	

Ｋ６０５－２ 同種心移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150416270	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種心移植術）	4,000 点

Ｋ６０５－４ 同種心肺移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150416370	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種心肺移植術）	4,000 点

Ｋ６１２ 末梢動静脈瘻造設術

現　　行	改　　正
１　静脈転位を伴うもの 21,300 点	１　内シャント造設術
（新設）	イ　単純なもの 12,080 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

（新設）	ロ　静脈転位を伴うもの 15,300 点

150416410	末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純）	12,080 点
150416510	末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（静脈転位を伴う）	15,300 点

Ｋ６１６－４ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

現　行	改　正
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080 点	経皮的シャント拡張術・血栓除去術
（新設）	１　初回 12,000 点
（新設）	２　１の実施後３月以内に実施する場合 12,000 点

150416610	経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	12,000 点
150416710	経皮的シャント拡張術・血栓除去術（１の実施後３月以内に実施）	12,000 点

Ｋ６１６－６ 経皮的下肢動脈形成術【新設】【届出】

改　正
経皮的下肢動脈形成術 24,270 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150416810	経皮的下肢動脈形成術	24,270 点

◆経皮的下肢動脈形成術【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3726	

Ｋ６２７－２ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術

現　行	改　正
腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 41,090 点	腹腔鏡下リンパ節群郭清術
（新設）	１　後腹膜 40,670 点
（新設）	２　傍大動脈 35,500 点
（新設）	３　骨盤 41,090 点
（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。

150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	40,670 点
150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	35,500 点
150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	41,090 点

◆腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3727	

◆腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）【要届出】
［算定方法］

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3728	

Ｋ６５３ 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

現　　行	改　　正
（新設）	３　早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術 21,370 点

150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）	21,370 点

Ｋ６５４－４ 腹腔鏡下十二指腸局所切除術【新設】【届出】

改　　正
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの） 30,000 点

150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）	30,000 点

◆腹腔鏡下十二指腸局所切除術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3729	

Ｋ６７７ 胆管悪性腫瘍手術

現　　行	改　　正
（新設）	２　膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 104,800 点

150417410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）	104,800 点

Ｋ６８７ 内視鏡的乳頭切開術

現　　行	改　　正
（新設）	３　胆道鏡下結石破砕術を伴うもの 31,700 点

150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）	31,700 点

Ｋ６９５ 肝切除術

現　　行	改　　正
１　部分切除 39,040 点	１　部分切除 イ　単回の切除によるもの 38,040 点 ロ　複数回の切除を要するもの 43,340 点

150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）	38,040 点
150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）	43,340 点

Ｋ６９５－２ 腹腔鏡下肝切除術

現　　行	改　　正
１　部分切除 59,680 点	１　部分切除 イ　単回の切除によるもの 58,680 点 ロ　複数回の切除を要するもの 63,680 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）	58,680 点
150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）	63,680 点

Ｋ６９７－３ 肝悪性腫瘍ラジオ波焼 灼 療法（一連として）

現　　行	改　　正
（新設）	注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200 点を所定点数に加算する。

150418070	フュージョンイメージング加算	200 点

Ｋ６９７－５ 生体部分肝移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150418170	抗ＨＬＡ抗体検査加算（生体部分肝移植術）	4,000 点

Ｋ６９７－７ 同種死体肝移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150418270	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体肝移植術）	4,000 点

Ｋ７０２－２ 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

150418310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則１８）	53,480 点
150418410	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）	56,240 点

◆腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3730	

Ｋ７０３－２ 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

現　　行	改　　正
腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 158,450 点 （新設） （新設）	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術 １　膵頭十二指腸切除術の場合 158,450 点 ２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合 173,640 点

150418510	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）	158,450 点
150418610	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）	158,450 点
150418710	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）	173,640 点
150418810	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）	173,640 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

◆腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）【要届出】
　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）【要届出】
［算定方法］
　①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3731	

Ｋ７０５ 膵嚢胞胃（腸）吻合術

現　　行	改　　正
膵嚢胞胃（腸）吻合術 31,310 点	膵嚢胞胃（腸）バイパス術
（新設）	１　内視鏡によるもの 13,820 点
（新設）	２　開腹によるもの 31,310 点

150418910	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）	31,310 点

Ｋ７０９－３ 同種死体膵移植術

現　　行	改　　正
（新設）	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膵を除く死体膵を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000 点を所定点数に加算する。
注　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	２　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
（新設）	３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150419070	移植臓器提供加算（同種死体膵移植術）	55,000 点
150419170	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体膵移植術）	4,000 点

Ｋ７０９－５ 同種死体膵腎移植術

現　　行	改　　正
（新設）	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膵腎を除く死体膵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。
注　膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	２　膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
（新設）	３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150419270	移植臓器提供加算（同種死体膵腎移植術）	55,000 点
150419370	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体膵腎移植術）	4,000 点

Ｋ７０９－６ 同種死体膵島移植術【新設】【届出】

改　　正
同種死体膵島移植術 56,490 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

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膵島を除く死体膵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　膵島移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。
４　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150419410	同種死体膵島移植術	56,490 点
150419570	移植臓器提供加算（同種死体膵島移植術）	55,000 点
150419670	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体膵島移植術）	4,000 点

◆同種死体膵島移植術【要届出】
［算定方法］
①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3732	

Ｋ７１０－２　腹腔鏡下脾固定術【新設】

改　　正
腹腔鏡下脾固定術　30,070 点

150419710	腹腔鏡下脾固定術	30,070 点

Ｋ７１６－４　生体部分小腸移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150419870	抗ＨＬＡ抗体検査加算（生体部分小腸移植術）	4,000 点

Ｋ７１６－６　同種死体小腸移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150419970	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体小腸移植術）	4,000 点

Ｋ７１９　結腸切除術

現　　行	改　　正
（新設）	注　人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000 点を所定点数に加算する。

150420070	人工肛門造設加算（結腸切除術）	2,000 点

Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術

現　　行	改　　正
（新設）	注　人工肛門造設術を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。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

150420170	人工肛門造設加算（腹腔鏡下結腸切除術）	3,470 点

Ｋ７１９－６ 腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術【新設】

改　　正
腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術 75,690 点

150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	75,690 点

Ｋ７２２ 小腸結腸内視鏡的止血術

現　　行	改　　正
（新設）	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、3,500 点を所定点数に加算する。

Ｋ７３２ 人工肛門閉鎖術

現　　行	改　　正
２　腸管切除を伴うもの 28,210 点	２　腸管切除を伴うもの イ　直腸切除術後のもの 34,280 点 ロ　その他のもの 28,210 点

150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）	34,280 点
150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）	28,210 点

Ｋ７３２－２ 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術【新設】

改　　正
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

150420510	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）	40,450 点

Ｋ７４０ 直腸切除・切断術

現　　行	改　　正
（新設）	４　経肛門吻合を伴う切除術 82,840 点

150420610	直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）	82,840 点

Ｋ７７５－２ 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術(一連につき)【新設】

改　　正
経皮的腎（腎盂）瘻拡張術(一連につき) 6,000 点

150420710	経皮的腎（腎盂）瘻拡張術	6,000 点

Ｋ７７８－２ 腹腔鏡下腎盂形成手術

150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）	51,600 点

◆腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

3733	

Ｋ７８０ 同種死体腎移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150420970	抗ＨＬＡ抗体検査加算（同種死体腎移植術）	4,000 点

Ｋ７８０－２ 生体腎移植術

現　　行	改　　正
（新設）	注３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000 点を所定点数に加算する。

150421070	抗ＨＬＡ抗体検査加算（生体腎移植術）	4,000 点

Ｋ８２３－６ 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）【新設】

改　　正
尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 9,680 点

150421110	尿失禁手術（ボツリヌス毒素）	9,680 点

Ｋ８４１－２ 経尿道的レーザー前立腺切除術

現　　行	改　　正
１　ホルミウムレーザーを用いるもの 20,470 点	１　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの 20,470 点

Ｋ８６５－２ 腹腔鏡下仙骨膣固定術

150421210	腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器使用）	48,240 点

◆腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3734	

Ｋ８７２－３ 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術

現　　行	改　　正
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 4,730 点	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
（新設）	１　電解質溶液利用のもの 6,630 点
（新設）	２　その他のもの 4,730 点

150421310	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術（電解質溶液利用）	6,630 点
150421410	子宮内膜ポリープ切除術（電解質溶液利用）	6,630 点
150421510	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術（その他）	4,730 点
150421610	子宮内膜ポリープ切除術（その他）	4,730 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｋ８７３ 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

現　　行	改　　正
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 17,100 点	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
（新設）	１　電解質溶液利用のもの 19,000 点
（新設）	２　その他のもの 17,100 点

150421710	子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用）	19,000 点
150421810	子宮鏡下子宮筋腫摘出術（その他）	17,100 点

Ｋ８８８ 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）

150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	17,080 点
150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	25,940 点

◆子宮附属器腫瘍摘出術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3714	

Ｋ９１０－４ 無心体双胎焼 灼 術（一連につき）【新設】

改　　正
無心体双胎焼 灼 術（一連につき） 40,000 点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150410350	無心体双胎焼灼術	40,000 点

◆無心体双胎焼灼術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3738	

Ｋ９１０－５ 胎児輸血術（一連につき）【新設】【届出】

改　　正
胎児輸血術（一連につき） 13,880 点
注１　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
２　臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。

150422110	胎児輸血術	13,880 点

◆胎児輸血術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3739	

Ｋ９２１－２ 間葉系幹細胞採取（一連につき）【新設】

改　　正
間葉系幹細胞採取（一連につき） 17,440 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

150422210	間葉系幹細胞採取	17,440 点

Ｋ９２１－３ 末梢血単核球採取（一連につき）【新設】

改　　正
末梢血単核球採取（一連につき） 17,440 点 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 造血幹細胞移植

現　　行	改　　正
注５　造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。	注５　同種移植における造血幹細胞移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２２－２ ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与（一連につき）【新設】

改　　正
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者１人につき１回に限り算定する。 ２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26 点を所定点数に加算する。 ３　ＣＡＲ発現生Ｔ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。

150422370	乳幼児加算（ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与）（６歳未満）	26 点

Ｋ９２４－３ 同種クリオプレシピテート作製術【新設】【届出】

改　　正
同種クリオプレシピテート作製術 600 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、同種クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

150422410	同種クリオプレシピテート作製術	600 点

◆同種クリオプレシピテート作製術【要届出】

［算定方法］

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3752	

Ｋ９３２ 創外固定器加算

現　　行	改　　正
注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５６－２、Ｋ０５８、Ｋ０７３、Ｋ０７６、Ｋ０７８、Ｋ１２４－２、Ｋ１２５、Ｋ１８０の３又はＫ４４３に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５６－２、Ｋ０５８、Ｋ０７３、Ｋ０７６、Ｋ０７８、Ｋ１２４－２、Ｋ１２５、Ｋ１８０の３、Ｋ４４３、Ｋ４４４及びＫ４４４－２に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

◆システム対応

「150266970 創外固定器加算」を入力時、同一剤の手技料に創外固定器加算が算定可能な診療行為の入力がない場合は、「創外固定器加算の算定できない手術です。」とエラーとなります。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

Ｋ９３６ 自動縫合器加算

150422510	自動縫合器加算（左心耳閉塞用クリップ使用）	2,500 点

Ｋ９３９－８ 超音波切削機器加算【新設】

改　　正
超音波切削機器加算 1,000 点 注　区分番号Ｋ４４３、Ｋ４４４及びＫ４４４－２に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に算定する。

150422610	超音波切削器加算	1,000 点

◆システム対応

「150422610 超音波切削機器加算」を入力時、同一剤の手技料に超音波切削機器加算が算定可能な診療行為の入力がない場合は、「超音波切削機器加算の算定できない手術です。」とエラーとなります。

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第１１部　麻酔

Ｌ００１－２ 静脈麻酔

現　　行	改　　正
３ 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 800 点	３ 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 1,100 点

150370710	静脈麻酔（十分な体制で行われる長時間のもの）（複雑）	1,100 点

Ｌ００８ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

現　　行	改　　正
注９　区分番号Ｌ１００に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、45 点を所定点数に加算する。	注９　区分番号Ｌ１００に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注４及び注５に規定する加算は別に算定できない。 イ　別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合 450 点 ロ　イ以外の場合 45 点

◆新設

150422770	神経ブロック併施加算（厚生労働大臣が定める患者）	450 点

◆名称変更

150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）	45 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第１２部　放射線治療

Ｍ００１ 体外照射

現　　行	改　　正
３ 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） 3,000 点 （追加）	３ 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） 3,000 点 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が 2.5Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、１回線量増加加算として、1,000 点を所定点数に加算する。
注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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 2.5Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、１回線量増加加算として、1,000 点を所定点数に加算する。	（削除）

Ｍ００４ 密封小線源治療（一連につき）

現　　行	改　　正
２　腔内照射 イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 10,000 点	２　腔内照射 イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 12,000 点
注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（ＩＧＢＴ）（２のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき 300 点を所定点数に加算する。	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（ＩＧＢＴ）（２のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき 1,200 点を所定点数に加算する。

180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）	12,000 点
180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）	12,000 点
180047170	画像誘導密封小線源治療加算	1,200 点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

第１３部　病理診断

Ｎ００２ 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

現　　行	改　　正
注２　８について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。	注２　８について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。

◆点数引き下げ

160184970	４種類以上抗体使用加算	1,200点

◆廃止

160216650	ＨＥＲ２遺伝子標本作製（シークエンサーシステム）	2,700点

Copyright(C)2020 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.