

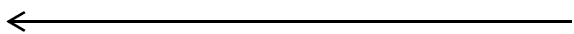
○厚生労働省告示第五十七号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

令和二年三月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

別表第一から別表第三までを次のように改める。



別表第一

医科診療報酬点数表

[目次]

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
 - 第1節 初診料
 - 第2節 再診料
 - 第2部 入院料等
 - 第1節 入院基本料
 - 第2節 入院基本料等加算
 - 第3節 特定入院料
 - 第4節 短期滞在手術等基本料
- 第2章 特掲診療料
 - 第1部 医学管理等
 - 第2部 在宅医療
 - 第1節 在宅患者診療・指導料
 - 第2節 在宅療養指導管理料
 - 第1款 在宅療養指導管理料
 - 第2款 在宅療養指導管理材料加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第3部 検査
 - 第1節 検体検査料
 - 第1款 検体検査実施料
 - 第2款 検体検査判断料
 - 第2節 削除
 - 第3節 生体検査料
 - 第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料
 - 第5節 薬剤料
 - 第6節 特定保険医療材料料
 - 第4部 画像診断
 - 第1節 エックス線診断料
 - 第2節 核医学診断料
 - 第3節 コンピューター断層撮影診断料
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
 - 第5部 投薬
 - 第1節 調剤料
 - 第2節 処方料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第5節 処方箋料
 - 第6節 調剤技術基本料
 - 第6部 注射
 - 第1節 注射料
 - 第1款 注射実施料
 - 第2款 無菌製剤処理料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料

- 第7部 リハビリテーション
 - 第1節 リハビリテーション料
 - 第2節 薬剤料
- 第8部 精神科専門療法
 - 第1節 精神科専門療法料
 - 第2節 薬剤料
- 第9部 処置
 - 第1節 処置料
 - 第2節 処置医療機器等加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第10部 手術
 - 第1節 手術料
 - 第1款 皮膚・皮下組織
 - 第2款 筋骨格系・四肢・体幹
 - 第3款 神経系・頭蓋
 - 第4款 眼
 - 第5款 耳鼻咽喉
 - 第6款 顔面・口腔・頸部
 - 第7款 胸部
 - 第8款 心・脈管
 - 第9款 腹部
 - 第10款 尿路系・副腎
 - 第11款 性器
 - 第12款 削除
 - 第13款 臓器提供管理料
 - 第2節 輸血料
 - 第3節 手術医療機器等加算
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
- 第11部 麻酔
 - 第1節 麻酔料
 - 第2節 神経ブロック料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第12部 放射線治療
 - 第1節 放射線治療管理・実施料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第13部 病理診断
 - 第1節 病理標本作製料
 - 第2節 病理診断・判断料
- 第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
 - 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項
 - 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
- 第4章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 初診料

区分

A000 初診料

288点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。
- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。
- 5 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定

する場合にあっては、107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。

- 6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点)を所定点数に加算する。
- 8 小児科を標榜する保険医療機関(注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。
- 9 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(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

第2節 再診料

区分

A001 再診料

73点

- 注1 保険医療機関(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合に算定する。
- 2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。
- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点(注2に規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注14までに規定する加算は算定しない。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7の

ただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、250点）を所定点数に加算する。

- 6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあつては、この限りでない。
- 8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。
- 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、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 時間外対応加算 1	5点
ロ 時間外対応加算 2	3点
ハ 時間外対応加算 3	1点
- 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。
- 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 地域包括診療加算 1	25点
ロ 地域包括診療加算 2	18点
- 13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 認知症地域包括診療加算 1	35点
-----------------	-----

ロ 認知症地域包括診療加算 2 28点

14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

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

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

4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。

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

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

イ 尿検査

区分番号D000からD002-2までに掲げるもの

ロ 糞便検査

区分番号D003（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査

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

ニ 創傷処置

100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ホ 削除

ヘ 皮膚科軟膏処置

100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

- リ 眼処置
- ヌ 睫毛^{じょうまつ}抜去
- ル 耳処置
- ヲ 耳管処置
- ワ 鼻^び処置
- カ 口腔、咽頭^{げんこう}処置
- ヨ 間接喉頭鏡下喉頭^{げんかくこうとうきやう}処置
- タ ネブライザー
- レ 超音波^{しよんぱ}ネブライザー
- ソ 介達牽引^{けいたけんいん}
- ツ 消炎鎮痛等処置

- 7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数^{ぼう}に加算する。
- 9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

A003 オンライン診療料（月1回） 71点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する月は、別に算定できない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。
- 4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡^{じよくそう}対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 急性期一般入院基本料

イ 急性期一般入院料1	1,650点
ロ 急性期一般入院料2	1,619点
ハ 急性期一般入院料3	1,545点
ニ 急性期一般入院料4	1,440点
ホ 急性期一般入院料5	1,429点
ヘ 急性期一般入院料6	1,408点
ト 急性期一般入院料7	1,382点

2 地域一般入院基本料

イ 地域一般入院料1	1,159点
ロ 地域一般入院料2	1,153点
ハ 地域一般入院料3	988点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する

病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

- 2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間 450点（特別入院基本料等については、300点）
 - ロ 15日以上30日以内の期間 192点（特別入院基本料等については、155点）
- 4 地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 5 地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。
- 7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。
- 8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定

する。

9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

- イ 総合入院体制加算
- ロ 地域医療支援病院入院診療加算
- ハ 臨床研修病院入院診療加算
- ニ 救急医療管理加算
- ホ 超急性期脳卒中加算
- へ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ト 在宅患者緊急入院診療加算
- チ 診療録管理体制加算
- リ 医師事務作業補助体制加算
- ヌ 急性期看護補助体制加算
- ル 看護職員夜間配置加算
- ヲ 乳幼児加算・幼児加算
- ワ 難病等特別入院診療加算
- カ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヨ 看護配置加算
- タ 看護補助加算
- レ 地域加算
- ソ 離島加算
- ツ 療養環境加算
- ネ HIV感染者療養環境特別加算
- ナ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ラ 重症者等療養環境特別加算
- ム 小児療養環境特別加算
- ウ 無菌治療室管理加算
- キ 放射線治療病室管理加算
- ノ 緩和ケア診療加算
- オ 精神科リエゾンチーム加算
- ク 強度行動障害入院医療管理加算
- ヤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- マ 摂食障害入院医療管理加算
- ケ がん拠点病院加算
- フ 栄養サポートチーム加算
- コ 医療安全対策加算
- エ 感染防止対策加算
- テ 患者サポート体制充実加算
- ア 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- サ ハイリスク妊娠管理加算
- キ ハイリスク分娩^{べん}管理加算
- ユ 呼吸ケアチーム加算
- メ 後発医薬品使用体制加算
- ミ 病棟薬剤業務実施加算 1
- シ データ提出加算

- エ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）
- ヒ 認知症ケア加算
- モ せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）
- セ 精神疾患診療体制加算
- ス 薬剤総合評価調整加算
- ン 排尿自立支援加算
- イイ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

- 11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注10までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。
- 12 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院料1

- イ 入院料A 1,813点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあつては、1,798点）
- ロ 入院料B 1,758点（生活療養を受ける場合にあつては、1,744点）
- ハ 入院料C 1,471点（生活療養を受ける場合にあつては、1,457点）
- ニ 入院料D 1,414点（生活療養を受ける場合にあつては、1,399点）
- ホ 入院料E 1,386点（生活療養を受ける場合にあつては、1,372点）
- ヘ 入院料F 1,232点（生活療養を受ける場合にあつては、1,217点）
- ト 入院料G 968点（生活療養を受ける場合にあつては、953点）
- チ 入院料H 920点（生活療養を受ける場合にあつては、905点）
- リ 入院料I 815点（生活療養を受ける場合にあつては、801点）

2 療養病棟入院料2

- イ 入院料A 1,748点（生活療養を受ける場合にあつては、1,734点）
- ロ 入院料B 1,694点（生活療養を受ける場合にあつては、1,680点）
- ハ 入院料C 1,406点（生活療養を受ける場合にあつては、1,392点）
- ニ 入院料D 1,349点（生活療養を受ける場合にあつては、1,335点）
- ホ 入院料E 1,322点（生活療養を受ける場合にあつては、1,307点）
- ヘ 入院料F 1,167点（生活療養を受ける場合にあつては、1,153点）
- ト 入院料G 903点（生活療養を受ける場合にあつては、889点）
- チ 入院料H 855点（生活療養を受ける場合にあつては、841点）
- リ 入院料I 751点（生活療養を受ける場合にあつては、736点）

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

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定

する患者を除く。)について、特別入院基本料として、577点(生活療養を受ける場合にあっては、563点)を算定できる。

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

4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡^{じぶくそう}対策を行った場合に、患者の褥瘡^{じぶくそう}の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡^{じぶくそう}対策加算1 15点

ロ 褥瘡^{じぶくそう}対策加算2 5点

5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

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

イ 地域医療支援病院入院診療加算

ロ 臨床研修病院入院診療加算

ハ 在宅患者緊急入院診療加算

ニ 診療録管理体制加算

ホ 医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)

ヘ 乳幼児加算・幼児加算

ト 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

チ 地域加算

リ 離島加算

ヌ HIV感染者療養環境特別加算

ル 療養病棟療養環境加算

ヲ 療養病棟療養環境改善加算

ワ 重症皮膚潰瘍管理加算

カ 栄養サポートチーム加算

コ 医療安全対策加算

ク 感染防止対策加算

ケ 患者サポート体制充実加算

コ 病棟薬剤業務実施加算1

- ツ データ提出加算
- ネ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- ナ 認知症ケア加算
- ラ 薬剤総合評価調整加算
- ム 排尿自立支援加算

- 8 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。
- 9 当該病棟（療養病棟入院料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。
- 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。
- 12 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,654点
2	10対1入院基本料	1,385点
3	13対1入院基本料	1,165点
4	15対1入院基本料	998点
5	18対1入院基本料	854点
6	20対1入院基本料	806点

注1 病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

- 2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして

地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。

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

イ 14日以内の期間	400点 (特別入院基本料等については、320点)
ロ 15日以上30日以内の期間	300点 (特別入院基本料等については、240点)
ハ 31日以上60日以内の期間	200点 (特別入院基本料等については、160点)
ニ 61日以上90日以内の期間	100点

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

- イ 地域医療支援病院入院診療加算
- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 救急医療管理加算
- ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- へ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
- チ 乳幼児加算・幼児加算
- リ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ル 看護配置加算
- ヲ 看護補助加算
- ワ 地域加算
- カ 離島加算
- ヨ 療養環境加算
- タ H I V感染者療養環境特別加算
- レ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ソ 栄養サポートチーム加算
- ツ 医療安全対策加算
- ネ 感染防止対策加算
- ナ 患者サポート体制充実加算
- ラ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ム ハイリスク妊娠管理加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- キ 病棟薬剤業務実施加算1
- ノ データ提出加算
- オ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- ク 認知症ケア加算
- ヤ 精神疾患診療体制加算

マ 薬剤総合評価調整加算

ケ 排尿自立支援加算

フ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。

7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1	10対1入院基本料	1,287点
2	13対1入院基本料	958点
3	15対1入院基本料	830点
4	18対1入院基本料	740点
5	20対1入院基本料	685点

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

2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- | | |
|------------------|----------------------|
| イ 14日以内の期間 | 465点 |
| | (特別入院基本料等については、300点) |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 250点 |
| | (特別入院基本料等については、155点) |
| ハ 31日以上90日以内の期間 | 125点 |
| | (特別入院基本料等については、100点) |
| ニ 91日以上180日以内の期間 | 10点 |
| ホ 181日以上1年以内の期間 | 3点 |
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- | |
|---|
| イ 地域医療支援病院入院診療加算 |
| ロ 臨床研修病院入院診療加算 |
| ハ 救急医療管理加算 |
| ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 |
| ホ 在宅患者緊急入院診療加算 |
| ヘ 診療録管理体制加算 |
| ト 医師事務作業補助体制加算 (50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。) |
| チ 乳幼児加算・幼児加算 |
| リ 難病等特別入院診療加算 |
| ヌ 特殊疾患入院施設管理加算 |
| ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 |
| ヲ 看護配置加算 |
| ヾ 看護補助加算 |
| カ 地域加算 |
| コ 離島加算 |
| ク 療養環境加算 |
| ケ HIV感染者療養環境特別加算 |
| コ 二類感染症患者療養環境特別加算 |
| ツ 精神科措置入院診療加算 |
| ネ 精神科措置入院退院支援加算 |
| ナ 精神科応急入院施設管理加算 |
| ラ 精神科隔離室管理加算 |
| ム 精神病棟入院時医学管理加算 |
| ウ 精神科地域移行実施加算 |
| キ 精神科身体合併症管理加算 (18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。) |
| ノ 強度行動障害入院医療管理加算 |
| オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 |

- ク 摂食障害入院医療管理加算
 - ヤ 栄養サポートチーム加算
 - マ 医療安全対策加算
 - ケ 感染防止対策加算
 - フ 患者サポート体制充実加算
 - コ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - エ ハイリスク妊娠^{べん}管理加算
 - テ ハイリスク分娩^{べん}管理加算
 - ア 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
 - サ 後発医薬品使用体制加算
 - キ 病棟薬剤業務実施加算 1
 - ユ データ提出加算
 - メ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - ミ 薬剤総合評価調整加算
 - シ 排尿自立支援加算
 - エ 地域医療体制確保加算（10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。
- 8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。
- 9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。
- 10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
- イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,718点
 - ロ 10対1入院基本料 1,438点
- 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,718点
 - ロ 10対1入院基本料 1,438点
 - ハ 13対1入院基本料 1,210点
 - ニ 15対1入院基本料 1,037点
- 3 精神病棟の場合

イ	7対1入院基本料	1,450点
ロ	10対1入院基本料	1,373点
ハ	13対1入院基本料	1,022点
ニ	15対1入院基本料	933点

注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であつて、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

イ 一般病棟の場合

(1)	14日以内の期間	712点
(2)	15日以上30日以内の期間	207点

ロ 結核病棟の場合

(1)	30日以内の期間	330点
(2)	31日以上90日以内の期間	200点

ハ 精神病棟の場合

(1)	14日以内の期間	505点
(2)	15日以上30日以内の期間	250点
(3)	31日以上90日以内の期間	125点
(4)	91日以上180日以内の期間	30点
(5)	181日以上1年以内の期間	15点

4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護必要度加算1	55点
ロ	看護必要度加算2	45点
ハ	看護必要度加算3	25点

6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

7 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

- イ 臨床研修病院入院診療加算
- ロ 救急医療管理加算
- ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）
- ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算 1
- チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）
- リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）
- ヌ 乳幼児加算・幼児加算
- ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ワ 看護補助加算
- カ 地域加算
- コ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
- ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）
- ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
- ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
- エ 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）
- ノ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
- オ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
- ク 精神科入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）
- ヤ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
- マ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
- ケ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）
- フ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- コ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- エ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- テ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
- ア 栄養サポートチーム加算
- サ 医療安全対策加算
- キ 感染防止対策加算
- ユ 患者サポート体制充実加算
- メ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ミ ハイリスク妊娠^{べん}管理加算
- シ ハイリスク分娩^{べん}管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- エ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- ヒ 後発医薬品使用体制加算
- モ 病棟薬剤業務実施加算 1
- セ データ提出加算
- ス 入院退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ又は3に限り、結核病棟は1のロ又は2のロに限る。）
- ン 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
- イイ せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）
- イロ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
- イハ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基

本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。)

イニ 薬剤総合評価調整加算

イホ 排尿自立支援加算

イヘ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注8までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。

10 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,667点
2	10対1入院基本料	1,396点
3	13対1入院基本料	1,174点

注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

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

イ	14日以内の期間	512点
ロ	15日以上30日以内の期間	207点

3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護必要度加算1	55点
ロ	看護必要度加算2	45点
ハ	看護必要度加算3	25点

4 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病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

イ 臨床研修病院入院診療加算

ロ 救急医療管理加算

- ハ 超急性期脳卒中加算
 - ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ホ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ヘ 診療録管理体制加算
 - ト 医師事務作業補助体制加算
 - チ 急性期看護補助体制加算
 - リ 看護職員夜間配置加算
 - ヌ 乳幼児加算・幼児加算
 - ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ワ 看護補助加算
 - カ 地域加算
 - ヨ 離島加算
 - タ 療養環境加算
 - レ H I V感染者療養環境特別加算
 - ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ツ 重症者等療養環境特別加算
 - ネ 小児療養環境特別加算
 - ナ 無菌治療室管理加算
 - ラ 放射線治療病室管理加算
 - ム 緩和ケア診療加算
 - ウ 精神科リエゾンチーム加算
 - キ 強度行動障害入院医療管理加算
 - ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - オ 摂食障害入院医療管理加算
 - ク がん拠点病院加算
 - ヤ 栄養サポートチーム加算
 - マ 医療安全対策加算
 - ケ 感染防止対策加算
 - フ 患者サポート体制充実加算
 - コ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - エ ハイリスク妊娠管理加算
 - テ 呼吸ケアチーム加算
 - ア 後発医薬品使用体制加算
 - サ 病棟薬剤業務実施加算 1
 - キ データ提出加算
 - ユ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）
 - メ 認知症ケア加算
 - ミ 精神疾患診療体制加算
 - シ 薬剤総合評価調整加算
 - エ 排尿自立支援加算
 - ヒ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。
- 9 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入

院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A106 障害者施設等入院基本料(1日につき)

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

注1 障害者施設等一般病棟(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。))を入所させるものに限る。)及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

イ 14日以内の期間 312点

ロ 15日以上30日以内の期間 167点

4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院している特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))をいう。)に該当する者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

- 6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。
- イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,496点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,358点 |
- ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,343点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,206点 |
- ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,244点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,107点 |
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- イ 臨床研修病院入院診療加算
- ロ 在宅患者緊急入院診療加算
- ハ 診療録管理体制加算
- ニ 医師事務作業補助体制加算
- ホ 乳幼児加算・幼児加算
- ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- ト 特殊疾患入院施設管理加算
- チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- リ 看護配置加算
- ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ル 地域加算
- ヲ 離島加算
- ワ 療養環境加算
- カ HIV感染者療養環境特別加算
- ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算
- タ 重症者等療養環境特別加算
- レ 強度行動障害入院医療管理加算
- ソ 医療安全対策加算
- ツ 感染防止対策加算
- ネ 患者サポート体制充実加算
- ナ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ラ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ム データ提出加算
- ウ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- キ 認知症ケア加算
- ノ 排尿自立支援加算
- 8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当

該費用については、この限りでない。

- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 141点
ロ 15日以上30日以内の期間 116点

- 10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

- 11 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。
ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A107 削除

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

- 1 有床診療所入院基本料1
- イ 14日以内の期間 917点
ロ 15日以上30日以内の期間 712点
ハ 31日以上の期間 604点
- 2 有床診療所入院基本料2
- イ 14日以内の期間 821点
ロ 15日以上30日以内の期間 616点
ハ 31日以上の期間 555点
- 3 有床診療所入院基本料3
- イ 14日以内の期間 605点
ロ 15日以上30日以内の期間 567点
ハ 31日以上の期間 534点
- 4 有床診療所入院基本料4
- イ 14日以内の期間 824点
ロ 15日以上30日以内の期間 640点
ハ 31日以上の期間 542点
- 5 有床診療所入院基本料5
- イ 14日以内の期間 737点
ロ 15日以上30日以内の期間 553点
ハ 31日以上の期間 499点
- 6 有床診療所入院基本料6
- イ 14日以内の期間 543点
ロ 15日以上30日以内の期間 509点
ハ 31日以上の期間 480点

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

- 2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである

場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

4 夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 医師配置加算 1 120点

ロ 医師配置加算 2 90点

6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護配置加算 1 60点

ロ 看護配置加算 2 35点

ハ 夜間看護配置加算 1 100点

ニ 夜間看護配置加算 2 50点

ホ 看護補助配置加算 1 25点

ヘ 看護補助配置加算 2 15点

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、2,000点）を所定点数に加算する。

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

イ 救急医療管理加算

ロ 超急性期脳卒中加算

ハ 妊産婦緊急搬送入院加算

ニ 在宅患者緊急入院診療加算

ホ 診療録管理体制加算

ヘ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）

ト 乳幼児加算・幼児加算

チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）

リ 特殊疾患入院施設管理加算

ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ル 地域加算

ロ 離島加算

- ワ HIV感染者療養環境特別加算
- カ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ヨ 小児療養環境特別加算
- タ 無菌治療室管理加算
- レ 放射線治療病室管理加算
- ソ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ツ 有床診療所緩和ケア診療加算
- ネ 医療安全対策加算
- ナ 感染防止対策加算
- ラ 患者サポート体制充実加算
- ム ハイリスク妊娠管理加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- キ 入院支援加算（1のイ又は2のイに限る。）
- ノ 薬剤総合評価調整加算
- オ 排尿自立支援加算

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。

10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

11 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき20点を所定点数に加算する。

12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 介護連携加算1 192点
- ロ 介護連携加算2 38点

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

- 1 入院基本料A 1,057点
(生活療養を受ける場合にあつては、1,042点)
- 2 入院基本料B 945点
(生活療養を受ける場合にあつては、929点)
- 3 入院基本料C 827点
(生活療養を受ける場合にあつては、813点)
- 4 入院基本料D 653点
(生活療養を受ける場合にあつては、638点)
- 5 入院基本料E 564点
(生活療養を受ける場合にあつては、549点)

注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局

長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

- 2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点（生活療養を受ける場合にあっては、473点）を算定できる。
- 3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡^{じよくそう}対策を行った場合は、患者の褥瘡^{じよくそう}の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算1	15点
ロ 褥瘡 ^{じよくそう} 対策加算2	5点
- 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、2,000点）を所定点数に加算する。
- 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 在宅患者緊急入院診療加算
ロ 診療録管理体制加算
ハ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
ニ 乳幼児加算・幼児加算
ホ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヘ 地域加算
ト 離島加算
チ HIV感染者療養環境特別加算
リ 診療所療養病床療養環境加算

- ヌ 診療所療養病床療養環境改善加算
- ル 重症皮膚潰瘍管理加算
- ヲ 有床診療所緩和ケア診療加算
- ワ 医療安全対策加算
- カ 感染防止対策加算
- ヨ 患者サポート体制充実加算
- タ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- レ 薬剤総合評価調整加算
- ソ 排尿自立支援加算

- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算（1日につき）

- | | |
|-------------|------|
| 1 総合入院体制加算1 | 240点 |
| 2 総合入院体制加算2 | 180点 |
| 3 総合入院体制加算3 | 120点 |

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A201からA203まで 削除

A204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

- | | |
|-------|-----|
| 1 基幹型 | 40点 |
| 2 協力型 | 20点 |

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施

している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 救急医療管理加算（1日につき）

- | | |
|--------------|------|
| 1 救急医療管理加算 1 | 950点 |
| 2 救急医療管理加算 2 | 350点 |

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。

3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 10,800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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合又は当該施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関の外来において、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日） 7,000点

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 6 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

- | | |
|--|--------|
| 1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C 0 0 0に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号C 0 1 2に掲げる在宅患者共同診療料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 | 2,500点 |
| 2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。） | 2,000点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 1,000点 |

注1 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 2-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3

節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

- 2 1について、在宅療養後方支援病院(許可病床数が400床以上のものに限る。)において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207 診療録管理体制加算(入院初日)

- | | |
|--------------|------|
| 1 診療録管理体制加算1 | 100点 |
| 2 診療録管理体制加算2 | 30点 |

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)

- | | |
|-----------------|------|
| 1 医師事務作業補助体制加算1 | |
| イ 15対1補助体制加算 | 970点 |
| ロ 20対1補助体制加算 | 758点 |
| ハ 25対1補助体制加算 | 630点 |
| ニ 30対1補助体制加算 | 545点 |
| ホ 40対1補助体制加算 | 455点 |
| ヘ 50対1補助体制加算 | 375点 |
| ト 75対1補助体制加算 | 295点 |
| チ 100対1補助体制加算 | 248点 |
| 2 医師事務作業補助体制加算2 | |
| イ 15対1補助体制加算 | 910点 |
| ロ 20対1補助体制加算 | 710点 |
| ハ 25対1補助体制加算 | 590点 |
| ニ 30対1補助体制加算 | 510点 |
| ホ 40対1補助体制加算 | 430点 |
| ヘ 50対1補助体制加算 | 355点 |
| ト 75対1補助体制加算 | 280点 |
| チ 100対1補助体制加算 | 238点 |

注 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-3 急性期看護補助体制加算(1日につき)

- | | |
|------------------------------|------|
| 1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) | 240点 |
| 2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) | 220点 |
| 3 50対1急性期看護補助体制加算 | 200点 |
| 4 75対1急性期看護補助体制加算 | 160点 |

注1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に

算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

- 2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点
ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点
ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点

- 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。

A207-4 看護職員夜間配置加算(1日につき)

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
- | | |
|-------------------|------|
| イ 看護職員夜間12対1配置加算1 | 105点 |
| ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 | 85点 |
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
- | | |
|-------------------|-----|
| イ 看護職員夜間16対1配置加算1 | 65点 |
| ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 | 40点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)

- 1 乳幼児加算
- | | |
|------------------------------|------|
| イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く。) | 333点 |
| ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る。) | 289点 |
| ハ 診療所の場合 | 289点 |
- 2 幼児加算
- | | |
|------------------------------|------|
| イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く。) | 283点 |
| ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る。) | 239点 |
| ハ 診療所の場合 | 239点 |

注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

- 2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

A209 削除

A210 難病等特別入院診療加算(1日につき)

- 1 難病患者等入院診療加算 250点
- 2 二類感染症患者入院診療加算 250点

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限

る。)について、所定点数に加算する。

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算(1日につき) 350点

注 重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。

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

1 超重症児(者)入院診療加算

イ 6歳未満の場合 800点

ロ 6歳以上の場合 400点

2 準超重症児(者)入院診療加算

イ 6歳未満の場合 200点

ロ 6歳以上の場合 100点

注1 超重症児(者)入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

2 準超重症児(者)入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児(者)受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

4 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算は、一般病棟に入院している患者(区分番号A106に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号A306に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号A309に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。)については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。

A 2 1 3 看護配置加算(1日につき) 25点

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に

加算する。

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 看護補助加算 1 | 141点 |
| 2 | 看護補助加算 2 | 116点 |
| 3 | 看護補助加算 3 | 88点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。

3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

A 2 1 5 から A 2 1 7 まで 削除

A 2 1 8 地域加算（1日につき）

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1 | 1級地 | 18点 |
| 2 | 2級地 | 15点 |
| 3 | 3級地 | 14点 |
| 4 | 4級地 | 11点 |
| 5 | 5級地 | 9点 |
| 6 | 6級地 | 5点 |
| 7 | 7級地 | 3点 |

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

A 2 1 8 - 2 離島加算（1日につき）

18点

注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。））、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき）

25点

注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第5号及び高齢者医療確保法第64条第2項第5号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 0 H I V感染者療養環境特別加算（1日につき）

- | | | |
|---|---------|------|
| 1 | 個室の場合 | 350点 |
| 2 | 2人部屋の場合 | 150点 |

注 H I V感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、H I V感染者療養環境特別加算を算定でき

るものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算 (1日につき)

- 1 個室加算 300点
- 2 陰圧室加算 200点

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算 (1日につき)

- 1 個室の場合 300点
- 2 2人部屋の場合 150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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算 (1日につき)

300点

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算 (1日につき)

- 1 療養病棟療養環境加算 1 132点
- 2 療養病棟療養環境加算 2 115点

注 療養病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 2 - 2 療養病棟療養環境改善加算 (1日につき)

- 1 療養病棟療養環境改善加算 1 80点
- 2 療養病棟療養環境改善加算 2 20点

注 療養病棟であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算 (1日につき)

100点

注 診療所の療養病床であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算 (1日につき)

35点

注 診療所の療養病床であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

- A 2 2 4 無菌治療室管理加算（1日につき）
- 1 無菌治療室管理加算 1 3,000点
 - 2 無菌治療室管理加算 2 2,000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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。
- A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点
- 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 18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、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関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、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき） 390点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。
- 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。
 - 3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。
 - 4 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、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。
- A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき） 250点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。
- A 2 2 7 精神科措置入院診療加算（入院初日） 2,500点
- 注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 2 7 - 2 精神科措置入院退院支援加算（退院時1回） 600点

注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500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、精神保健福祉法第33条の7第1項に規定する入院等に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 2 9 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点

注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の7第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。

A 2 3 0 精神科棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点

注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神科棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 0-2 精神科地域移行実施加算（1日につき） 20点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神科棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神科棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 0-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

1 7日以内 450点

2 8日以上15日以内 300点

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

A 2 3 0-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるも

のを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A247に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。

A231 削除

A231-2 強度行動障害入院医療管理加算(1日につき) 300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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。

A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算(1日につき)

- 1 30日以内 200点
- 2 31日以上60日以内 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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A231-4 摂食障害入院医療管理加算(1日につき)

- 1 30日以内 200点
- 2 31日以上60日以内 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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A232 がん拠点病院加算(入院初日)

- 1 がん診療連携拠点病院加算
 - イ がん診療連携拠点病院 500点
 - ロ 地域がん診療病院 300点
- 2 小児がん拠点病院加算 750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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。

A233 削除

A233-2 栄養サポートチーム加算(週1回) 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者とし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保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患

者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算(特定地域)として、100点を所定点数に加算することができる。

3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- | | | |
|---|-----------|-----|
| 1 | 医療安全対策加算1 | 85点 |
| 2 | 医療安全対策加算2 | 30点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(特定機能病院を除く。)に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- | | | |
|---|---------------|-----|
| イ | 医療安全対策地域連携加算1 | 50点 |
| ロ | 医療安全対策地域連携加算2 | 20点 |

A234-2 感染防止対策加算(入院初日)

- | | | |
|---|-----------|------|
| 1 | 感染防止対策加算1 | 390点 |
| 2 | 感染防止対策加算2 | 90点 |

注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

2 感染防止対策加算1を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。

3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。

A234-3 患者サポート体制充実加算(入院初日) 70点

注 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している

ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 5 削除

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回） 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 6-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき） 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が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 3,200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が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

2 ハイリスク分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

A 2 3 8からA 2 3 8-5まで 削除

A 2 3 8-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000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が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8-8からA 2 4 1まで 削除

- A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週 1 回） 150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、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保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号 B 0 1 1 - 4 に掲げる医療機器安全管理料の 1 は別に算定できない。
- A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）
 1 後発医薬品使用体制加算 1 47点
 2 後発医薬品使用体制加算 2 42点
 3 後発医薬品使用体制加算 3 37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入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
 1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 120点
 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 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入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。
- A 2 4 5 データ提出加算
 1 データ提出加算 1（入院初日）
 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 140点
 ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 210点
 2 データ提出加算 2（入院初日）
 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 150点
 ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 220点
 3 データ提出加算 3（入院期間が 90 日を超えるごとに 1 回）
 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 140点
 ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 210点
 4 データ提出加算 4（入院期間が 90 日を超えるごとに 1 回）
 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 150点
 ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 220点
 注 1 1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のう

ち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

- 2 3及び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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 6 入退院支援加算(退院時1回)

- 1 入退院支援加算1

イ	一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ	療養病棟入院基本料等の場合	1,200点
- 2 入退院支援加算2

イ	一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ	療養病棟入院基本料等の場合	635点
- 3 入退院支援加算3 1,200点

注1 入退院支援加算1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が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入退院支援を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)の転院(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

2 入退院支援加算2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が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、入退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

3 入退院支援加算3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が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援計画を作成し、入

退院支援を行った場合

ロ 他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合

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が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。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、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、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)は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、入退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。

6 入退院支援加算1又は入退院支援加算2を算定する患者が15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 入院時支援加算1 230点
ロ 入院時支援加算2 200点

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入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 7 認知症ケア加算（1日につき）

1 認知症ケア加算1
イ 14日以内の期間 160点
ロ 15日以上期間 30点
2 認知症ケア加算2

イ	14日以内の期間	100点
ロ	15日以上	25点
3	認知症ケア加算 3	
イ	14日以内の期間	40点
ロ	15日以上	10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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。	
2	身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。	
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）	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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。	
A248	精神疾患診療体制加算	
1	精神疾患診療体制加算1（入院初日）	1,000点
2	精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回）	330点
注1	精神疾患診療体制加算1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が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。	
2	精神疾患診療体制加算2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、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対し、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科の医師が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。	
A249	精神科急性期医師配置加算（1日につき）	
1	精神科急性期医師配置加算1	600点
2	精神科急性期医師配置加算2	
イ	精神病棟入院基本料等の場合	500点
ロ	精神科急性期治療病棟入院料の場合	500点
3	精神科急性期医師配置加算3	450点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるもの	

を現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) 100点

注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に 6 種類以上の内服薬 (特に規定するものを除く。) が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として 150 点を更に所定点数に加算する。

イ 注 1 のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合

ロ 注 1 のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

A 2 5 1 排尿自立支援加算 (週 1 回) 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入院している患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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 12 週を限度として所定点数に加算する。

A 2 5 2 地域医療体制確保加算 (入院初日) 520点

注 救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第 3 節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料 (1 日につき)

1 救命救急入院料 1

イ 3 日以内の期間 10, 223点

ロ 4 日以上 7 日以内の期間 9, 250点

ハ 8 日以上 14 日以内の期間 7, 897点

2 救命救急入院料 2

イ 3 日以内の期間 11, 802点

ロ 4 日以上 7 日以内の期間 10, 686点

ハ 8 日以上 14 日以内の期間 9, 371点

3 救命救急入院料 3

イ 救命救急入院料

(1) 3 日以内の期間 10, 223点

(2) 4 日以上 7 日以内の期間 9, 250点

(3) 8 日以上 14 日以内の期間 7, 897点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間	10,223点
(2) 4日以上7日以内の期間	9,250点
(3) 8日以上60日以内の期間	8,318点
4 救命救急入院料 4	
イ 救命救急入院料	
(1) 3日以内の期間	11,802点
(2) 4日以上7日以内の期間	10,686点
(3) 8日以上14日以内の期間	9,371点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1) 3日以内の期間	11,802点
(2) 4日以上7日以内の期間	10,686点
(3) 8日以上14日以内の期間	9,371点
(4) 15日以上60日以内の期間	8,318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、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。	
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救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	
イ 救急体制充実加算 1	1,500点
ロ 救急体制充実加算 2	1,000点
ハ 救急体制充実加算 3	500点
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救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。	
5 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	
イ 急性薬毒物中毒加算 1（機器分析）	5,000点
ロ 急性薬毒物中毒加算 2（その他のもの）	350点
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、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。	
7 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。	
イ 入院基本料	
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安	

- 全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算 2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

1 特定集中治療室管理料 1	
イ 7日以内の期間	14,211点
ロ 8日以上14日以内の期間	12,633点
2 特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(1) 7日以内の期間	14,211点
(2) 8日以上14日以内の期間	12,633点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1) 7日以内の期間	14,211点
(2) 8日以上60日以内の期間	12,833点
3 特定集中治療室管理料 3	
イ 7日以内の期間	9,697点
ロ 8日以上14日以内の期間	8,118点
4 特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(1) 7日以内の期間	9,697点
(2) 8日以上14日以内の期間	8,118点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1) 7日以内の期間	9,697点
(2) 8日以上60日以内の期間	8,318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、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 7日以内の期間	2,000点
ロ 8日以上14日以内の期間	1,500点

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

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病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

- | | | |
|---|------------------|--------|
| 1 | ハイケアユニット入院医療管理料1 | 6,855点 |
| 2 | ハイケアユニット入院医療管理料2 | 4,224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、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 6,013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、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
 - ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 16,317点
- 2 8日以上^{じよくそろう}の期間 14,211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、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
 - ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

-)
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 8,434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、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{しよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。））、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 母体・胎児集中治療室管理料 7,381点
- 2 新生児集中治療室管理料 10,539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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあ

つては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。)に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)

ト 留置カテーテル設置

チ インキュベーター(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)

リ 第13部第1節の病理標本作製料

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき) 5,697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、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日)を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)

ト インキュベーター(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A304 削除

A305 一類感染症患者入院医療管理料(1日につき)

1 14日以内の期間 9,371点
2 15日以上期間 8,108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感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚

生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ニ 留置カテーテル設置

ホ 第13部第1節の病理標本作製料

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点

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

2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,909点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,743点

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1 小児入院医療管理料1 4,750点

2 小児入院医療管理料2 4,224点

3 小児入院医療管理料3 3,803点

4 小児入院医療管理料4 3,171点

5 小児入院医療管理料5 2,206点

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準^{ぼう}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の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の

- 2 第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟(精神病棟に限る。)に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
- 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。
- 5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
- 6 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
- 7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。))及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 2,129点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,115点) | |
| 2 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 2,066点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,051点) | |
| 3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3 | 1,899点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,884点) | |
| 4 | 回復期リハビリテーション病棟入院料4 | 1,841点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,827点) | |
| 5 | 回復期リハビリテーション病棟入院料5 | 1,736点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,721点) | |
| 6 | 回復期リハビリテーション病棟入院料6 | 1,678点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,664点) | |

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

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

	イ 体制強化加算 1	200点
	ロ 体制強化加算 2	120点
A 3 0 8 - 2	削除	
A 3 0 8 - 3	地域包括ケア病棟入院料（1日につき）	
1	地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,794点)
2	地域包括ケア入院医療管理料 1	2,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,794点)
3	地域包括ケア病棟入院料 2	2,620点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,605点)
4	地域包括ケア入院医療管理料 2	2,620点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,605点)
5	地域包括ケア病棟入院料 3	2,285点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,270点)
6	地域包括ケア入院医療管理料 3	2,285点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,270点)
7	地域包括ケア病棟入院料 4	2,076点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,060点)
8	地域包括ケア入院医療管理料 4	2,076点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,060点)

注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特

別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。
- 9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

- | | |
|--------------|--------|
| 1 特殊疾患病棟入院料1 | 2,070点 |
| 2 特殊疾患病棟入院料2 | 1,675点 |

- 注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。
- 3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。
- イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,910点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,745点 |
- ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,657点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,491点 |
- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

- 1 緩和ケア病棟入院料1
- | | |
|-----------------|--------|
| イ 30日以内の期間 | 5,207点 |
| ロ 31日以上60日以内の期間 | 4,654点 |
| ハ 61日以上 | 3,450点 |
- 2 緩和ケア病棟入院料2
- | | |
|-----------------|--------|
| イ 30日以内の期間 | 4,970点 |
| ロ 31日以上60日以内の期間 | 4,501点 |
| ハ 61日以上 | 3,398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緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に

、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

- 3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A311 精神科救急入院料（1日につき）

- | | |
|-------------|--------|
| 1 精神科救急入院料1 | |
| イ 30日以内の期間 | 3,579点 |
| ロ 31日以上期間 | 3,145点 |
| 2 精神科救急入院料2 | |
| イ 30日以内の期間 | 3,372点 |
| ロ 31日以上期間 | 2,938点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 | |
| イ 30日以内の期間 | 1,997点 |
| ロ 31日以上の期間 | 1,665点 |
| 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 | |
| イ 30日以内の期間 | 1,883点 |
| ロ 31日以上の期間 | 1,554点 |

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

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B 0 1 5に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A 2 4 9に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- | | |
|------------|--------|
| 1 30日以内の期間 | 3,579点 |
| 2 31日以上の期間 | 3,145点 |

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

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精

精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料(1日につき) 2,995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病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に要する費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A312 精神療養病棟入院料(1日につき) 1,091点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。

- 2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、

区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算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入院している患者についてのみ加算する。

イ 重症者加算1 60点

ロ 重症者加算2 30点

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A313 削除

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1 認知症治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,811点

ロ 31日以上60日以内の期間 1,503点

ハ 61日以上の期間 1,204点

2 認知症治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,318点

ロ 31日以上60日以内の期間 1,112点

ハ 61日以上の期間 988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病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 30日以内の期間 84点

ロ 31日以上の期間 40点

- 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316 削除

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|------------|--------|
| 1 | 特定一般病棟入院料1 | 1,152点 |
| 2 | 特定一般病棟入院料2 | 987点 |
- 注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が1病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- | | | |
|---|---|------|
| 2 | 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 | |
| | イ 14日以内の期間 | 450点 |
| | ロ 15日以上30日以内の期間 | 192点 |
- 3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 5 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病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アル

コール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩^{べん}管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準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入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜^{びん}灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜^{びん}灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。
- 9 注1から注6までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であつて、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。

A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき） 1,539点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算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入院している患者についてのみ加算する。

- イ 重症者加算1 60点
- ロ 重症者加算2 30点

- 4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1

補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。) 、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法(区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

1	短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合)	2,947点
2	短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合)	5,075点
	(生活療養を受ける場合にあつては、5,046点)	
3	短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)	
イ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	5,630点
	(生活療養を受ける場合にあつては、5,556点)	
ロ	D413 前立腺針生検法	10,309点
	(生活療養を受ける場合にあつては、10,235点)	
ハ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術	18,448点
	(生活療養を受ける場合にあつては、18,374点)	
ニ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	40,943点
	(生活療養を受ける場合にあつては、40,869点)	
ホ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	19,873点
	(片側)	
	(生活療養を受ける場合にあつては、19,799点)	
ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	34,416点
	(両側)	
	(生活療養を受ける場合にあつては、34,342点)	
ト	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	18,588点
	(生活療養を受ける場合にあつては、18,514点)	
チ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	32,540点
	(生活療養を受ける場合にあつては、32,466点)	
リ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	32,540点
	(生活療養を受ける場合にあつては、32,466点)	
ヌ	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	21,755点
	(生活療養を受ける場合にあつては、21,681点)	
ル	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)	10,411点
	(生活療養を受ける場合にあつては、10,337点)	
ヲ	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	10,225点
	(生活療養を受ける場合にあつては、10,151点)	
ワ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)	31,835点
	(生活療養を受ける場合にあつては、31,761点)	
カ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。)	25,358点
	(生活療養を受ける場合にあつては、25,284点)	
ヨ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。)	22,597点

				(生活療養を受ける場合にあっては、22,523点)	
タ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)	24,975点
				(生活療養を受ける場合にあっては、24,901点)	
レ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)		(3歳未満に限る。)	62,344点
				(生活療養を受ける場合にあっては、62,270点)	
ソ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)		(3歳以上6歳未満に限る。)	51,773点
				(生活療養を受ける場合にあっては、51,699点)	
ツ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)		(6歳以上15歳未満に限る。)	40,741点
				(生活療養を受ける場合にあっては、40,667点)	
ネ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)		(15歳以上に限る。)	50,328点
				(生活療養を受ける場合にあっては、50,254点)	
ナ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1	長径2センチメートル未満	12,739点
				(生活療養を受ける場合にあっては、12,665点)	
ラ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2	長径2センチメートル以上	15,599点
				(生活療養を受ける場合にあっては、15,525点)	
ム	K 7 4 3	痔核手術 (脱肛を含む。)	2	硬化療法 (四段階注射法によるもの)	11,109点
				(生活療養を受ける場合にあっては、11,035点)	
ウ	K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)			25,597点
				(生活療養を受ける場合にあっては、25,523点)	
キ	K 8 6 7	子宮頸部 (腔部) 切除術			16,249点
				(生活療養を受ける場合にあっては、16,175点)	
ノ	M 0 0 1 - 2	ガンマナイフによる定位放射線治療			59,199点
				(生活療養を受ける場合にあっては、59,125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手術を行った場合 (同一の日に入院及び退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (入院した日の翌日までに退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。				
2	別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合 (入院した日から起算して5日までの期間に限る。) は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。				
3	第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。				
イ	尿中一般物質定性半定量検査				
ロ	血液形態・機能検査 末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法) 及び末梢血液一般検査				
ハ	出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間 (PT) 及び活性化部分トロンボプラスチン				

時間 (A P T T)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総^{たん}蛋白、アルブミン (B C P改良法・B C G法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C h E)、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -G T)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (L A P)、クレアチンキナーゼ (C K)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (F e)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、H D L-コレステロール、L D L-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (A S T)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (A L T) 並びにイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) 定量、抗ストレプトキナーゼ (A S K) 定性、抗ストレプトキナーゼ (A S K) 半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、H I V-1 抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザ b 型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、R S ウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原定性・半定量及びH C V 抗体定性・定量

ト 血漿^{しょうたん}蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白 (C R P) 定性及びC 反応性蛋白 (C R P)

チ 心電図検査

区分番号D 2 0 8 の 1 に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E 0 0 1 の 1 に掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E 0 0 2 の 1 に掲げるもの

ル 麻酔管理料(I)

区分番号L 0 0 9 に掲げるもの

ヲ 麻酔管理料(II)

区分番号L 0 1 0 に掲げるもの

4 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 4 部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料 2 に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)

ハ 注 3 のイからヲまでに掲げるもの

5 第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料に掲げるもの (当該患者に対して行った第 2 章第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料、第 3 節薬剤料、第 4 節特定保険医療材料料、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。) は、短期滞在手術等基本料 3 に含まれるものとする。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000 特定疾患療養管理料

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| 1 | 診療所の場合 | 225点 |
| 2 | 許可病床数が100床未満の病院の場合 | 147点 |
| 3 | 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2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管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | ウイルス疾患指導料 | |
| イ | ウイルス疾患指導料1 | 240点 |
| ロ | ウイルス疾患指導料2 | 330点 |
- 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月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を算定している患者については算定しない。
- 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、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。
- 2 特定薬剤治療管理料
- | | | |
|---|------------|------|
| イ | 特定薬剤治療管理料1 | 470点 |
| ロ | 特定薬剤治療管理料2 | 100点 |
- 注1 イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわ

らず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。

- 4 イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 5 イについては、てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、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、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 11 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- | | |
|----------------|------|
| イ 尿中B T Aに係るもの | 220点 |
| ロ その他のもの | |
| (1) 1項目の場合 | 360点 |
| (2) 2項目以上の場合 | 400点 |

注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T A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D 0 0 9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。

3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

- 4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。
- 5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。
- 6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

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。

5 小児科療養指導料 270点

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。

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。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500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A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基

- づき療養上必要な指導を行った場合に、月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から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 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。
 - 5 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
 - 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A003に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。
- 7 難病外来指導管理料 270点
- 注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 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8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。
 - 5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500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。
- 8 皮膚科特定疾患指導管理料
- イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点
 - ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点
- 注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、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、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、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第

1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料 1

- | | |
|----------------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (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 |

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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

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

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。

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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ 入院栄養食事指導料 1

- | | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (2) 2回目 | 200点 |

ロ 入院栄養食事指導料 2

- | | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 250点 |
| (2) 2回目 | 190点 |

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、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。

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。

- 11 集団栄養食事指導料 80点
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
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
ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点
注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。
2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
4 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、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定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、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。
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。
- 13 在宅療養指導料 170点
注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。
2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。
- 14 高度難聴指導管理料
イ 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 500点
ロ イ以外の場合 420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、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。
2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
3 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。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点

注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

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

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿沈渣（鏡検法）

ハ 糞便検査

糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンA1c（HbA1c）

ホ 出血・凝固検査

出血時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、たんぱく質分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン（T₃）、サイロキシン（T₄）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT₃）、C-ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（FT₄）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、脳性Na利尿ペプチド（BNP）

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量

ヌ 血漿たんぱく質免疫学的検査

C反応性たんぱく質（CRP）、血清補体価（CH₅₀）、免疫グロブリン、C₃、C₄、トランスフェリン（Tf）、β₂-マイクログロブリン

ル 心電図検査

ヲ 写真診断

単純撮影（胸部）

ワ 撮影

単純撮影（胸部）

- 3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。

16 喘息治療管理料

イ 喘息治療管理料 1

- (1) 1月目 75点
(2) 2月目以降 25点

ロ 喘息治療管理料 2 280点

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。

- 2 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、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、重度喘息患者治療管理加算として、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

イ 1月目 2,525点

ロ 2月目以降6月目まで 1,975点

- 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。

17 慢性疼痛疾患管理料 130点

注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

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。

- 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。

- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料 170点

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

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。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

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

22 がん性疼痛緩和指導管理料 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、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

23 がん患者指導管理料

イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点

ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

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

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医

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

3 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、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性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6回に限り算定する。

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BCA1/2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。

5 ロについて、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

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

24 外来緩和ケア管理料 290点

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

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

25 移植後患者指導管理料

イ 臓器移植後の場合 300点

ロ 造血幹細胞移植後の場合 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、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中

の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料 350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、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、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めたと入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100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。

28 小児運動器疾患指導管理料 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ 初回 500点

ロ 2回目から4回目まで 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。

30 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。

31 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。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ 初診時 599点

ロ 再診時 406点

2 1以外の場合

イ 初診時 716点

ロ 再診時 524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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

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。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

1	地域連携小児夜間・休日診療料 1	450点
2	地域連携小児夜間・休日診療料 2	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小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	
B 0 0 1 - 2 - 3	乳幼児育児栄養指導料	130点
	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。	
B 0 0 1 - 2 - 4	地域連携夜間・休日診療料	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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。	
B 0 0 1 - 2 - 5	院内トリアージ実施料	300点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。	
B 0 0 1 - 2 - 6	夜間休日救急搬送医学管理料	600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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。	
	2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。	
	3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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
B 0 0 1 - 2 - 7	外来リハビリテーション診療料	
1	外来リハビリテーション診療料 1	73点
2	外来リハビリテーション診療料 2	110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、リハビリテーション（区分番号H 0 0 0に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H 0 0 1に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H 0 0 1 - 2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H 0 0 2に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H 0 0 3に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料 1 については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料 2 については14日間に1回に限り算定する。	

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。
- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
 - 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）

- 1 地域包括診療料1 1,660点
- 2 地域包括診療料2 1,600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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。
 - 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算とし

て、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

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

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

- | | |
|---------------|--------|
| 1 認知症地域包括診療料1 | 1,681点 |
| 2 認知症地域包括診療料2 | 1,613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（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、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 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。

3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

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

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

- | | |
|---------------|------|
| 1 処方箋を交付する場合 | |
| イ 初診時 | 631点 |
| ロ 再診時 | 438点 |
| 2 処方箋を交付しない場合 | |

- | | |
|-------|------|
| イ 初診時 | 748点 |
| ロ 再診時 | 556点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。
- 2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。
- 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

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
- | | |
|-----------------|------|
| イ 脂質異常症を主病とする場合 | 650点 |
| ロ 高血圧症を主病とする場合 | 700点 |
| ハ 糖尿病を主病とする場合 | 800点 |
- 2 1以外の場合
- | | |
|-----------------|--------|
| イ 脂質異常症を主病とする場合 | 1,175点 |
| ロ 高血圧症を主病とする場合 | 1,035点 |
| ハ 糖尿病を主病とする場合 | 1,280点 |
- 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つては、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。
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
- 3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であつてインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

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

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

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 | |
| (1) 対面で行った場合 | 184点 |
| (2) 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。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。

3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

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

については、別に算定することができる。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総たんぱく質、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト 血漿たんぱく免疫学的検査

C反応性たんぱく質（CRP）定性及びC反応性たんぱく質（CRP）

チ 心電図検査

区分番号D208の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E001の1のイに掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E002の1に掲げるもの

6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1 病院の場合

1,188点

2 診療所の場合

1,056点

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全

身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。

2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

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

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ 心電図検査

ヘ 呼吸心拍監視

ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定

チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定

リ 中心静脈圧測定

ヌ 動脈血採取

4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定しない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

6 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

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

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、

所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 1 - 7 リンパ浮腫指導管理料 100点

注1 保険医療機関に入院中の患者であつて、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つては、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。

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号B 0 0 5 - 6の注1に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号B 0 0 5 - 6 - 2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。

B 0 0 1 - 8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100点

注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

- 1 初回 800点
- 2 2回目以降 400点

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

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。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 2 開放型病院共同指導料(I) 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料、区分番号A 0 0 3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。

B003 開放型病院共同指導料(II) 220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B004 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合 1,500点

2 1以外の場合 900点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及びI002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号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。

B005 退院時共同指導料2 400点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、

共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)は別に算定できない。

B005-1-2 介護支援等連携指導料 400点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4、区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B005-2からB005-3-2まで 削除

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I) 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、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回

算定する。

B 0 0 5 - 5 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 500点

注 区分番号A 2 3 6 - 2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号B 0 0 5 - 4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B 0 0 5 - 6 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料1 750点

2 がん治療連携計画策定料2 300点

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

2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B 0 0 5 - 6 - 2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9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。

4 区分番号B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 6 - 2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B 0 0 5 - 6に掲げるがん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

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B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号B 0 1 1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。

B 0 0 5 - 6 - 3 がん治療連携管理料

1 がん診療連携拠点病院の場合 500点

2	地域がん診療病院の場合	300点
3	小児がん拠点病院の場合	750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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	500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が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	
2	注1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。	
B005-7	認知症専門診断管理料	
1	認知症専門診断管理料1	
イ	基幹型又は地域型の場合	700点
ロ	連携型の場合	500点
2	認知症専門診断管理料2	300点
注1	認知症専門診断管理料1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	
2	認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。	
3	注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
4	区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	
B005-7-2	認知症療養指導料	
1	認知症療養指導料1	350点
2	認知症療養指導料2	300点
3	認知症療養指導料3	300点
注1	1については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属	

する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

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。

5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

B005-7-3 認知症サポート指導料 450点

注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

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。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。

2 注1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。

B005-9 外来排尿自立指導料 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、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。

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準^{（ほほう）}に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産

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

2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。

B005-11 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。

B006 救急救命管理料 500点

注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B006-2 削除

B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B007-2 退院後訪問指導料 580点

注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く。）を限度として、5回に限り算定する。

2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点

- 2 1の患者以外の患者の場合 325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入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。
- 2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

- 注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。
- 2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料(I) 250点

- 注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 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。
- 8 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
- 9 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊産婦紹介加算として、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。
- 10 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として、100点を所定点数に加算する。
- 11 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。
- 12 精神科以外の診療科を標榜する^{ぼう}保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜する別の^{ぼう}保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。
- 13 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50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、^{くわう}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、^{くわう}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。
- 15 保険医療機関が、^{くわう}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、^{ぼう}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、^{くわう}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。
- 16 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を

算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

17 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

18 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

B009-2 電子的診療情報評価料 30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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料(Ⅱ) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B010-2 診療情報連携共有料 120点

注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、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 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。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

B011 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

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

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。

B011-2 削除

B011-3 薬剤情報提供料 10点

- 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
- 2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。
- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

B011-4 医療機器安全管理料

- 1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点
- 2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100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、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 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、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点

注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

- 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。

B 0 1 5 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については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料、区分番号B 0 0 2に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料 1、区分番号C 0 0 0に掲げる往診料、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C 0 0 1 - 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B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料 2又は区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

B 0 1 6 から B 0 1 8 まで 削除

第2部 在宅医療

通則

- 1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 往診料 720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

(1) 病床を有する場合

- | | |
|-------------|--------|
| ① 緊急往診加算 | 850点 |
| ② 夜間・休日往診加算 | 1,700点 |
| ③ 深夜往診加算 | 2,700点 |

(2) 病床を有しない場合

- | | |
|-------------|--------|
| ① 緊急往診加算 | 750点 |
| ② 夜間・休日往診加算 | 1,500点 |
| ③ 深夜往診加算 | 2,500点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 緊急往診加算 | 650点 |
| (2) 夜間・休日往診加算 | 1,300点 |
| (3) 深夜往診加算 | 2,300点 |

ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 緊急往診加算 | 325点 |
| (2) 夜間・休日往診加算 | 650点 |
| (3) 深夜往診加算 | 1,300点 |

- 2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。
- 3 患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
- 4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

C001 在宅患者訪問診療料(I) (1日につき)

- | | | |
|---|----------------|------|
| 1 | 在宅患者訪問診療料1 | |
| | イ 同一建物居住者以外の場合 | 888点 |
| | ロ 同一建物居住者の場合 | 213点 |
| 2 | 在宅患者訪問診療料2 | |
| | イ 同一建物居住者以外の場合 | 884点 |
| | ロ 同一建物居住者の場合 | 187点 |
- 注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。
- 2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。
- 3 1について、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診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400点を所定点数に加算する。
- 5 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30

分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

- 6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- | | |
|-------------|--------|
| ① 病床を有する場合 | 6,500点 |
| ② 病床を有しない場合 | 5,500点 |
- (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合
- | | |
|--|--------|
| | 4,500点 |
|--|--------|
- (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
- | | |
|--|--------|
| | 3,500点 |
|--|--------|

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- | | |
|-------------|--------|
| ① 病床を有する場合 | 6,500点 |
| ② 病床を有しない場合 | 5,500点 |
- (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合
- | | |
|--|--------|
| | 4,500点 |
|--|--------|
- (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
- | | |
|--|--------|
| | 3,500点 |
|--|--------|

- 7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

- 8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

- 9 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料(I)は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

- 10 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

- 11 訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。

C001-2 在宅患者訪問診療料(II)（1日につき） 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）

ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に限り算定する。

3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。

4 注1のイの場合について、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診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

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

(1) 病床を有する場合 6,200点

(2) 病床を有しない場合 5,200点

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,200点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点

6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

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

イ 病床を有する場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合 5,400点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,500点

③ ①及び②以外の場合 2,880点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合 4,500点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,400点

③ ①及び②以外の場合	1,200点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,760点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点
③ ①及び②以外の場合	780点
ロ 病床を有しない場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,000点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,140点
③ ①及び②以外の場合	2,640点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,100点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,200点
③ ①及び②以外の場合	1,100点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点
③ ①及び②以外の場合	720点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	3,780点
(3) (1)及び(2)以外の場合	2,400点
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,700点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,000点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,000点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,280点
(3) (1)及び(2)以外の場合	680点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,835点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,800点
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,750点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,475点
(3) (1)及び(2)以外の場合	750点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,760点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	995点
(3) (1)及び(2)以外の場合	560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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未	

- 満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。
- 2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。
 - 3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
 - 4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
 - 5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。
 - 6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
 - 7 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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) (1)及び(2)以外の場合	100点
ロ 在宅療養実績加算1	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点
(3) (1)及び(2)以外の場合	75点
ハ 在宅療養実績加算2	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	200点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	100点
(3) (1)及び(2)以外の場合	50点
 - 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
 - 9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。
 - 10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
 - 11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
 - 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。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

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

イ 病床を有する場合

- (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,900点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,240点
 - ③ ①及び②以外の場合 2,880点
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,200点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,700点
 - ③ ①及び②以外の場合 1,200点
- (3) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点
 - ③ ①及び②以外の場合 780点

ロ 病床を有しない場合

- (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,600点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,970点
 - ③ ①及び②以外の場合 2,640点
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,900点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点
 - ③ ①及び②以外の場合 1,100点
- (3) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点
 - ③ ①及び②以外の場合 720点

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

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,700点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,600点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,400点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,640点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 920点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 680点

- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,450点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 2,025点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 1,800点 |
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,950点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,025点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 750点 |
- ハ 月1回訪問診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,280点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 725点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 560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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。
- 2 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
- 3 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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
- イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 300点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 150点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 75点 |
- ロ 在宅療養実績加算1
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 225点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 110点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 56点 |
- ハ 在宅療養実績加算2
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 150点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 75点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 40点 |
- 4 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
- 5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

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

- イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 2,000点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 1,850点
 - 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点
 - ロ 処方箋を交付しない場合 1,685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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。
- 5 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が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

C004 救急搬送診療料 1,300点

- 注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
- 3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
 - イ 週3日目まで 580点
 - ロ 週4日目以降 680点
- 2 准看護師による場合
 - イ 週3日目まで 530点
 - ロ 週4日目以降 630点
- 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

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（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。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、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導

料（3を除く。）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、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。

- 2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）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、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。
- 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、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。
- 4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。
- 5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。
- 6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、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、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。
 - イ 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 450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 380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。） 300点
 - ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
 - (i) 1日に1回の場合 300点

- (2) 1日に2回の場合 600点
- (3) 1日に3回以上の場合 1,000点
- 8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。
- 9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。
- 10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
- イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点
- ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000点
- 11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。
- 12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。
- 13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者を

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

14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

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。

16 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

17 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合

イ 同一日に2人

- (1) 週3日目まで 580点
- (2) 週4日目以降 680点

ロ 同一日に3人以上

- (1) 週3日目まで 293点
- (2) 週4日目以降 343点

2 准看護師による場合

イ 同一日に2人

- (1) 週3日目まで 530点
- (2) 週4日目以降 630点

ロ 同一日に3人以上

- (1) 週3日目まで 268点
- (2) 週4日目以降 318点

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

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、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。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも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、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

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

イ 1日に2回の場合

- (1) 同一建物内1人 450点
- (2) 同一建物内2人 450点
- (3) 同一建物内3人以上 400点

ロ 1日に3回以上の場合

- (1) 同一建物内1人 800点
- (2) 同一建物内2人 800点
- (3) 同一建物内3人以上 720点

4 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

- (1) 同一建物内1人 450点
- (2) 同一建物内2人 450点
- (3) 同一建物内3人以上 400点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

- (1) 同一建物内1人 380点
- (2) 同一建物内2人 380点
- (3) 同一建物内3人以上 340点

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

- (1) 同一建物内1人 300点
- (2) 同一建物内2人 300点
- (3) 同一建物内3人以上 270点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪

問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 300点
 - ② 同一建物内2人 300点
 - ③ 同一建物内3人以上 270点
- (2) 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 600点
 - ② 同一建物内2人 600点
 - ③ 同一建物内3人以上 540点
- (3) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 1,000点
 - ② 同一建物内2人 1,000点
 - ③ 同一建物内3人以上 900点

5 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 100点

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

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等につい

て必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。

- 2 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リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。
- 3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

C007 訪問看護指示料 300点

- 注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、100点を所定点数に加算する。
 - 3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。
 - 4 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

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

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
 - 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
 - 3 1及び2以外の場合 290点
- 注1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を

行った場合に、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薬剤師が訪問し薬学的管理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4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

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

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 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。

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。

3 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C010 在宅患者連携指導料 900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患

者については算定しない。

5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

C012 在宅患者共同診療料

- | | |
|----------------------|--------|
| 1 往診の場合 | 1,500点 |
| 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） | 1,000点 |
| 3 訪問診療の場合（同一建物居住者） | 240点 |

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働

働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C013 在宅患者訪問 褥瘡管理指導料 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。

2 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C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

第2節 在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
- 3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
- 4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

区分

C100 退院前在宅療養指導管理料 120点

注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

C101 在宅自己注射指導管理料

- 1 複雑な場合 1,230点
- 2 1以外の場合
 - イ 月27回以下の場合 650点
 - ロ 月28回以上の場合 750点

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

2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。

3 処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。

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。

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

C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点

注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

- 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。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

注1 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

C103 在宅酸素療法指導管理料

- 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点
2 その他の場合 2,400点

注1 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2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、150点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2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。

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点

注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点

注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点

注 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（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点

注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。

C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点

注1 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、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

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。

C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点

注 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、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点
2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点

注1 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、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管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点

に当該期間の月数（当該管理を行った月に限り、2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。

- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点
注 在宅における鎮痛療法又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に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点
注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点
注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。
- C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点
注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点
注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点
注1 てんかん治療のため植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点
注 便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI₂製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点
注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C113 削除
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点
注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 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8

に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない

- C 1 1 5 削除
- C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- C 1 1 7 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点
注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800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、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 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、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、経肛門的自己洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。
- C 1 2 0 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

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
- 2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC 1 0 7-2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。

区分

- C 1 5 0 血糖自己測定器加算
- 1 月20回以上測定する場合 350点
 - 2 月30回以上測定する場合 465点
 - 3 月40回以上測定する場合 580点
 - 4 月60回以上測定する場合 830点
 - 5 月90回以上測定する場合 1,170点
 - 6 月120回以上測定する場合 1,490点
 - 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。）
- ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ニ 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。）
- 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。）
- ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ハ 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。）
- 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。

- C151 注入器加算 300点
注 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、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C152 間歇注入シリンジポンプ加算
1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点
2 1以外のシリンジポンプ 1,500点
注 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、間歇注入シリンジ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。
- C152-2 持続血糖測定器加算
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、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。
2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。
- C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点

- 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用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。
- C 1 5 3 注入器用注射針加算
- 1 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点
 - 2 1以外の場合 130点
- 注 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、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 4 紫外線殺菌器加算 360点
- 注 在宅自己連続携行式腹膜^{かん}灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 5 自動腹膜灌流装置加算 2,500点
- 注 在宅自己連続携行式腹膜^{かん}灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜^{かん}灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 6 透析液供給装置加算 10,000点
- 注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 7 酸素ボンベ加算
- 1 携帯用酸素ボンベ 880点
 - 2 1以外の酸素ボンベ 3,950点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 8 酸素濃縮装置加算 4,000点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C 1 5 7に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。
- C 1 5 9 液化酸素装置加算
- 1 設置型液化酸素装置 3,970点
 - 2 携帯型液化酸素装置 880点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 5 9-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 6 0 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点
- 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 6 1 注入ポンプ加算 1,250点
- 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。
- C 1 6 2 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点

注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C163 特殊カテーテル加算

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------|
| 1 | 再利用型カテーテル | 400点 |
| 2 | 間歇 ^{けつ} 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 | |
| | (1) 60本以上90本未満の場合 | 1,700点 |
| | (2) 90本以上120本未満の場合 | 1,900点 |
| | (3) 120本以上の場合 | 2,100点 |
| | ロ イ以外のもの | 1,000点 |
| 3 | 間歇 ^{けつ} 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、再利用型カテーテル、間歇^{けつ}導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇^{けつ}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。

C164 人工呼吸器加算

- | | | |
|---|------------------------------------|--------|
| 1 | 陽圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| | 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |
| 2 | 人工呼吸器 | 6,480点 |
| | 注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |
| 3 | 陰圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| | 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |

注 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、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | ASVを使用した場合 | 3,750点 |
| 2 | CPAPを使用した場合 | 1,000点 |
| | 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療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。 | |

C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点

注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル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。

C167 疼痛^{とう}等管理用送信器加算 600点

注 疼痛^{とう}除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛^{とう}管理、在宅振戦^{とう}管理又は在宅てんかん^{とう}管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛^{とう}等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点

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

C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200点

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

C169 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点

注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を

使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

- C170 排痰補助装置加算 1,800点
注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

- C171 在宅酸素療法材料加算
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点
2 その他の場合 100点
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点
注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- C172 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。

- C173 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。

第3節 薬剤料

区分

- C200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

- 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分

- C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3部 検査

通則

- 1 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節又は第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊なものの費用は、第1節又は第3節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 5 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

第1節 検体検査料

通則

検体検査の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 検体検査実施料

通則

- 1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、時間外緊急院内検査加算として、第1款の各区分の所定点数に1日につき200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。
- 2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、外来迅速検体検査加算として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

区分

(尿・糞便等検査)

D000	尿中一般物質定性半定量検査	26点
	注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
1	尿蛋白	7点
2	VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース	9点
3	ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧	16点
4	ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿)	17点
5	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	41点
6	アルブミン定性(尿)	49点
7	黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	72点

8	アルブミン定量（尿）	102点
9	トランスフェリン（尿）	104点
10	ウロポルフィリン（尿）	105点
11	δ アミノレブリン酸（ δ -ALA）（尿）	109点
12	ポリアミン（尿）	115点
13	ミオイノシトール（尿）	120点
14	コプロポルフィリン（尿）	135点
15	総ヨウ素（尿）	186点
16	IV型コラーゲン（尿）	189点
17	ポルフォビリノゲン（尿）	191点
18	シュウ酸（尿）	200点
19	L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿）	210点
20	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	
21	その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数	
	注 区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。	
D002	尿沈渣（鏡検法）	27点
	注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	
	2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
	3 染色標本による検査を行った場合は、染色標本加算として、9点を所定点数に加算する。	
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	24点
	注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	
	2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
D003	糞便検査	
	1 虫卵検出（集卵法）（糞便）、ウロビリリン（糞便）	15点
	2 糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。）	20点
	3 虫体検出（糞便）	23点
	4 糞便中脂質	25点
	5 糞便中ヘモグロビン定性	37点
	6 虫卵培養（糞便）	40点
	7 糞便中ヘモグロビン	41点
	8 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56点
	9 カルプロテクチン（糞便）	276点
D004	穿刺液・採取液検査	
	1 ヒューナー検査	20点
	2 胃液又は十二指腸液一般検査	55点
	3 髄液一般検査	62点

4	精液一般検査	70点
5	頸管粘液一般検査	75点
6	顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、I g E 定性（涙液）	100点
7	顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	122点
8	マイクロバブルテスト	200点
9	I g G インデックス	414点
10	オリゴクロナルバンド	522点
11	ミエリン塩基性蛋白（MB P）（髄液）	577点
12	タウ蛋白（髄液）	622点
13	リン酸化タウ蛋白（髄液）	641点
14	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	
15	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D 0 1 7に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数	
16	その他 検査の種類別により区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査、区分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の例により算定した点数	

注 区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査、区分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

1	悪性腫瘍遺伝子検査	
	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 処理が複雑なもの	5,000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 (血液学的検査)	2,500点

D 0 0 5 血液形態・機能検査

1	赤血球沈降速度（E S R）	9点
注	当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
2	網赤血球数	12点
3	血液浸透圧、好酸球（鼻汁・喀痰）、末梢血液像（自動機械法）	15点
4	好酸球数	17点
5	末梢血液一般検査	21点
6	末梢血液像（鏡検法）	25点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。

7	血中微生物検査	40点
8	赤血球抵抗試験	45点
9	ヘモグロビンA1c (HbA1c)	49点
10	自己溶血試験、血液粘稠度	50点
11	ヘモグロビンF (HbF)	60点
12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)	250点
14	骨髓像	812点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。

15	造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	1,940点
----	---------------------	--------

D006 出血・凝固検査

1	出血時間	15点
2	プロトロンビン時間 (PT)	18点
3	血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
4	フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン	23点
5	トロンビン時間	25点
6	蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験	28点
7	活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)	29点
8	血小板凝集能	50点
9	血小板粘着能	64点
10	アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
12	フィブリンモノマー複合体定性	93点
13	プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験)	100点
14	Dダイマー定性	125点
15	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量	128点
16	von Willebrand因子 (VWF) 活性	132点
17	Dダイマー	133点
18	α_2 -マクログロブリン	138点
19	PIVKA-II	143点
20	凝固因子インヒビター	148点
21	von Willebrand因子 (VWF) 抗原	151点
22	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	158点
23	プロテインS抗原	162点
24	プロテインS活性	168点
25	β -トロンボグロブリン (β -TG)	177点
26	血小板第4因子 (PF ₄)	178点
27	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	181点
28	プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
29	トロンボモジュリン	204点
30	凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子)	223点
31	フィブリンモノマー複合体	227点

32	プロテインC抗原	239点
33	t P A ・ P A I - 1 複合体	240点
34	プロテインC活性	241点
35	A D A M T S 13活性	400点
36	A D A M T S 13インヒビター	1,000点
	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から34までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ 3項目又は4項目	530点
	ロ 5項目以上	722点
D 0 0 6 - 2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
D 0 0 6 - 3	M a j o r B C R - A B L 1 (mRNA定量 (国際標準値))	
	1 診断の補助に用いるもの	2,520点
	2 モニタリングに用いるもの	2,520点
D 0 0 6 - 4	遺伝学的検査	
	1 処理が容易なもの	3,880点
	2 処理が複雑なもの	5,000点
	3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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。	
D 0 0 6 - 5	染色体検査 (全ての費用を含む。)	2,631点
	注 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。	
D 0 0 6 - 6	免疫関連遺伝子再構成	2,429点
D 0 0 6 - 7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,037点
D 0 0 6 - 8	サイトケラチン19 (K R T 19) mRNA検出	2,400点
D 0 0 6 - 9	W T 1 mRNA	2,520点
D 0 0 6 - 10	C C R 4 タンパク (フローサイトメトリー法)	10,000点
D 0 0 6 - 11	F I P 1 L 1 - P D G F R α 融合遺伝子検査	3,201点
D 0 0 6 - 12	E G F R 遺伝子検査 (血漿 ^{しょう})	2,100点
	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。	
D 0 0 6 - 13	骨髄微小残存病変量測定	
	1 遺伝子再構成の同定に用いるもの	3,500点
	2 モニタリングに用いるもの	2,100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実施した場合に限り算定する。	
D 0 0 6 - 14	F L T 3 遺伝子検査	4,200点
D 0 0 6 - 15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D 0 0 6 - 16	J A K 2 遺伝子検査	2,504点
D 0 0 6 - 17	N u d i x h y d r o l a s e 15 (N U D T 15) 遺伝子多型	2,100点
D 0 0 6 - 18	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	
	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。	
D 0 0 6 - 19	がんゲノムプロファイリング検査	

1	検体提出時	8,000点
2	結果説明時	48,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	
D006-20	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。	
D006-21	血液粘弾性検査（一連につき） （生化学的検査(I)）	600点
D007	血液化学検査	
1	総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総 ^{たん} 蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）	11点
2	リン脂質	15点
3	HDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）	17点
4	LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
5	銅（Cu）	23点
6	リパーゼ	24点
7	イオン化カルシウム	26点
8	マンガン（Mn）	27点
9	ケトン体	30点
10	アポリ ^{たん} ポ ^{たん} 蛋白	
	イ 1項目の場合	31点
	ロ 2項目の場合	62点
	ハ 3項目以上の場合	94点
11	アデノシンデアミナーゼ（ADA）	32点
12	グアナーゼ	35点
13	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
14	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩	48点
15	ASTアイソザイム、リ ^{たん} ポ ^{たん} 蛋白分画	49点
16	アンモニア	50点
17	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
18	コレステロール分画	57点
19	ケトン体分画、遊離脂肪酸	59点
20	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L-CAT）	70点
21	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ（G-6-PD）、リ ^{たん} ポ ^{たん} 蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG） ）、グリコール酸	80点
22	CK-MB（免疫阻害法・ ^{たん} 蛋白量測定）	90点

23	LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン	95点
24	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	96点
25	リポ ^{たん} 蛋白 (a)	107点
26	ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量	108点
27	エタノール	111点
28	KL-6	114点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量、アルミニウム (A1)	115点
30	25-ヒドロキシビタミンD	117点
31	ペントシジン、シスタチンC	118点
32	イヌリン	120点
33	リポ ^{たん} 蛋白分画 (HPLC法)	129点
34	肺サーファクタント ^{たん} 蛋白-A (SP-A)、ガラクトース	130点
35	肺サーファクタント ^{たん} 蛋白-D (SP-D)	136点
36	血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン	139点
	注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。	
37	プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、亜鉛 (Zn)	140点
38	セレン、アンギオテンシンI転換酵素 (ACE)、ビタミンB ₁₂	144点
39	IV型コラーゲン・7S	148点
40	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150点
41	葉酸	154点
42	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)、 ^{ちつ} 腔分泌液中インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白1型 (IGFBP-1) 定性	180点
43	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖I、レムナント様リポ ^{たん} 蛋白コレステロール (RLP-C)	184点
44	アセトアミノフェン	185点
45	トリプシン	189点
46	Mac-2結合 ^{たん} 蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン	194点
47	ホスホオリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
48	赤血球コプロポルフィリン	210点
49	リポ ^{たん} 蛋白リパーゼ (LPL)	223点
50	肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
51	ビタミンB ₁	246点
52	ビタミンB ₂	249点
53	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
54	赤血球プロトポルフィリン	272点
55	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量	292点
56	プレセプシン定量	301点
57	インフリキシマブ定性	310点
58	ビタミンC	314点
59	1, 25-ジヒドロキシビタミンD ₃	388点
60	FGF23	788点
	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ 5項目以上7項目以下	93点

ロ	8項目又は9項目	99点
ハ	10項目以上	109点

注 入院中の患者について算定した場合は、入院時初回加算として、初回に限り20点を所定点数に加算する。

(生化学的検査Ⅱ)

D008 内分泌学的検査

1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	102点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	104点
10	インスリン (IRI)	106点
11	レニン定量	108点
12	サイロキシシン (T ₄)	111点
13	成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH)	111点
14	アルドステロン、テストステロン	125点
15	遊離サイロキシシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール	127点
16	サイロキシシン結合グロブリン (TBG)	130点
17	サイログロブリン	133点
18	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)	134点
19	脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	136点
20	カルシトニン	137点
21	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	138点
22	サイロキシシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)	140点
23	グルカゴン	150点
24	プロゲステロン	151点
25	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	156点
26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	158点
27	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC)	161点
28	遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP)	163点
29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	165点
30	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)	169点
31	セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画	170点
32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	174点
33	サイクリックAMP (cAMP)	175点
34	エストラジオール (E ₂)	177点

35	エストリオール (E ₃)、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-P ^{たん} THrP)	180点
36	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	191点
37	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (P ^{たん} THrP)、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン	194点
38	17-ケトジェニックステロイド (17-KGS)	200点
39	エリスロポエチン	209点
40	17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α -ヒドロキシprogesteron (17 α -OHP)、抗IA-2抗体、プレグナンジオール	213点
41	メタネフリン	217点
42	ソマトメジンC	218点
43	17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)	220点
44	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	221点
45	心房性Na利尿ペプチド (ANP)	227点
46	プレグナントリオール	234点
47	抗利尿ホルモン (ADH)	235点
48	ノルメタネフリン	250点
49	インスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3)	280点
50	遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ	3項目以上5項目以下	410点
ロ	6項目又は7項目	623点
ハ	8項目以上	900点

D009 腫瘍マーカー

1	尿中BTA	80点
2	癌胎児性抗原 (CEA)	102点
3	α -フェトプロテイン (AFP)	104点
4	扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)	107点
5	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	110点
6	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3	118点
7	エラスターゼ1	126点
8	前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9	127点
9	PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	139点
10	CA125	144点
11	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
12	核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)	147点
13	シアリルLe ^x -i抗原 (SLX)	148点
14	塩基性フェトプロテイン (BFP)	150点
15	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	154点
16	サイトケラチン8・18 (尿)	160点
17	BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)	162点
18	抗p53抗体	163点
19	シアリルLe ^x 抗原 (CSLEX)	164点
20	I型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP)	170点
21	ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP)	175点

22	CA54/61、 ^{がん} 癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT)	184点
23	CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)	190点
24	γ -セミノプロテイン (γ -Sm)	194点
25	ヒト精巣上体蛋白4 (HE4)	200点
26	可溶性メソテリン関連ペプチド	220点
27	^{がん} 癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)、 ^{がん} 癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液)	305点
28	HER2 ^{たん} 蛋白	320点
29	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	438点
注1	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	
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

1	糖分析 (尿)	38点
2	結石分析	120点
3	チロシン	200点
4	アミノ酸	
	イ 1種類につき	287点
	ロ 5種類以上	1,176点
5	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR)	288点
6	アミノ酸定性	350点
7	脂肪酸分画	417点
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。	
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。	

(免疫学的検査)

D011 免疫血液学的検査

1	ABO血液型、Rh(D)血液型	24点
2	Combs試験	
	イ 直接	34点
	ロ 間接	47点
3	Rh(その他の因子)血液型	152点
4	不規則抗体	159点

注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心

・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

5	A B O血液型関連糖転移酵素活性	186点
6	血小板関連 I g G (P A - I g G)	198点
7	A B O血液型亜型	260点
8	抗血小板抗体	262点
9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体)	378点
10	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G、 I g M及び I g A 抗体)	390点

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

1	梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジン O (A S O) 定性、抗ストレプトリジン O (A S O) 半定量、抗ストレプトリジン O (A S O) 定量	15点
2	トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量	26点
3	抗ストレプトキナーゼ (A S K) 定性、抗ストレプトキナーゼ (A S K) 半定量	29点
4	梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量	32点
5	梅毒血清反応 (S T S) 半定量、梅毒血清反応 (S T S) 定量	34点
6	梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量	53点
7	アデノウイルス抗原定性 (糞便)、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性 (糞便)、ロタウイルス抗原定量 (糞便)	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ I g G 抗体	70点
10	クラミドフィラ・ニューモニエ I g A 抗体	75点
11	ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) (1 項目当たり)	79点
	注 同一検体についてウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	
12	クロストリジジオイデス・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量	80点
13	H T L V - I 抗体定性、H T L V - I 抗体半定量	85点
14	トキソプラズマ抗体	93点
15	トキソプラズマ I g M 抗体	95点
16	H I V - 1, 2 抗体定性、H I V - 1, 2 抗体半定量、H I V - 1, 2 抗原・抗体同時測定定性	115点
17	抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性	116点
18	H I V - 1, 2 抗体定量、H I V - 1, 2 抗原・抗体同時測定定量、A 群 β 溶連菌迅速試験定性	127点
19	カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量	134点
20	ヘモフィルス・インフルエンザ b 型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)	136点
21	R S ウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S 試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S 試験) 半定量	138点
22	インフルエンザウイルス抗原定性	139点
23	ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	142点
24	肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性	146点
25	ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無 莢 膜型) 抗原定性、マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法)	150点
26	クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体	156点
27	D - アラビニトール、クラミジア・トラコマチス抗原定性	160点

28	アスペルギルス抗原	161点
29	大腸菌O157抗原定性	165点
30	大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体	168点
31	マイコプラズマ抗原定性（FA法）	170点
32	クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性	174点
33	大腸菌血清型別	175点
34	淋菌 ^{りん} 抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	180点
35	アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性	189点
36	肺炎球菌 ^{きょう} 莢膜抗原定性（尿・髄液）	198点
37	ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラ コマチス抗体	200点
38	ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、（1→3）-β-D-グルカン	207点
39	単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器 ）、アニサキスIgG・IgA抗体	210点
40	グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）	212点
	注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は 、2項目を限度として算定する。	
41	レジオネラ抗原定性（尿）	217点
42	赤痢アメーバ抗体半定量	223点
43	デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイル ス抗原定性（上皮細胞）	233点
	注 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性について 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実施した 場合に算定する。	
44	エンドトキシン	243点
45	百日咳菌 ^{せき} 抗体	264点
46	HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）	280点
47	結核菌群抗原定性	291点
48	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	377点
49	HIV-2抗体（ウエスタンブロット法）	380点
50	HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインプロット法）	425点
51	HIV抗原	600点
52	抗トリコスポロン・アサヒ抗体	873点
D013	肝炎ウイルス関連検査	
1	HBs抗原定性・半定量	29点
2	HBs抗体定性、HBs抗体半定量	32点
3	HBs抗原、HBs抗体	88点
4	HBe抗原、HBe抗体	104点
5	HCV抗体定性・定量、HCVコア ^{たん} 蛋白	108点
6	HBc抗体半定量・定量	137点
7	HCVコア抗体	143点
8	HA-IgM ^{たん} 抗体、HA抗体、HBc-IgM ^{たん} 抗体	146点
9	HCV構造 ^{たん} 蛋白及び非構造 ^{たん} 蛋白抗体定性、HCV構造 ^{たん} 蛋白及び非構造 ^{たん} 蛋白抗体半 定量	160点
10	HE-IgA抗体定性	210点
11	HCV血清群別判定	227点
12	HBVコア関連抗原（HBcrAg）	266点
13	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点

14	HCV特異抗体価、HBVジェノタイプ判定	340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
D014	自己抗体検査	
1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子（RF）定量	30点
3	抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量	37点
4	Donath-Landsteiner試験	55点
5	抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量	105点
6	抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）、抗インスリン抗体	110点
7	マトリックスメタロプロテイナーゼ3（MMP-3）	116点
8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量	117点
9	抗Jο-1抗体定性、抗Jο-1抗体半定量、抗Jο-1抗体定量	140点
10	抗サイログロブリン抗体、抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量	144点
11	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	146点
12	抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	151点
13	C ₁ q結合免疫複合体	157点
14	抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量、抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量	161点
15	抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量	163点
16	抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	168点
17	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	170点
18	抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性	179点
19	抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量	186点
20	抗ARS抗体	190点
21	モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量	194点
22	IgG型リウマトイド因子	203点
23	抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	204点
24	抗LKM-1抗体	221点
25	抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体	223点
26	抗TSHレセプター抗体（TRAb）	226点
27	抗カルジオリピン抗体	232点
28	IgG ₂ （TIA法によるもの）	239点
29	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）	265点
30	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）	267点
31	抗デスマogleイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）	270点
32	抗MDA5抗体、抗TIF1-γ抗体、抗Mi-2抗体	270点
33	ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	281点
34	抗好中球細胞質抗体（ANCA）定性	290点
35	抗デスマogleイン1抗体	300点

36	甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点
37	I g G ₄	377点
38	I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点
39	抗GM1 I g G抗体、抗GQ1b I g G抗体	460点
40	抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体及び抗B P 180-N C 16 a 抗体同時測定	490点
41	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R抗体)	822点
42	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
43	抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点
44	抗H L A抗体 (スクリーニング検査)	1,000点
45	抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)	4,850点

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

2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。

D O 1 5 血漿^{しょうたん}蛋白^{たん}免疫学的検査

1	C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P)	16点
2	赤血球コプロポルフィリン定性、グルコース-6-ホスファターゼ (G-6-P ase)	30点
3	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-P D) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4	血清補体価 (C H ₅₀)、免疫グロブリン	38点
5	クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量	42点
6	血清アミロイドA蛋白 (S A A)	47点
7	トランスフェリン (T f)	60点
8	C ₃ 、C ₄	70点
9	セルロプラスミン	90点
10	非特異的 I g E 半定量、非特異的 I g E 定量	100点
11	β ₂ -マイクログロブリン	104点
12	トランスサイレチン (プレアルブミン)	107点
13	特異的 I g E 半定量・定量	110点

注 特異的 I g E 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。

14	レチノール結合蛋白 (R B P)、α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)	136点
15	C ₃ プロアクチベータ	160点
16	免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)	170点
17	ヘモペキシン	180点
18	T A R C	184点
19	A P R スコア定性	191点
20	アトピー鑑別試験定性	194点
21	B e n c e J o n e s 蛋白同定 (尿)	201点
22	癌 ^{がん} 胎児性フィブロネクチン定性 (頸管 ^{けい} 腔 ^{ちつ} 分泌液)	204点
23	免疫電気泳動法 (特異抗血清)	224点
24	C ₁ インアクチベータ	268点
25	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	330点
26	免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比	388点

	27 結核菌特異的インターフェロンの γ 産生能	612点
D 0 1 6	細胞機能検査	
	1 B細胞表面免疫グロブリン	157点
	2 T細胞サブセット検査（一連につき）	190点
	3 T細胞・B細胞百分率	198点
	4 顆粒球機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	200点
	5 顆粒球スクリーニング検査（種目数にかかわらず一連につき）	220点
	6 赤血球・好中球表面抗原検査	320点
	7 リンパ球刺激試験（L S T）	
	イ 1 薬剤	345点
	ロ 2 薬剤	425点
	ハ 3 薬剤以上	515点
	（微生物学的検査）	
D 0 1 7	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
	1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	50点
	注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、32点を所定点数に加算する。	
	2 保温装置使用アメーバ検査	45点
	3 その他のもの	61点
	注 同一検体について当該検査と区分番号D 0 0 2に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号D 0 0 2-2に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	
D 0 1 8	細菌培養同定検査	
	1 口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点
	2 消化管からの検体	180点
	3 血液又は穿刺液	215点
	4 泌尿器又は生殖器からの検体	170点
	5 その他の部位からの検体	160点
	6 簡易培養	60点
	注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、112点を所定点数に加算する。	
	2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。	
D 0 1 9	細菌薬剤感受性検査	
	1 1菌種	170点
	2 2菌種	220点
	3 3菌種以上	280点
	4 薬剤耐性菌検出	50点
	5 抗菌薬併用効果スクリーニング	150点
D 0 1 9-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	150点
D 0 2 0	抗酸菌分離培養検査	
	1 抗酸菌分離培養（液体培地法）	280点
	2 抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	204点
D 0 2 1	抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）	361点
D 0 2 2	抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	380点
	注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。	
D 0 2 3	微生物核酸同定・定量検査	
	1 細菌核酸検出（白血球）（1菌種あたり）	130点
	2 クラミジア・トラコモナス核酸検出	198点

3	淋菌 ^{りん} 核酸検出	204点
4	HBV核酸定量	271点
5	淋菌 ^{りん} 及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	278点
6	レジオネラ核酸検出	292点
7	マイコプラズマ核酸検出	300点
8	EBウイルス核酸定量	310点
9	HCV核酸検出、HPV核酸検出	350点
	注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部 ^{けいぶ} （腔部） ^{ちつ} 切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術 ^{ちつ} （腔部切断術を含む。）若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。	
10	HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、百日咳 ^{せき} 菌核酸検出	360点
	注 HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部 ^{けいぶ} （腔部） ^{ちつ} 切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術 ^{ちつ} （腔部切断術を含む。）若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。	
11	インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出	410点
12	マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（MAC）核酸検出	421点
13	HCV核酸定量	437点
14	HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹 ^{ほうしん} ウイルス・水痘帯状疱疹 ^{ほうしん} ウイルス核酸定量	450点
15	HIV-1核酸定量	520点
	注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。	
16	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出	850点
17	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	963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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。	
18	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	1,700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実施した場合に算定する。	
19	HPVジェノタイプ判定	2,000点
20	HIVジェノタイプ薬剤耐性 ^{せき}	6,000点
	注 6、7、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。	
D023-2	その他の微生物学的検査	
1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合 ^{たん} 蛋白2'（PBP2'）定性	55点

2	尿素呼気試験 (UBT)	70点
3	大腸菌ベロトキシン定性	194点
4	クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出	450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実施した場合に算定する。	
D024	動物使用検査	170点
	注 使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 (基本的検体検査実施料)	
D025	基本的検体検査実施料 (1日につき)	
1	入院の日から起算して4週間以内の期間	140点
2	入院の日から起算して4週間を超えた期間	110点
注1	特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。	
2	次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。	
イ	尿中一般物質定性半定量検査	
ロ	尿中特殊物質定性定量検査	
ハ	尿沈渣 (鏡検法)	
ニ	糞便検査 (カルプロテクチン (糞便) を除く。)	
ホ	穿刺液・採取液検査	
ヘ	血液形態・機能検査	
ト	出血・凝固検査	
チ	造血器腫瘍遺伝子検査	
リ	血液化学検査	
ヌ	免疫血液学的検査 ABO血液型及びRh (D) 血液型	
ル	感染症免疫学的検査 梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS) 定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体	
ヲ	肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量、HBs抗体定性、HBs抗体半定量、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	
ヾ	自己抗体検査 寒冷凝集反応及びリウマトイド因子 (RF) 定量	
カ	血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (CRP) 定性、C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH ₅₀) 及び免疫グロブリン	
コ	微生物学的検査	
3	療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。	
	第2款 検体検査判断料	
区分		
D026	検体検査判断料	
1	尿・糞便等検査判断料	34点

2	遺伝子関連・染色体検査判断料	100点
3	血液学的検査判断料	125点
4	生化学的検査(I)判断料	144点
5	生化学的検査(II)判断料	144点
6	免疫学的検査判断料	144点
7	微生物学的検査判断料	150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。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合には、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定しない。

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

4 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(II)、検体検査管理加算(III)及び検体検査管理加算(IV)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ	検体検査管理加算(I)	40点
ロ	検体検査管理加算(II)	100点
ハ	検体検査管理加算(III)	300点
ニ	検体検査管理加算(IV)	500点

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、検体検査管理加算(II)、検体検査管理加算(III)又は検体検査管理加算(IV)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として、40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。

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。

8 区分番号D005の14に掲げる骨髄像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄像診断加算として、240点を所定点数に加算する。

9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げ

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

D 0 2 7 基本的検体検査判断料

604点

注1 特定機能病院である保険医療機関において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査(I)、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査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 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第2節 削除

第3節 生体検査料

通則

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ 呼吸機能検査等判断料

ロ 心臓カテーテル法による諸検査

ハ 心電図検査の注に掲げるもの

ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの

ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

ト 経皮的酸素ガス分圧測定

チ 深部体温計による深部体温測定

リ 前額部、胸部、手掌部又は足底部体表温度測定による末梢循環不全状態観察

ヌ 脳波検査の注2に掲げるもの

ル 脳波検査判断料

ヲ 神経・筋検査判断料

ワ ラジオアイソトープ検査判断料

カ 内視鏡検査の通則第3号に掲げるもの

コ 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算

ク 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D 3 0 6に掲げる食道ファイバースコープ、区分番号D 3 0 8に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、区分番号D 3 1 0に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 2に掲げる直腸ファイバースコープ、区分番号D 3 1 3に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又は区分番号D 3 2 5に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ 呼吸機能検査等判断料

ロ 心臓カテーテル法による諸検査

ハ 心電図検査の注に掲げるもの

ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの

ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコープ

- へ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
- ト 経皮的酸素ガス分圧測定
- チ 深部体温計による深部体温測定
- リ 前額部、胸部、手掌部又は足底部体表^{しょう}面体温測定による末梢循環不全状態観察
- ヌ 脳波検査の注2に掲げるもの
- ル 脳波検査判断料
- ヲ 神経・筋検査判断料

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

- 1 区分番号D200からD204までに掲げる呼吸機能検査等については、各所定点数及び区分番号D205に掲げる呼吸機能検査等判断料の所定点数を合算した点数により算定し、区分番号D206からD214-2までに掲げる呼吸循環機能検査等については、特に規定する場合を除き、同一の患者につき同一月において同一検査を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。
- 2 使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

D200 スパイログラフイー等検査

- 1 肺気量分画測定（安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。） 90点
- 2 フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む。） 100点
- 3 機能的残気量測定 140点
- 4 呼気ガス分析 100点
- 5 左右別肺機能検査 1,010点

D201 換気力学的検査

- 1 呼吸抵抗測定
 - イ 広域周波オシレーション法を用いた場合 150点
 - ロ その他の場合 60点
- 2 コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査 135点

D202 肺内ガス分布

- 1 指標ガス洗い出し検査 135点
- 2 クロージングボリューム測定 135点

D203 肺胞機能検査

- 1 肺拡散能力検査 180点
- 2 死腔量測定、肺内シャント検査 135点

D204 基礎代謝測定 85点

D205 呼吸機能検査等判断料 140点

注 呼吸機能検査等の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定するものとする。

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

- 1 右心カテーテル 3,600点
- 2 左心カテーテル 4,000点

注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、1については10,800点又は3,600点を、2については12,000点又は4,000点を、それぞれ所定点数に加算する。

2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加

算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。

- 3 血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
- 4 冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算として、600点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、血管内視鏡検査加算として、400点を所定点数に加算する。
- 6 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
- 7 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
- 8 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- 9 心腔内超音波検査を実施した場合は、心腔内超音波検査加算として、400点を所定点数に加算する。

D207 体液量等測定

- 1 体液量測定、細胞外^{かん}液量測定 60点
 - 2 血流量測定、皮膚灌流^{かん}圧測定、皮弁血流量検査、循環血流量測定（色素希釈法によるもの）、電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定 100点
 - 3 心拍出量測定、循環時間測定、循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）、脳循環測定（色素希釈法によるもの） 150点
- 注1 心拍出量測定に際してカテーテルを挿入した場合は、心拍出量測定加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
- 2 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
- 4 血管内皮機能検査（一連につき） 200点
 - 5 脳循環測定（笑気法によるもの） 1,350点

D208 心電図検査

- 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 130点
 - 2 ベクトル心電図、体表ヒス束心電図 150点
 - 3 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査 150点
 - 4 加算平均心電図による心室遅延電位測定 200点
 - 5 その他（6誘導以上） 90点
- 注 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図について診断を行った場合は、1回につき70点とする。

D209 負荷心電図検査

- 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 380点
 - 2 その他（6誘導以上） 190点
- 注1 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した負荷心電図について診断を行った場合は、1回につき70点とする。
- 2 区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき、負荷心電図検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

D210 ホルター型心電図検査

- 1 30分又はその端数を増すごとに 90点

2	8時間を超えた場合	1,750点
	注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 1 0 - 2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500点
D 2 1 0 - 3	植込型心電図検査	90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行われる場合に限り算定する。	
	2 30分又はその端数を増すごとに算定する。	
	3 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 1 0 - 4	T波オルタナンス検査	1,100点
D 2 1 1	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	1,600点
	注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。	
	2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査又は区分番号D 2 0 8に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	3 運動療法における運動処方 ^{せん} の作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。	
D 2 1 1 - 2	喘息 ^{ぜん} 運動負荷試験	800点
	注 喘息 ^{ぜん} の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。	
D 2 1 1 - 3	時間内歩行試験	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 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D 2 2 0からD 2 2 3 - 2までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 1 1 - 4	シャトルウォーキングテスト	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 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D 2 2 0からD 2 2 3 - 2までに掲げる諸監視であって、シャトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 1 2	リアルタイム解析型心電図	600点
D 2 1 2 - 2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500点
D 2 1 3	心音図検査	150点
D 2 1 4	脈波図、心機図、ポリグラフ検査	
	1 1検査	60点
	2 2検査	80点
	3 3又は4検査	130点
	4 5又は6検査	180点
	5 7検査以上	220点
	6 血管伸展性検査	100点
	注1 数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。	
	2 脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。	
	3 検査の実施ごとに1から6までに掲げる所定点数を算定する。	
D 2 1 4 - 2	エレクトロキモグラフ (超音波検査等)	260点

通則

区分番号D 2 1 5（3のニの場合を除く。）及びD 2 1 6に掲げる超音波検査等について、同一患者につき同一月において同一検査を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。

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

- | | | |
|-------------|--|--------|
| 1 | Aモード法 | 150点 |
| 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 | |
| | (1) 胸腹部 | 530点 |
| | (2) 下肢血管 | 450点 |
| | (3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） | 350点 |
| 3 | 心臓超音波検査 | |
| イ | 経胸壁心エコー法 | 880点 |
| ロ | Mモード法 | 500点 |
| ハ | 経食道心エコー法 | 1,500点 |
| ニ | 胎児心エコー法 | 300点 |
| | 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。 | |
| | 2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、1,000点を所定点数に加算する。 | |
| ホ | 負荷心エコー法 | 2,010点 |
| 4 | ドプラ法（1日につき） | |
| イ | 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査 | 20点 |
| ロ | 脳動脈血流速度連続測定 | 150点 |
| ハ | 脳動脈血流速度マッピング法 | 400点 |
| 5 | 血管内超音波法 | 4,290点 |
| 注1 | 2又は3について、造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、180点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 | |
| 2 | 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定点数に加算する。 | |
| 3 | 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | |
| 4 | ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。 | |
| 5 | 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | |
| 6 | 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。 | |
| 7 | 4のロについて、微小栓子シグナル（HITS/MES）の検出を行った場合は、微小栓子シグナル加算として、150点を所定点数に加算する。 | |
| D 2 1 5 - 2 | 肝硬度測定 | 200点 |
| D 2 1 5 - 3 | 超音波エラストグラフィ | 200点 |

	注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。	
D216	サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）	200点
	注 負荷検査を行った場合は、負荷検査加算として、負荷の種類又は回数にかかわらず100点を所定点数に加算する。	
D216-2	残尿測定検査	
	1 超音波検査によるもの	55点
	2 導尿によるもの	45点
	注 残尿測定検査は、患者1人につき月2回に限り算定する。	
D217	骨塩定量検査	
	1 DEXA法による腰椎撮影	360点
	注 同一日にDEXA法により大腿骨 ^{たい} 撮影を行った場合には、大腿骨 ^{たい} 同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。	
	2 MD法、SEXA法等	140点
	3 超音波法	80点
	注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。 (監視装置による諸検査)	
D218	分娩 ^{べん} 監視装置による諸検査	
	1 1時間以内の場合	510点
	2 1時間を超え1時間30分以内の場合	700点
	3 1時間30分を超えた場合	890点
D219	ノンストレステスト（一連につき）	210点
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	
	1 1時間以内又は1時間につき	50点
	2 3時間を超えた場合（1日につき）	
	イ 7日以内の場合	150点
	ロ 7日を超え14日以内の場合	130点
	ハ 14日を超えた場合	50点
	注1 心電曲線及び心拍数のいずれも観察した場合に算定する。	
	2 呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	3 人工呼吸と同時に行った呼吸心拍監視の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	4 同一の患者につき、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。	
D221	削除	
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	620点
	注 筋肉コンパートメント内圧 ^{とつ} 測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず1回のみ算定する。	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定	
	1 1時間以内又は1時間につき	100点
	2 5時間を超えた場合（1日につき）	630点
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定（1日につき）	100点
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）	30点
	注 人工呼吸と同時に行った経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	

D 2 2 3 - 2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）	100点
D 2 2 4	終末呼気炭酸ガス濃度測定（1日につき）	100点
D 2 2 5	観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）	
	1 1時間以内の場合	130点
	2 1時間を超えた場合（1日につき）	260点
	注 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。	
D 2 2 5 - 2	非観血的連続血圧測定（1日につき）	100点
	注 人工呼吸と同時に行った非観血的連続血圧測定の場合は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
D 2 2 5 - 3	24時間自由行動下血圧測定	200点
D 2 2 5 - 4	ヘッドアップティルト試験	1,030点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 2 6	中心静脈圧測定（1日につき）	
	1 4回以下の場合	120点
	2 5回以上の場合	240点
	注 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。	
D 2 2 7	頭蓋内圧持続測定	
	1 1時間以内又は1時間につき	200点
	2 3時間を超えた場合（1日につき）	800点
D 2 2 8	深部体温計による深部体温測定（1日につき）	100点
D 2 2 9	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（1日につき）	100点
D 2 3 0	観血的肺動脈圧測定	
	1 1時間以内又は1時間につき	180点
	2 2時間を超えた場合（1日につき）	570点
	注1 バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	2 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。	
D 2 3 1	人工 ^{すい} 臓検査（一連につき）	5,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
D 2 3 1 - 2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700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 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する。	
D 2 3 2	食道内圧測定検査	780点
D 2 3 3	直腸 ^{こう} 肛門機能検査	
	1 1項目行った場合	800点
	2 2項目 ^{こう} 以上行った場合	1,200点
	注 直腸肛門機能検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。	
D 2 3 4	胃・食道内24時間pH測定 （脳波検査等）	2,000点

通則

区分番号D 2 3 5からD 2 3 7 - 2までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D 2 3 8に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

- D 2 3 5 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。） 720点
 注 1 検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、賦活検査加算として、これらの検査の別にかかわらず250点を所定点数に加算する。
 2 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点とする。
- D 2 3 5 - 2 長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき） 500点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。
- D 2 3 5 - 3 長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）
 1 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 3,500点
 2 長期脳波ビデオ同時記録検査 2 900点
 注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- D 2 3 6 脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）
 1 体性感覚誘発電位 850点
 2 視覚誘発電位 850点
 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 850点
 注 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。
 4 聴性定常反応 1,010点
- D 2 3 6 - 2 光トポグラフィー
 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの 670点
 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの
 イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 400点
 ロ イ以外の場合 200点
 注 1 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- D 2 3 6 - 3 脳磁図
 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。
- D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー
 1 携帯用装置を使用した場合 720点
 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 250点
 3 1及び2以外の場合
 イ 安全精度管理下で行うもの 4,760点
 ロ その他のもの 3,570点
 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。
- D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験（MSLT） 5,000点

D 2 3 8 脳波検査判断料

- | | |
|-------------|------|
| 1 脳波検査判断料 1 | 350点 |
| 2 脳波検査判断料 2 | 180点 |

注1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。

2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

3 遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

(神経・筋検査)

通則

区分番号D 2 3 9からD 2 4 0までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号D 2 4 1に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

D 2 3 9 筋電図検査

- | | |
|---------------------------------|--------|
| 1 筋電図 (1肢につき (針電極にあつては1筋につき)) | 320点 |
| 2 誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。) (1神経につき) | 200点 |
| 3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 (一連につき) | 800点 |
| 4 単線維筋電図 (一連につき) | 1,500点 |

注1 2については、2神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、1神経を増すごとに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

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。

- | | |
|------------------------------|------|
| D 2 3 9 - 2 電流知覚閾値測定 (一連につき) | 200点 |
|------------------------------|------|

- | | |
|--------------------|------|
| D 2 3 9 - 3 神経学的検査 | 500点 |
|--------------------|------|

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

- | | |
|----------------------|------|
| D 2 3 9 - 4 全身温熱発汗試験 | 600点 |
|----------------------|------|

- | | |
|----------------------|------|
| D 2 3 9 - 5 精密知覚機能検査 | 280点 |
|----------------------|------|

D 2 4 0 神経・筋負荷テスト

- | | |
|--------------------------------|------|
| 1 テンシロンテスト (ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。) | 130点 |
| 2 瞳孔薬物負荷テスト | 130点 |
| 3 乏血運動負荷テスト (乳酸測定等を含む。) | 200点 |

- | | |
|-------------------|------|
| D 2 4 1 神経・筋検査判断料 | 180点 |
|-------------------|------|

注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。

D 2 4 2 尿水力学的検査

- | | |
|----------|------|
| 1 膀胱内圧測定 | 260点 |
| 2 尿道圧測定図 | 260点 |
| 3 尿流測定 | 205点 |
| 4 括約筋筋電図 | 310点 |

(耳鼻咽喉科学的検査)

- | | |
|------------|--|
| D 2 4 3 削除 | |
|------------|--|

- | | |
|-----------------|--|
| D 2 4 4 自覚的聴力検査 | |
|-----------------|--|

1	標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査	350点
2	標準語音聴力検査、ことばのききとり検査	350点
3	簡易聴力検査	
イ	気導純音聴力検査	110点
ロ	その他（種目数にかかわらず一連につき）	40点
4	後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	400点
5	内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）、耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）	400点
6	中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	150点
D 2 4 4 - 2	補聴器適合検査	
1	1回目	1,300点
2	2回目以降	700点
	注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。	
D 2 4 5	鼻腔 ^{くう} 通気度検査	300点
D 2 4 6	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100点
D 2 4 7	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査	
1	鼓膜音響インピーダンス検査	290点
2	チンパノメトリー	340点
3	耳小骨筋反射検査	450点
4	遊戯聴力検査	500点
5	耳音響放射（OAE）検査	
イ	自発耳音響放射（SOAE）	100点
ロ	その他の場合	300点
D 2 4 8	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450点
D 2 4 9	蝸 ^か 電図	750点
D 2 5 0	平衡機能検査	
1	標準検査（一連につき）	20点
2	刺激又は負荷を加える特殊検査（1種目につき）	120点
3	頭位及び頭位変換眼振検査	
イ	赤外線CCDカメラ等による場合	300点
ロ	その他の場合	140点
4	電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）	
イ	皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400点
ロ	その他の場合	260点
5	重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査	250点
	注 5について、パワー・ベクトル分析を行った場合には、パワー・ベクトル分析加算として200点を、刺激又は負荷を加えた場合には、刺激又は負荷加算として、1種目につき120点を所定点数に加算する。	
D 2 5 1	音声言語医学的検査	
1	喉頭ストロボスコーピー	450点
2	音響分析	450点
3	音声機能検査	450点
D 2 5 2	扁桃 ^{へん} マッサージ法	40点
D 2 5 3	嗅覚検査	
1	基準嗅覚検査	450点
2	静脈性嗅覚検査	45点
D 2 5 4	電気味覚検査（一連につき）	300点

(眼科学的検査)

通則

コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、区分番号D282-3に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。

D255	精密眼底検査 (片側)	56点
D255-2	汎網膜硝子体検査 (片側)	150点
	注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号D255に掲げる精密眼底検査 (片側)、D257に掲げる細隙燈顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部) 又はD273に掲げる細隙燈顕微鏡検査 (前眼部) に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	
D256	眼底カメラ撮影	
	1 通常の方法の場合	
	イ アナログ撮影	54点
	ロ デジタル撮影	58点
	2 蛍光眼底法の場合	400点
	3 自発蛍光撮影法の場合	510点
	注1 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。(1のロの場合を除く。)	
	2 広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。	
D256-2	眼底三次元画像解析	200点
	注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号D256の1に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D256-3	光干渉断層血管撮影	400点
	注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D256に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D257	細隙燈顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部)	112点
	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。	
D258	網膜電位図 (ERG)	230点
D258-2	網膜機能精密電気生理検査 (多局所網膜電位図)	500点
D258-3	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。	
D259	精密視野検査 (片側)	38点
D260	量的視野検査 (片側)	
	1 動的量的視野検査	195点
	2 静的量的視野検査	290点
D261	屈折検査	
	1 6歳未満の場合	69点
	2 1以外の場合	69点
	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、区分番号D263に掲げる矯正視力検査は算定しない。	
D262	調節検査	70点
D263	矯正視力検査	

1	眼鏡処方箋の交付を行う場合	69点
2	1 以外の場合	69点
D 2 6 3 - 2	コントラスト感度検査	207点
	注 コントラスト感度検査は、患者 1 人につき手術の前後においてそれぞれ 1 回に限り算定する。	
D 2 6 4	精密眼圧測定	82点
	注 水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、負荷測定加算として、55点を所定点数に加算する。	
D 2 6 5	角膜曲率半径計測	84点
D 2 6 5 - 2	角膜形状解析検査	105点
	注 角膜形状解析検査は、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行った区分番号 D 2 6 5 に掲げる角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 6 6	光覚検査	42点
D 2 6 7	色覚検査	
	1 アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70点
	2 1 以外の場合	48点
D 2 6 8	眼筋機能精密検査及び輻輳 ^{ふくそう} 検査	48点
D 2 6 9	眼球突出度測定	38点
D 2 6 9 - 2	光学的眼軸長測定	150点
D 2 7 0	削除	
D 2 7 0 - 2	ロービジョン検査判断料	250点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に 1 月に 1 回に限り算定する。	
D 2 7 1	角膜知覚計検査	38点
D 2 7 2	両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線條試験による）	48点
D 2 7 3	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）	48点
	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。	
D 2 7 4	前房隅角検査	38点
D 2 7 4 - 2	前眼部三次元画像解析	265点
	注 前眼部三次元画像解析は、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号 D 2 6 5 - 2 に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号 D 2 7 4 に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 7 5	圧迫隅角検査	76点
D 2 7 5 - 2	前房水漏出 ^{ろう} 検査	149点
	注 緑内障 ^{ろう} 濾過手術後の患者であって、術後から 1 年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。	
D 2 7 6	網膜中心血管圧測定	
	1 簡単なもの	42点
	2 複雑なもの	100点
D 2 7 7	涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査	38点
D 2 7 7 - 2	涙道内視鏡検査	640点
	注 同一日に区分番号 K 2 0 2 に掲げる涙管チューブ挿入術を実施した場合には、涙道内視鏡検査は算定できない。	
D 2 7 8	眼球電位図（E O G）	280点
D 2 7 9	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160点
D 2 8 0	レーザー前房 ^{たん} 蛋白細胞数検査	160点

D 2 8 1	瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）	160点
D 2 8 2	中心フリッカー試験	38点
D 2 8 2-2	行動観察による視力検査	
	1 PL（Preferential Looking）法	100点
	2 乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）	60点
D 2 8 2-3	コンタクトレンズ検査料	
	1 コンタクトレンズ検査料1	200点
	2 コンタクトレンズ検査料2	180点
	3 コンタクトレンズ検査料3	56点
	4 コンタクトレンズ検査料4	50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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1、2又は3を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料4を算定する。	
	2 注1により当該検査料を算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料の注9及び区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。	
	3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことがある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。	
	(皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4	ダーモスコピー	72点
	注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。	
	(臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3	発達及び知能検査	
	1 操作が容易なもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	
D 2 8 4	人格検査	
	1 操作が容易なもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	
D 2 8 5	認知機能検査その他の心理検査	
	1 操作が容易なもの	
	イ 簡易なもの	80点
	ロ その他のもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	

	(負荷試験等)	
D 2 8 6	肝及び腎のクリアランステスト	150点
	注1 検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法、D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又はD 3 1 7-2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。	
	2 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定のコストは、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 8 6-2	インスリンクリアランス測定	1,280点
D 2 8 7	内分泌負荷試験	
	1 下垂体前葉負荷試験	
	イ 成長ホルモン (GH) (一連として)	1,200点
	注 患者1人につき月2回に限り算定する。	
	ロ ゴナドトロピン (LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600点
	ハ 甲状腺刺激ホルモン (TSH) (一連として月1回)	1,200点
	ニ プロラクチン (PRL) (一連として月1回)	1,200点
	ホ 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) (一連として月1回)	1,200点
	2 下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200点
	3 甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200点
	4 副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200点
	5 副腎皮質負荷試験	
	イ 鉱質コルチコイド (一連として月1回)	1,200点
	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200点
	6 性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200点
	注1 1月に3,600点を限度として算定する。	
	2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定のコストは、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号D 4 1 9の5に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査のコストは別に算定できる。	
D 2 8 8	糖負荷試験	
	1 常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。)	200点
	2 耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900点
	注 注射、採血及び検体測定のコストは、採血回数及び測定回数にかかわらず所定点数に含まれるものとする。	
D 2 8 9	その他の機能テスト	
	1 脾機能テスト (PFDテスト)	100点
	2 肝機能テスト (ICG1回又は2回法、BSP2回法)、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント (Addis尿沈渣定量検査)、モーゼンタール法、ヨードカリ試験	100点
	3 胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト	700点
	4 セクレチン試験	3,000点
	注 検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視のコストは、全て所定点数に含まれるものとする。	
D 2 9 0	卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト	100点
D 2 9 0-2	尿失禁定量テスト (パッドテスト)	100点
D 2 9 1	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量 (MED) 測定	
	1 21箇所以内の場合 (1箇所につき)	16点

- 2 22箇所以上の場合（一連につき） 350点
- D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 1,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。
- 2 小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験 1,000点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。
（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

区分番号D 2 9 2及びD 2 9 3に掲げるラジオアイソトープを用いた諸検査については、各区分の所定点数及び区分番号D 2 9 4に掲げるラジオアイソトープ検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

- D 2 9 2 体外からの計測によらない諸検査
- 1 循環血液量測定、血漿量測定 480点
- 2 血球量測定 800点
- 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 1,550点
- 4 造血機能検査、血小板寿命測定 2,600点
- 注1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号D 2 9 2若しくはD 2 9 3に掲げる検査又は区分番号E 1 0 0からE 1 0 1 - 4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。
- 2 検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は、一連として1回の算定とする。
- 3 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。
- D 2 9 3 シンチグラム（画像を伴わないもの）
- 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき） 365点
- 2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム） 575点
- 注 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。
- D 2 9 4 ラジオアイソトープ検査判断料 110点
- 注 ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。
（内視鏡検査）

通則

- 1 超音波内視鏡検査を実施した場合は、超音波内視鏡検査加算として、300点を所定点数に加算する。
- 2 区分番号D 2 9 5からD 3 2 3まで及びD 3 2 5に掲げる内視鏡検査について、同一の患者につき同一月において同一検査を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。
- 3 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、1回につき70点とする。
- 4 写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。
- 5 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号D 3 2 4及びD 3 2 5に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 休日加算	所定点数の100分の80に相当する点数	
ロ 時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）		
	所定点数の100分の40に相当する点数	
ハ 深夜加算	所定点数の100分の80に相当する点数	
ニ イからハマでにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合	所定点数の100分の40に相当する点数	
D295 関節鏡検査（片側）		760点
D296 喉頭直達鏡検査		190点
D296-2 鼻咽腔直達鏡検査		220点
D297 削除		
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき）		600点
D298-2 内視鏡下嚥下機能検査		720点
D299 喉頭ファイバースコープ		600点
D300 中耳ファイバースコープ		240点
D300-2 顎関節鏡検査（片側）		1,000点
D301 削除		
D302 気管支ファイバースコープ		2,500点
注 気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、気管支肺胞洗浄法検査同時加算として、200点を所定点数に加算する。		
D302-2 気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査		320点
D303 胸腔鏡検査		7,200点
D304 縦隔鏡検査		7,000点
D305 削除		
D306 食道ファイバースコープ		800点
注1 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。		
2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。		
D307 削除		
D308 胃・十二指腸ファイバースコープ		1,140点
注1 胆管・膵管造影法を行った場合は、胆管・膵管造影法加算として、600点を所定点数に加算する。ただし、諸監視、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は所定点数に含まれるものとする。		
2 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。		
3 胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、2,800点を所定点数に加算する。		
4 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。		
D309 胆道ファイバースコープ		4,000点
D310 小腸内視鏡検査		
1 バルーン内視鏡によるもの		6,800点
2 カプセル型内視鏡によるもの		1,700点
3 その他のもの		1,700点
注1 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。		
2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。		

D 3 1 0 - 2	消化管通過性検査	600点
D 3 1 1	直腸鏡検査	300点
D 3 1 1 - 2	肛門鏡検査	200点
D 3 1 2	直腸ファイバースコープ	550点
	注 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する	
D 3 1 2 - 2	回腸囊 ^{のう} ファイバースコープ	550点
D 3 1 3	大腸内視鏡検査	
	1 ファイバースコープによるもの	
	イ S状結腸	900点
	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350点
	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550点
	2 カプセル型内視鏡によるもの	1,550点
	注1 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。	
	2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 1 4	腹腔鏡 ^{くう} 検査	2,270点
D 3 1 5	腹腔ファイバースコープ	2,160点
D 3 1 6	クルドスコープ	400点
D 3 1 7	膀胱尿道 ^{ぼうこう} ファイバースコープ	950点
	注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 1 7 - 2	膀胱尿道 ^{ぼうこう} 鏡検査	890点
	注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 1 8	尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）	1,200点
	注 膀胱尿道 ^{ぼうこう} ファイバースコープ及び膀胱尿道 ^{ぼうこう} 鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 3 1 9	腎盂尿管 ^う ファイバースコープ（片側）	1,800点
D 3 2 0	ヒステロスコープ	620点
D 3 2 1	コルポスコープ	210点
D 3 2 2	子宮ファイバースコープ	800点
D 3 2 3	乳管鏡検査	960点
D 3 2 4	血管内視鏡検査	2,040点
	注1 血管内視鏡検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。	
	2 呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	
D 3 2 5	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓 ^{すい} カテーテル法	3,600点
	注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ10,800点又は3,600点を所定点数に加算する。	
	2 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。	
	3 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E 4 0 0に掲げるフィルムの所定点数により算定する。	

第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料

通則

- 1 手術に当たって診断^{せん}穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。
- 2 処置の部と共通の項目は、同一日に算定できない。

区分

D 4 0 0	血液採取（1日につき）	
1	静脈	35点
2	その他	6点
	注1	入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
	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、25点を所定点数に加算する。
	3	血液回路から採血した場合は算定しない。
D 4 0 1	脳室 ^{せん} 穿刺	500点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 2	後頭 ^{せん} 下穿刺	300点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 3	腰椎 ^{せん} 穿刺、胸椎 ^{せん} 穿刺、頸椎 ^{けいせん} 穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 4	骨髓 ^{せん} 穿刺	
1	胸骨	260点
2	その他	280点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 4-2	骨髓 ^{せん} 生検	730点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 5	関節 ^{せん} 穿刺（片側）	100点
	注	3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 6	上顎 ^{せん} 洞穿刺（片側）	60点
D 4 0 6-2	扁桃 ^{へん} 周囲炎又は扁桃 ^{のう} 周囲膿瘍における試験 ^{せん} 穿刺（片側）	180点
D 4 0 7	腎 ^{のう} 嚢胞又は水腎 ^{せん} 症穿刺	240点
	注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
D 4 0 8	ダグラス ^{かせん} 窩 ^{せん} 穿刺	240点
D 4 0 9	リンパ ^{せん} 節等 ^{せん} 穿刺又は針 ^{せん} 生検	200点
D 4 0 9-2	センチネル ^{せん} リンパ ^{せん} 節生検（片側）	
1	併用法	5,000点
2	単独法	3,000点
	注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
D 4 1 0	乳腺 ^{せん} 穿刺又は針 ^{せん} 生検（片側）	
1	生検針によるもの	690点
2	その他	200点
D 4 1 1	甲状腺 ^{せん} 穿刺又は針 ^{せん} 生検	150点
D 4 1 2	経皮的針 ^{せん} 生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）	1,600点
D 4 1 2-2	経皮的腎 ^{せん} 生検法	2,000点
D 4 1 3	前立腺 ^{せん} 針 ^{せん} 生検法	1,400点
D 4 1 4	内視鏡下 ^{せん} 生検法（1臓器につき）	310点
D 4 1 4-2	超音波内視鏡下 ^{せん} 穿刺吸引 ^{せん} 生検法（EUS-FNA）	4,800点
D 4 1 5	経気管肺 ^{せん} 生検法	4,800点
	注1	ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算

として、500点を所定点数に加算する。

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、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下気管支鏡検査加算として、1,000点を所定点数に加算する。

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。

D 4 1 5 - 2	超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法 (E B U S - T B N A)	5,500点
D 4 1 5 - 3	経気管肺生検法 (ナビゲーションによるもの)	5,500点
D 4 1 5 - 4	経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)	5,000点
D 4 1 5 - 5	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。

D 4 1 6	臓器穿刺、組織採取	
1	開胸によるもの	9,070点
2	開腹によるもの (腎を含む。)	5,550点
注	6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。	

D 4 1 7	組織試験採取、切採法	
1	皮膚 (皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。)	500点
2	筋肉 (心筋を除く。)	1,500点
3	骨、骨盤、脊椎	4,600点
4	眼	
イ	後眼部	650点
ロ	その他 (前眼部を含む。)	350点
5	耳	400点
6	鼻、副鼻腔	400点
7	口腔	400点
8	咽頭、喉頭	650点
9	甲状腺	650点
10	乳腺	650点
11	直腸	650点
12	精巣 (睾丸)、精巣上体 (副睾丸)	400点
13	末梢神経	1,620点
14	心筋	6,000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、100点を所定点数に加算する。

D 4 1 8	子宮腔部等からの検体採取	
1	子宮頸管粘液採取	40点
2	子宮腔部組織採取	200点
3	子宮内膜組織採取	370点

D 4 1 9	その他の検体採取	
1	胃液・十二指腸液採取 (一連につき)	210点
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

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

注1 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。

2 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

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。

6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5点

D419-2 眼内液（前房水・硝子体液）検査 1,000点

第5節 薬剤料

区分

D500 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする

。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第6節 特定保険医療材料料

区分

D600 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第4部 画像診断

通則

- 1 画像診断の費用は、第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、1日につき110点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。
- 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。
- 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。
- 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。

第1節 エックス線診断料

通則

- 1 エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については区分番号E001に掲げる写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

- 3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。
- 4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。
- イ 単純撮影の場合 57点
- ロ 特殊撮影の場合 58点
- ハ 造影剤使用撮影の場合 66点
- ニ 乳房撮影の場合 54点
- 5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

区分

E000 透視診断 110点

E001 写真診断

1 単純撮影

イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85点

ロ その他 43点

2 特殊撮影（一連につき） 96点

3 造影剤使用撮影 72点

4 乳房撮影（一連につき） 306点

注 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

E002 撮影

1 単純撮影

イ アナログ撮影 60点

ロ デジタル撮影 68点

2 特殊撮影（一連につき）

イ アナログ撮影 260点

ロ デジタル撮影 270点

3 造影剤使用撮影

イ アナログ撮影 144点

ロ デジタル撮影 154点

4 乳房撮影（一連につき）

イ アナログ撮影 192点

ロ デジタル撮影 202点

注1 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 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、当該撮影の所定点数に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。

3 造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔

造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。

- 4 造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。
- 5 造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。

E003 造影剤注入手技

- 1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数
- 2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数
- 3 動脈造影カテーテル法
 - イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点
 - 注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。
 - 2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。
 - ロ イ以外の場合 1,180点
 - 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。
- 4 静脈造影カテーテル法 3,600点
- 5 内視鏡下の造影剤注入
 - イ 気管支ファイバースコープ挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数
 - ロ 尿管カテーテル法（両側） 区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数
- 6 腔内注入及び穿刺注入
 - イ 注腸 300点
 - ロ その他のもの 120点
- 7 嚥下造影 240点

E004 基本的エックス線診断料（1日につき）

- 1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55点
- 2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点
- 注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。
 - 2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。
 - イ 区分番号E001に掲げる写真診断の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）
 - ロ 区分番号E002に掲げる撮影の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）
 - 3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第2節 核医学診断料

通則

- 1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を

行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

- 2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。

区分

E100 シンチグラム（画像を伴うもの）

- | | |
|-----------------|--------|
| 1 部分（静態）（一連につき） | 1,300点 |
| 2 部分（動態）（一連につき） | 1,800点 |
| 3 全身（一連につき） | 2,200点 |

注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。

- 2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数に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。
- 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）

1,800点

注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。

- 2 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、所定点数に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。
- 3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

E101-2 ポジトロン断層撮影

- | | |
|---|--------|
| 1 ¹⁵ O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） | 7,000点 |
| 2 ¹⁸ F DGを用いた場合（一連の検査につき） | 7,500点 |
| 3 ¹³ N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） | 9,000点 |

注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F DGの合成及び注入並びに¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

- 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。
- 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する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は、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E 1 0 1 - 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）

- 1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点
 - 2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点
- 注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 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。
 - 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する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は、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E 1 0 1 - 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）

9,160点

- 注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 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。
 - 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する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は、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E 1 0 1 - 5 乳房用ポジトロン断層撮影

4,000点

- 注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 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。
 - 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

E 1 0 2 核医学診断

- 1 区分番号E 1 0 1 - 2に掲げるポジトロン断層撮影、E 1 0 1 - 3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E 1 0 1 - 4に掲げるポジトロン断層・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）及びE 1 0 1 - 5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点
 - 2 1以外の場合 370点
- 注 行った核医学診断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。

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

- 1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（C T撮影）、区分番号E 2 0 0 - 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E 2 0 1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E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E 2 0 3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。

- 2 区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。
- 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E 2 0 0、区分番号E 2 0 1又は区分番号E 2 0 2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。）にあつては、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つては、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。

区分

E 2 0 0 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）

1 CT撮影

イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合

- (1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点
- (2) その他の場合 1,000点

ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点

ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点

ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点

2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点

注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

4 CT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、冠動脈のCT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6 CT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、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、800点を所定点数に加算する。

7 CT撮影のイ又はロについて、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、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

- 8 CT撮影のイの(1)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
- E200-2 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。
- E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点
- 注 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
- E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) (一連につき)
- 1 3テスラ以上の機器による場合
- イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点
- ロ その他の場合 1,600点
- 2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
- 3 1又は2以外の場合 900点
- 注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 1、2及び3を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
- 3 MRI撮影(脳血管に対する造影の場合は除く。)について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。
- 4 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、心臓のMRI撮影を行った場合は、心臓MRI撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
- 5 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、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
- 6 1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又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
- 7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。
- 8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
- 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。
- E203 コンピューター断層診断 450点

注 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。

第4節 薬剤料

区分

E300 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 特定保険医療材料料

区分

E400 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E401 特定保険医療材料（フィルムを除く。） 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。
- 5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

- 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
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F100 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方に

つき3点を所定点数に加算する。

- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。
- 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
- 8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1	5点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2	4点
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3	2点
- 10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行っ

た場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

- 2 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方箋料

区分

- F400 処方箋料
- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合 28点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬(当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣

が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

- 3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
- 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。
- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
- 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
- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
 - 3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。
 - 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 820点 |
| ② 15歳以上 | 600点 |

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 670点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算2

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 740点 |
| ② 15歳以上 | 470点 |

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 640点 |
| ② 15歳以上 | 370点 |

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)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。
- 8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。
- 9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

- G 0 0 0 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
- 2 区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。
- G 0 0 1 静脈内注射（1回につき） 32点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
- 3 区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C 1 0 4に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。
- G 0 0 2 動脈注射（1日につき）
- 1 内臓の場合 155点
- 2 その他の場合 45点
- G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点
- 注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。
- G 0 0 3－2 削除
- G 0 0 3－3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点
- G 0 0 4 点滴注射（1日につき）
- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 99点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 98点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点
- 注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
- 3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C 1 0 4に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。
- G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき） 140点
- 注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G 0 0 4に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C 1 0 4に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

	に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。	
4	区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	
5	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、50点を所定点数に加算する。	
G005-2	中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点
注1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
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、500点を所定点数に加算する。	
3	別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。	
G005-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700点
注1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。	
G005-4	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	2,500点
注1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。	
G006	植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）	125点
注1	区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。	
2	区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。	
3	6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。	
G007	腱鞘内注射	27点
G008	骨髄内注射	
1	胸骨	80点
2	その他	90点
G009	脳脊髄腔注射	
1	脳室	300点
2	後頭下	220点
3	腰椎	140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、60点を所定点数に加算する。	
G010	関節腔内注射	80点
G010-2	滑液囊穿刺後の注入	80点
G011	気管内注入	100点
G012	結膜下注射	27点

G 0 1 2 - 2	自家血清の眼球注射	27点
G 0 1 3	角膜内注射	35点
G 0 1 4	球後注射	60点
G 0 1 5	テノン氏囊 ^{のう} 内注射	60点
G 0 1 6	硝子体内注射	580点
G 0 1 7	腋窩 ^{えきか} 多汗症注射（片側につき）	200点
G 0 1 8	外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G 0 2 0 無菌製剤処理料

- 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点
 - ロ イ以外の場合 45点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

G 1 0 0 薬剤

- 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
- 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

- 2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

- 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

G 2 0 0 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。
- 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達^{けん}牽引（2日日以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達^{けん}牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる^{こう}肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。
- 6 区分番号B001の17に掲げる慢性^{とう}疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。
- 7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

- | | |
|------------------------------|------|
| 1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1単位) | 205点 |
| 2 心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1単位) | 125点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症

、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

- 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、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- | | |
|-------------------------------|------|
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) | 245点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) | 200点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) | 100点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、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日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

- 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つて、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、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。

- 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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、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 |

- 6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、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60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場

合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

- | | |
|------------------------------|------|
| 1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) | 180点 |
| 2 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) | 146点 |
| 3 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) | 77点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 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、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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、必要があつ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。

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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつ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 |

6 注1本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

H002 運動器リハビリテーション料

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 運動器リハビリテーション料(I) (1単位) | 185点 |
| 2 運動器リハビリテーション料(II) (1単位) | 170点 |
| 3 運動器リハビリテーション料(III) (1単位) | 85点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合そ

の他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折たいけいけいの患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折たいけいけいの患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 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、必要があつてそれぞれ発症、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、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

- 6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、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、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

H003 呼吸器リハビリテーション料

- 1 呼吸器リハビリテーション料(I) (1単位) 175点
 - 2 呼吸器リハビリテーション料(II) (1単位) 85点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
 - 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

- 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、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- | | | |
|---|-------------------|------|
| 1 | リハビリテーション総合計画評価料1 | 300点 |
| 2 | リハビリテーション総合計画評価料2 | 240点 |

注1 1について、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者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又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

2 2について、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は運動器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、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。

4 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者（区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

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。

H003-3 リハビリテーション計画提供料

- | | | |
|---|-----------------|------|
| 1 | リハビリテーション計画提供料1 | 275点 |
| 2 | リハビリテーション計画提供料2 | 100点 |
- 注1 1については、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。
- 2 2については、退院時に区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回に限り算定する。
- 3 1については、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったりハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。
- 4 1については、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。

H003-4 目標設定等支援・管理料

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 初回の場合 | 250点 |
| 2 | 2回目以降の場合 | 100点 |

注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

H004 摂食機能療法（1日につき）

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 30分以上の場合 | 185点 |
| 2 | 30分未満の場合 | 130点 |

注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

- 2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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えんの回復に必要な指導管理えんを行った場合に、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。	
H005	視能訓練（1日につき）	
	1 斜視視能訓練	135点
	2 弱視視能訓練	135点
H006	難病患者リハビリテーション料（1日につき）	640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患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。	
	2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
	イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合	280点
	ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合	140点
H007	障害児（者）リハビリテーション料（1単位）	
	1 6歳未満の患者の場合	225点
	2 6歳以上18歳未満の患者の場合	195点
	3 18歳以上の患者の場合	155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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	
H007-2	がん患者リハビリテーション料（1単位）	205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、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	
H007-3	認知症患者リハビリテーション料（1日につき）	240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、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。	
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	
	1 重症の場合	200点
	2 1以外の場合	100点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回算定する。	
	2 1の場合は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）に限り、2の場合は6月に1回に限り、それぞれ所定点数を算定する。	
H008	集団コミュニケーション療法料（1単位）	50点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。	

第2節 薬剤料

区分

H100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

- 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 精神科専門療法

通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。

第1節 精神科専門療法料

区分

I 0 0 0 精神科電気痙攣療法

- 1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 2,800点
- 2 1以外の場合 150点

注1 1日に1回に限り算定する。

2 1については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

3 1については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。

I 0 0 0 - 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。

I 0 0 1 入院精神療法（1回につき）

- 1 入院精神療法(I) 400点
- 2 入院精神療法(II)

イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点

ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点

注1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回に限り算定する。

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

1 通院精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点

ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合 400点

(2) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患

- 者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
- ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点
- ハ イ及びロ以外の場合
- (1) 60分以上の場合 540点
- (2) 30分以上60分未満の場合 400点
- (3) 30分未満の場合 330点
- 注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあっては1と2を合わせて週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を算定している患者については算定しない。
- 2 通院・在宅精神療養は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療養を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療養を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
- 4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療養を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。
- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療養を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点
- ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療養を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 1,200点
- 5 1のハの(1)並びに2のハの(1)及び(2)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。
- 6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。
- 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。

I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点

注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。

2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時的投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。

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

4 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I 0 0 2に掲げる通院・在宅精神療法の注5に規定する加算を算定する月は、算定しない。

5 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（注2に規定する場合を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

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

I 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料

1 入院中の患者 435点

2 入院中の患者以外 135点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したのに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。

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

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

I 0 0 3 標準型精神分析療法（1回につき） 390点

注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

1 医師による場合 480点

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350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患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

2 精神科を標榜^{ほう}する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

- I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）
- | | |
|------------|------|
| 1 入院中の患者 | 150点 |
| 2 入院中の患者以外 | |
| イ 初診時 | 110点 |
| ロ 再診時 | 80点 |
- 注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回に限り算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回に限り算定する。
- 5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。
- I 0 0 5 入院集団精神療法（1日につき） 100点
- 注1 入院中の患者について、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り算定する。
- 2 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
- I 0 0 6 通院集団精神療法（1日につき） 270点
- 注1 入院中の患者以外の患者について、6月を限度として週2回に限り算定する。
- 2 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
- I 0 0 6-2 依存症集団療法（1回につき）
- | | |
|---------------|------|
| 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つて、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。
- 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つて、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。
- 3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
- I 0 0 7 精神科作業療法（1日につき） 220点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- I 0 0 8 入院生活技能訓練療法
- | | |
|----------------------------|------|
| 1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 | 100点 |
| 2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 | 75点 |
- 注1 入院中の患者について、週1回に限り算定する。

- 2 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）

- | | | |
|---|--------|------|
| 1 | 小規模なもの | 275点 |
| 2 | 大規模なもの | 330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行われる場合に算定する。
- 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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
- 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。
- 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。
- 5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
- 6 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号I 0 0 9に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 0 1 0に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 0 1 0 - 2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 5に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。
- 7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、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20回に限り算定できる。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア（1日につき）

- | | | |
|---|--------|------|
| 1 | 小規模なもの | 590点 |
| 2 | 大規模なもの | 700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行われる場合に算定する。
- 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、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
- 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。
- 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有

する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

- 5 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。
- 6 当該保険医療機関において、入院中の患者であつて、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限り。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
- 7 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I010 精神科ナイト・ケア（1日につき） 540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算定する。

- 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあつては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。
- 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。
- 5 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき） 1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

- 2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあつては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。
- 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であつて、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

5 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。

6 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I011 精神科退院指導料 320点

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

2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り200点を所定点数に加算する。

I011-2 精神科退院前訪問指導料 380点

注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

2 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。

3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

I012 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I)

イ 保健師又は看護師による場合

- (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

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点

ハ 作業療法士による場合

- (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

ニ 精神保健福祉士による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 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

2 削除

3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

イ 保健師又は看護師による場合

- (1) 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
(2) 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
ロ 准看護師による場合		
(1) 同一日に2人		
① 週3日目まで	30分以上の場合	530点
② 週3日目まで	30分未満の場合	405点
③ 週4日目以降	30分以上の場合	630点
④ 週4日目以降	30分未満の場合	490点
(2) 同一日に3人以上		
① 週3日目まで	30分以上の場合	268点
② 週3日目まで	30分未満の場合	205点
③ 週4日目以降	30分以上の場合	318点
④ 週4日目以降	30分未満の場合	248点
ハ 作業療法士による場合		
(1) 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
(2) 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
ニ 精神保健福祉士による場合		
(1) 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
(2) 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1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、区分番号C00

5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪の日から7日以内の期間については、1日につき1回に限り算定することができる。

2 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪の日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

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

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

(1) 1日に1回の場合

- | | |
|-------------|------|
| ① 同一建物内1人 | 450点 |
| ② 同一建物内2人 | 450点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 400点 |

(2) 1日に2回の場合

- | | |
|-------------|------|
| ① 同一建物内1人 | 900点 |
| ② 同一建物内2人 | 900点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 810点 |

(3) 1日に3回以上の場合

- | | |
|-------------|--------|
| ① 同一建物内1人 | 1,450点 |
| ② 同一建物内2人 | 1,450点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 1,300点 |

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

(1) 1日に1回の場合

- | | |
|-------------|------|
| ① 同一建物内1人 | 380点 |
| ② 同一建物内2人 | 380点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 340点 |

(2) 1日に2回の場合

- | | |
|---|--------|
| ① 同一建物内 1 人 | 760点 |
| ② 同一建物内 2 人 | 760点 |
| ③ 同一建物内 3 人以上 | 680点 |
| (3) 1 日に 3 回以上の場合 | |
| ① 同一建物内 1 人 | 1,240点 |
| ② 同一建物内 2 人 | 1,240点 |
| ③ 同一建物内 3 人以上 | 1,120点 |
| ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 | |
| (1) 同一建物内 1 人 | 300点 |
| (2) 同一建物内 2 人 | 300点 |
| (3) 同一建物内 3 人以上 | 270点 |
| 5 注 1 及び注 2 に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週 1 日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週 3 日）に限り、520点を所定点数に加算する。 | |
| 6 注 1 及び注 2 に規定する場合であって、夜間（午後 6 時から午後 10 時までの時間をいう。）又は早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として 210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として 420点を所定点数に加算する。 | |
| 7 注 1 及び注 2 に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1 日につき 265点を所定点数に加算する。 | |
| 8 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は C 0 0 5 - 1 - 2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。 | |
| 9 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。 | |
| 10 区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1 のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1 日に 2 回又は 3 回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。 | |
| イ 1 日に 2 回の場合 | |
| (1) 同一建物内 1 人 | 450点 |
| (2) 同一建物内 2 人 | 450点 |
| (3) 同一建物内 3 人以上 | 400点 |
| ロ 1 日に 3 回以上の場合 | |
| (1) 同一建物内 1 人 | 800点 |
| (2) 同一建物内 2 人 | 800点 |
| (3) 同一建物内 3 人以上 | 720点 |
| 11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月 1 回に限り 250点を所定点数に加算する。 | |
| 12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機 | |

関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

I 0 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料 300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

4 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号C 0 0 7に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

イ 入院中の患者 250点

ロ 入院中の患者以外 250点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

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。

2 1のロについては、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。

3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

I 0 1 4 医療保護入院等診療料 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理

を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき） 1,040点

注1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1日につき6時間以上行った場合に算定する。

2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。

4 重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号I 0 0 8-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 0 0 9に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 0 1 0に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 0-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料（月1回）

1 精神科在宅患者支援管理料1

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 3,000点

(2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 2,500点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点

ハ イ及びロ以外の患者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 2,030点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点

2 精神科在宅患者支援管理料2

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 2,467点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

(1) 単一建物診療患者1人 2,056点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点

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。

2 1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及

び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

- 3 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。
- 4 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。
- 5 精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、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8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。
- 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。
- 7 精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

第2節 薬剤料

区分

I100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第9部 処置

通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
 - イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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行われる場合
 - (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
 - (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）
所定点数の100分の80に相当する点数
 - (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
 - (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
 - ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）
 - (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
 - (2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数
 - (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
 - (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- 6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

第1節 処置料

区分

（一般処置）

J000 創傷処置

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 52点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 60点 |
| 3 | 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 | 90点 |
| 4 | 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 | 160点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 275点 |

注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

- 2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創

傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。

3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

J 0 0 1 熱傷処置

- | | | |
|---|----------------------------------|--------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 135点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 147点 |
| 3 | 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 | 270点 |
| 4 | 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 | 504点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 1,500点 |

注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J 0 0 0に掲げる創傷処置の例により算定する。

2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。

4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

J 0 0 1 - 2 絆創膏固定術 500点

J 0 0 1 - 3 鎖骨又は肋骨骨折固定術 500点

J 0 0 1 - 4 重度褥瘡処置（1日につき）

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 100平方センチメートル未満 | 90点 |
| 2 | 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 | 98点 |
| 3 | 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 | 150点 |
| 4 | 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 | 280点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 500点 |

注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J 0 0 0に掲げる創傷処置の例により算定する。

2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

J 0 0 1 - 5 長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 24点

注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 1 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき） 30点

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

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

- (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満
- (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

ロ 皮膚科軟膏処置

- (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満
- (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

J 0 0 1 - 7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） 60点

	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 0 0 1 - 8	穿刺排膿後薬液注入	45点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 0 0 1 - 9	空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1日につき）	45点
J 0 0 1 - 10	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。	
J 0 0 2	ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）	
	1 持続的吸引を行うもの	50点
	2 その他のもの	25点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 0 3	局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）	
	1 100平方センチメートル未満	1,040点
	2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	1,060点
	3 200平方センチメートル以上	1,100点
	注 1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。	
	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。	
J 0 0 3 - 2	局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）	
	1 100平方センチメートル未満	240点
	2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	270点
	3 200平方センチメートル以上	330点
	注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。	
J 0 0 3 - 3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき）	1,100点
J 0 0 3 - 4	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。	
J 0 0 4	流注膿瘍穿刺	190点
J 0 0 5	脳室穿刺	600点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 0 6	後頭下穿刺	300点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	317点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 0 7 - 2	硬膜外自家血注入	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行われる場合に限り算定する。	
	2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J 0 0 8	胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）	220点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 0 9	削除	
J 0 1 0	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）	230点

	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 1 0 - 2	経皮的肝膿瘍等穿刺術	1,450点
J 0 1 1	骨髄穿刺	
	1 胸骨	310点
	2 その他	330点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 1 2	腎嚢胞又は水腎症穿刺	280点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 1 3	ダグラス窩穿刺	240点
J 0 1 4	乳腺穿刺	200点
J 0 1 5	甲状腺穿刺	150点
J 0 1 6	リンパ節等穿刺	200点
J 0 1 7	エタノールの局所注入	1,200点
	注 甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、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。	
J 0 1 7 - 2	リンパ管腫局所注入	1,020点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J 0 1 8	喀痰吸引（1日につき）	48点
	注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。	
	3 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C 1 1 2に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	
J 0 1 8 - 2	内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につき）	120点
J 0 1 8 - 3	干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき）	48点
	注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。	
	3 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C 1 1 2に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	
J 0 1 9	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	660点
	注1 持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。	
	2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 1 9 - 2	削除	
J 0 2 0	胃持続ドレナージ（開始日）	50点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 2 1	持続的腹腔ドレナージ（開始日）	550点
	注1 持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。	
	2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 0 2 2	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	65点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	

J 0 2 2 - 2	摘便	100点
J 0 2 2 - 3	腰椎麻酔下直腸内異物除去	45点
J 0 2 2 - 4	腸内ガス排気処置（開腹手術後）	45点
J 0 2 2 - 5	持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）	50点
J 0 2 3	気管支カテーテル薬液注入法	120点
J 0 2 4	酸素吸入（1日につき）	65点
	注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	3 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。	
J 0 2 4 - 2	突発性難聴に対する酸素療法（1日につき）	65点
J 0 2 5	酸素テント（1日につき）	65点
	注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。	
J 0 2 6	間歇的陽圧吸入法（1日につき）	160点
	注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。	
J 0 2 6 - 2	鼻マスク式補助換気法（1日につき）	160点
	注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	
J 0 2 6 - 3	体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）	160点
	注1 体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	
J 0 2 6 - 4	ハイフローセラピー（1日につき）	
	1 15歳未満の患者の場合	282点
	2 15歳以上の患者の場合	192点
J 0 2 7	高気圧酸素治療（1日につき）	
	1 減圧症又は空気塞栓に対するもの	5,000点
	2 その他のもの	3,000点
	注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。	
J 0 2 8	インキュベーター（1日につき）	120点
	注 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。	

J 0 2 9	鉄の肺（1日につき）	260点
J 0 2 9-2	減圧タンク療法	260点
J 0 3 0	食道ブジー法	120点
J 0 3 1	直腸ブジー法	120点
J 0 3 2	肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）	150点
	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。	
J 0 3 3	削除	
J 0 3 4	イレウス用ロングチューブ挿入法	730点
J 0 3 4-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	180点
J 0 3 4-3	内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）	5,360点
J 0 3 5	削除	
J 0 3 6	非還納性ヘルニア徒手整復法	290点
	注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。	
J 0 3 7	痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）	290点
J 0 3 8	人工腎臓（1日につき）	
	1 慢性維持透析を行った場合 1	
	イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	1,924点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	2,084点
	ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	2,219点
	ニ 4時間未満の場合（イを除く。）	1,798点
	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,958点
	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。）	2,093点
	2 慢性維持透析を行った場合 2	
	イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	1,884点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	2,044点
	ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	2,174点
	ニ 4時間未満の場合（イを除く。）	1,758点
	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,918点
	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。）	2,048点
	3 慢性維持透析を行った場合 3	
	イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	1,844点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	1,999点
	ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	2,129点
	ニ 4時間未満の場合（イを除く。）	1,718点
	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	1,873点
	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。）	2,003点
	4 その他の場合	1,580点
	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。	
	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
- 3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。
- 4 カニューレション料を含むものとする。
- 5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）に限り算定する。
- 6 1から3までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。
- 7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。
- 8 区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。
- 11 通常的人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上的人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。
- 12 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 13 1から3までについては、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慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。
- J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき） 1,990点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。
- 2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき120点を加算する。
- 3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。
- 4 区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。
- J039 血漿交換療法（1日につき） 4,200点
- 注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 0	局所灌流（1日につき）	
	1 悪性腫瘍に対するもの	4,300点
	2 骨膜・骨髄炎に対するもの	1,700点
	注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。	
J 0 4 1	吸着式血液浄化法（1日につき）	2,000点
	注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。	
J 0 4 1-2	血球成分除去療法（1日につき）	2,000点
	注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。	
J 0 4 2	腹膜灌流（1日につき）	
	1 連続携行式腹膜灌流	330点
	注1 導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1日につき500点を加算する。	
	2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。	
	3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回に限り、算定する。	
	2 その他の腹膜灌流	1,100点
J 0 4 3	新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき）	140点
J 0 4 3-2	瀉血療法	250点
J 0 4 3-3	ストーマ処置（1日につき）	
	1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合	70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
	注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。	
	2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。	
	3 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J 0 4 3-4	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	200点
	注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。	
J 0 4 3-5	尿路ストーマカテーテル交換法	100点
	注1 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J 0 4 3-6	人工臓器療法（1日につき）	3,500点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、3日を限度として算定する。	
J 0 4 3-7	経会陰的放射線治療用材料局所注入（救急処置）	1,400点
J 0 4 4	救命のための気管内挿管	480点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J 0 4 4-2	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）	400点
J 0 4 5	人工呼吸	
	1 30分までの場合	242点

- 2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点
- 注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。
- J045-2 一酸化窒素吸入療法（1日につき）
- 1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合 1,680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行われる場合に限り算定する。
- 2 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。
- 2 その他の場合 1,680点
- 注 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。
- J046 非開胸的心マッサージ
- 1 30分までの場合 250点
- 2 30分を超えた場合 250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数
- J047 カウンターショック（1日につき）
- 1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2,500点
- 2 その他の場合 3,500点
- J047-2 心腔内除細動 3,500点
- J047-3 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。
- J048 心膜穿刺 500点
- J049 食道圧迫止血チューブ挿入法 3,240点
- J050 気管内洗浄（1日につき） 340点
- 注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
- 2 気管内洗浄と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。
- J051 胃洗浄 300点
- 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
- J052 ショックパンツ（1日につき） 150点
- 注 2日目以降については、所定点数にかかわらず1日につき50点を算定する。
- J052-2 熱傷温浴療法（1日につき） 1,740点
- 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。
- （皮膚科処置）
- J053 皮膚科軟膏処置

1	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	55点
2	500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	85点
3	3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	155点
4	6,000平方センチメートル以上	270点
注1	100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。	
2	区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。	
J054	皮膚科光線療法（1日につき）	
1	赤外線又は紫外線療法	45点
注	入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
2	長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上313ナノメートル以下のもの）	150点
3	中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	340点
J054-2	皮膚レーザー照射療法（一連につき）	
1	色素レーザー照射療法	2,170点
注	照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。	
2	Qスイッチ付レーザー照射療法	
イ	4平方センチメートル未満	2,000点
ロ	4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満	2,370点
ハ	16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満	2,900点
ニ	64平方センチメートル以上	3,950点
注	3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。	
J055	いぼ焼灼法	
1	3箇所以下	210点
2	4箇所以上	260点
J055-2	イオントフォレーゼ	220点
J055-3	臍肉芽腫切除術	220点
J056	いぼ等冷凍凝固法	
1	3箇所以下	210点
2	4箇所以上	270点
J057	軟属腫摘除	
1	10箇所未満	120点
2	10箇所以上30箇所未満	220点
3	30箇所以上	350点
J057-2	面皰圧出法	49点
J057-3	鶏眼・胼胝処置	170点
注	月2回に限り算定する。	
J057-4	稗粒腫摘除	
1	10箇所未満	74点
2	10箇所以上	148点
	（泌尿器科処置）	
J058	膀胱穿刺	80点
J059	陰囊水腫穿刺	80点
J059-2	血腫、膿腫穿刺	80点

J 0 6 0	膀胱洗淨（１日につき）	60点
	注 1 薬液注入、膀胱洗淨と同時に 行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置 中の膀胱洗淨の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 6に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗淨の費用は算定しない。	
J 0 6 0 - 2	後部尿道洗淨（ウルツマン）（１日につき）	60点
J 0 6 1	腎盂洗淨（片側）	60点
J 0 6 2	腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）	1,290点
	注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
J 0 6 3	留置カテーテル設置	40点
	注 1 膀胱洗淨と同時に 行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗淨の所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号C 1 0 6に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	
J 0 6 4	導尿（尿道拡張を要するもの）	40点
	注 区分番号C 1 0 6に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	
J 0 6 5	間歇的導尿（１日につき）	150点
J 0 6 6	尿道拡張法	216点
J 0 6 6 - 2	タイダール自動膀胱洗淨（１日につき）	180点
J 0 6 7	誘導ブジー法	216点
J 0 6 8	嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）	290点
J 0 6 9	前立腺液圧出法	50点
J 0 7 0	前立腺冷温榻	50点
J 0 7 0 - 2	干渉低周波による膀胱等刺激法	50点
	注 入院中の患者以外の患者について算定する。	
J 0 7 0 - 3	冷却痔処置（１日につき）	50点
J 0 7 0 - 4	磁気による膀胱等刺激法	70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。 (産婦人科処置)	
J 0 7 1	羊水穿刺（羊水過多症の場合）	144点
J 0 7 2	膣洗淨（熱性洗淨を含む。）	56点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 0 7 3	子宮腔洗淨（薬液注入を含む。）	56点
J 0 7 4	卵管内薬液注入法	60点
J 0 7 5	陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法	408点
J 0 7 6	子宮頸管内への薬物挿入法	45点
J 0 7 7	子宮出血止血法	
	1 分娩時のもの	624点
	2 分娩外のもの	45点
J 0 7 8	子宮腔部薬物焼灼法	100点
J 0 7 9	子宮腔部焼灼法	180点
J 0 8 0	子宮頸管拡張及び分娩誘発法	
	1 ラミナリア	120点
	2 コルポイリンテル	120点

	3 金属拡張器（ヘガール等）	180点
	4 メトロイリンテル	340点
J 0 8 1	分娩時鈍性頸管拡張法	456点
J 0 8 2	子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）	290点
J 0 8 2-2	薬物放出子宮内システム処置	
	1 挿入術	240点
	2 除去術	150点
J 0 8 3	妊娠子宮嵌頓非観血的整復法	290点
J 0 8 4	胎盤圧出法	45点
J 0 8 5	クリステル胎児圧出法	45点
J 0 8 5-2	人工羊水注入法 （眼科処置）	720点
J 0 8 6	眼処置	25点
	注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	
J 0 8 6-2	義眼処置	25点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 0 8 7	前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）	180点
	注 顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。	
J 0 8 8	霰粒腫の穿刺	45点
J 0 8 9	睫毛抜去	
	1 少数の場合	25点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 多数の場合	45点
	注 1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。	
	2 1日に1回に限り算定する。	
J 0 9 0	結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点
J 0 9 1	鼻涙管ブジー法	45点
J 0 9 1-2	鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄	45点
J 0 9 2	涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）	54点
J 0 9 3	強膜マッサージ	150点
J 0 9 4	削除 （耳鼻咽喉科処置）	
J 0 9 5	耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）	25点
	注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	
J 0 9 5-2	鼓室処置（片側）	55点
	注 鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。	
J 0 9 6	耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）	
	1 カテーテルによる耳管通気法（片側）	36点
	2 ポリツェル球による耳管通気法	24点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 0 9 7	鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）	14点
	注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 区分番号 J 0 9 8 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。	
	3 鼻洗浄については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	

J 0 9 7 - 2	副鼻腔自然口開大処置	25点
	注 処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J 0 9 8	口腔、咽頭処置	14点
	注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 区分番号 J 0 9 7 に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても14点とする。	
J 0 9 8 - 2	扁桃処置	40点
J 0 9 9	間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）	32点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 1 0 0	副鼻腔手術後の処置（片側）	45点
	注 当該処置と同日に行われた区分番号 J 0 9 7 - 2 に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。	
J 1 0 1	鼓室穿刺（片側）	50点
J 1 0 2	上顎洞穿刺（片側）	60点
J 1 0 3	扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）	180点
J 1 0 4	唾液腺管洗浄（片側）	60点
J 1 0 5	副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）	
	1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合	55点
	2 1 以外の場合	25点
J 1 0 6 及び J 1 0 7	削除	
J 1 0 8	鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）	240点
J 1 0 9	鼻咽腔止血法（ベロック止血法）	440点
J 1 1 0	削除	
J 1 1 1	耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側）	45点
J 1 1 2	唾液腺管ブジー法（片側）	45点
J 1 1 3	耳垢栓塞除去（複雑なもの）	
	1 片側	100点
	2 両側	180点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J 1 1 4	ネブライザー	12点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 1 1 5	超音波ネブライザー（1日につき）	24点
J 1 1 5 - 2	排痰誘発法（1日につき） （整形外科的処置）	44点
J 1 1 6	関節穿刺（片側）	120点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 1 1 6 - 2	粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）	80点
J 1 1 6 - 3	ガングリオン穿刺術	80点
J 1 1 6 - 4	ガングリオン圧碎法	80点
J 1 1 6 - 5	酵素注射療法	2,490点
J 1 1 7	鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所を1日につき）	50点
	注 1 3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、所定点数に55点を加算する。	
	2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8	介達牽引（1日につき）	35点
	注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8 - 2	矯正固定（1日につき）	35点

注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

J 1 1 8 - 3 変形機械矯正術（1日につき） 35点

注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

J 1 1 8 - 4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） 900点

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

3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算する。

J 1 1 9 消炎鎮痛等処置（1日につき）

1 マッサージ等の手技による療法 35点

2 器具等による療法 35点

3 湿布処置 35点

注1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。

2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。

3 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。

4 区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。

J 1 1 9 - 2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき） 35点

J 1 1 9 - 3 低出力レーザー照射（1日につき） 35点

J 1 1 9 - 4 肛門処置（1日につき） 24点

（栄養処置）

J 1 2 0 鼻腔栄養（1日につき） 60点

注1 区分番号C 1 0 5に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 5 - 2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 5 - 3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号C 1 0 9に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。

J 1 2 1 滋養浣腸 45点

（ギプス）

通則

1 既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。

2 区分番号J 1 2 3からJ 1 2 8までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。

3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J 1 2 2からJ 1 2 9 - 4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

J 1 2 2	四肢ギプス包帯	
	1 鼻ギプス	310点
	2 手指及び手、足（片側）	490点
	3 半肢（片側）	780点
	4 内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点
	5 上肢、下肢（片側）	1,200点
	6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,840点
J 1 2 3	体幹ギプス包帯	1,500点
J 1 2 4	鎖骨ギプス包帯（片側）	1,250点
J 1 2 5	ギプスベッド	1,400点
J 1 2 6	斜頸矯正ギプス包帯	1,670点
J 1 2 7	先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,400点
J 1 2 8	脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,440点
J 1 2 9	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
J 1 2 9-2	練習用仮義足又は仮義手採型法	
	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
J 1 2 9-3	治療用装具採寸法（1肢につき）	200点
J 1 2 9-4	治療用装具採型法	
	1 体幹装具	700点
	2 四肢装具（1肢につき）	700点
	3 その他（1肢につき）	200点
	第2節 処置医療機器等加算	

区分

J 2 0 0 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ） 170点

J 2 0 1 酸素加算

注1 区分番号 J 0 2 4 から J 0 2 8 まで及び J 0 4 5 に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 薬剤料

区分

J 3 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

J 4 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 手術

通則

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置（区分番号J122からJ129-4までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない手術であって特殊なもの費用は、第1節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。
- 4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、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K

546、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、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 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K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。
- 8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、乳幼児加算又は幼児加算として、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 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。
- 10 HIV抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。
- 11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- 12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
- イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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
- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
- ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- 13 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。
- 14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとは同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10部第1節第8款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 15 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を途中で中絶しなければならぬ場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

- 16 区分番号K 6 6 4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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。
- 18 区分番号K 5 0 2-5、K 5 0 4-2、K 5 1 3-2、K 5 1 4-2の2、K 5 1 4-2の3、K 5 2 9-2、K 5 2 9-3、K 5 5 4-2、K 6 5 5-2、K 6 5 5-5、K 6 5 7-2、K 7 0 2-2、K 7 0 3-2、K 7 4 0-2、K 7 7 8-2、K 8 0 3-2、K 8 6 5-2、K 8 7 7-2及びK 8 7 9-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。
- 19 区分番号K 4 7 5及びK 8 8 8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。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K 0 0 0 創傷処理

- | | | |
|----|--|--------|
| 1 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） | 1,250点 |
| 2 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 1,680点 |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | |
| | イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） | 8,600点 |
| | ロ その他のもの | 2,400点 |
| 4 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） | 470点 |
| 5 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 850点 |
| 6 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） | 1,320点 |
| 注1 | 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。 | |
| | 2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。 | |
| | 3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。 | |

K 0 0 0-2 小児創傷処理（6歳未満）

- | | | |
|----|--|--------|
| 1 | 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） | 1,250点 |
| 2 | 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） | 1,400点 |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 2,220点 |
| 4 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | 3,430点 |
| 5 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満） | 450点 |
| 6 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） | 500点 |
| 7 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 950点 |
| 8 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） | 1,740点 |
| 注1 | 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算 | |

定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K001	皮膚切開術	
	1 長径10センチメートル未満	570点
	2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満	990点
	3 長径20センチメートル以上	1,770点
K002	デブリードマン	
	1 100平方センチメートル未満	1,260点
	2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	4,300点
	3 3,000平方センチメートル以上	10,030点
	注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定する。	
	2 注1の場合を除き、当初の1回に限り算定する。	
	3 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
	4 水圧式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。	
K003	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）	
	1 長径3センチメートル未満	3,480点
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180点
	3 長径6センチメートル以上	17,810点
K004	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）	
	1 長径3センチメートル未満	2,110点
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,070点
	3 長径6センチメートル以上	11,370点
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）	
	1 長径2センチメートル未満	1,660点
	2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670点
	3 長径4センチメートル以上	4,360点
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）	
	1 長径3センチメートル未満	1,280点
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230点
	3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満	4,160点
	4 長径12センチメートル以上	8,320点
K006-2	鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）	
	1 長径2センチメートル未満	1,660点
	2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670点
	3 長径4センチメートル以上	4,360点
K006-3	鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）	
	1 長径3センチメートル未満	1,280点
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230点
	3 長径6センチメートル以上	4,160点
K006-4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	
	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280点
	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050点
	3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	

		3,230点
	4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160点
K007	皮膚悪性腫瘍切除術	
	1 広汎切除	28,210点
	2 単純切除	11,000点
	注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	
K007-2	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000点
K007-3	放射線治療用合成吸収性材料留置術	14,290点
K008	腋臭症手術	
	1 皮弁法	6,870点
	2 皮膚有毛部切除術	3,000点
	3 その他のもの (形成)	1,660点
K009	皮膚剥削術	
	1 25平方センチメートル未満	1,810点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,370点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,610点
	4 200平方センチメートル以上	13,640点
K010	癍痕拘縮形成手術	
	1 顔面	12,660点
	2 その他	8,060点
K011	顔面神経麻痺形成手術	
	1 静的なもの	19,110点
	2 動的なもの	64,350点
K012	削除	
K013	分層植皮術	
	1 25平方センチメートル未満	3,520点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000点
	4 200平方センチメートル以上	25,820点
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	
K013-2	全層植皮術	
	1 25平方センチメートル未満	10,000点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210点
	4 200平方センチメートル以上	40,290点
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	
K014	皮膚移植術（生体・培養）	6,110点
	注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。	
	2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
K014-2	皮膚移植術（死体）	
	1 200平方センチメートル未満	8,000点

	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	16,000点
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	32,000点
	4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	80,000点
	5	3,000平方センチメートル以上	96,000点
K015		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
	1	25平方センチメートル未満	4,510点
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	13,720点
	3	100平方センチメートル以上	22,310点
K016		動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	41,120点
K017		遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
	1	乳房再建術の場合	89,880点
	2	その他の場合	94,460点
K018		削除	
K019		複合組織移植術	19,420点
K020		自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	131,310点
K021		粘膜移植術	
	1	4平方センチメートル未満	6,510点
	2	4平方センチメートル以上	7,820点
K021-2		粘膜弁手術	
	1	4平方センチメートル未満	13,190点
	2	4平方センチメートル以上	13,460点
K022		組織拡張器による再建手術（一連につき）	
	1	乳房（再建手術）の場合	18,460点
	2	その他の場合	19,400点
K022-2		象皮病根治手術	
	1	大腿 <small>たい</small>	27,380点
	2	下腿 <small>たい</small>	23,400点
		第2款 筋骨格系・四肢・体幹	
区分			
		（筋膜、筋、腱、腱鞘 <small>けんけんしょう</small> ）	
K023		筋膜切離術、筋膜切開術	840点
K024		筋切離術	3,690点
K025		股関節内転筋切離術	6,370点
K026		股関節筋群解離術	12,140点
K026-2		股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）	16,700点
		注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。	
K027		筋炎手術	
	1	腸腰筋、殿筋、大腿筋 <small>たい</small>	2,060点
	2	その他の筋	1,210点
K028		腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。） <small>けんしょう</small>	2,050点
K029		筋肉内異物摘出術	3,440点
K030		四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 <small>たい</small> <small>たい</small> <small>く</small>	7,390点
	2	手、足	3,750点
K031		四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術	
	1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 <small>たい</small> <small>たい</small> <small>く</small>	24,130点
	2	手、足	12,870点
		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。	

K 0 3 2	削除	
K 0 3 3	筋膜移植術	
	1 指（手、足）	8,720点
	2 その他のもの	10,310点
K 0 3 4	腱 ^{けん} 切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）	4,290点
K 0 3 5	腱 ^{けん} 剥離術（関節鏡下によるものを含む。）	13,580点
K 0 3 5-2	腱 ^{けん} 滑膜切除術	9,060点
K 0 3 6	削除	
K 0 3 7	腱縫合術	13,580点
	注 前腕から手根部の2指以上の腱 ^{けん} 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。	
K 0 3 7-2	アキレス腱 ^{けん} 断裂手術	8,710点
K 0 3 8	腱 ^{けん} 延長術	10,750点
K 0 3 9	腱 ^{けん} 移植術（人工腱 ^{けん} 形成術を含む。）	
	1 指（手、足）	18,780点
	2 その他のもの	23,860点
K 0 4 0	腱 ^{けん} 移行術	
	1 指（手、足）	15,570点
	2 その他のもの	18,080点
K 0 4 0-2	指伸筋 ^{けん} 腱 ^{けん} 脱臼 ^ひ 観血的整復術	13,610点
K 0 4 0-3	腓骨筋 ^{けん} 腱 ^{けん} 鞘 ^{けん} 形成術	18,080点
K 0 4 1	削除	
	（四肢骨）	
K 0 4 2	骨 ^{せん} 穿孔術	1,730点
K 0 4 3	骨 ^{ぞう} 搔 ^は 爬 ^は 術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿 ^{たい}	12,270点
	2 前腕、下腿 ^{たい}	8,040点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
K 0 4 3-2	削除	
K 0 4 3-3	削除	
K 0 4 4	骨折非観血的整復術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿 ^{たい}	1,600点
	2 前腕、下腿 ^{たい}	1,780点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440点
K 0 4 5	骨折経皮的鋼線刺入固定術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿 ^{たい}	7,060点
	2 前腕、下腿 ^{たい}	4,100点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	1,990点
K 0 4 6	骨折観血的手術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿 ^{たい}	18,810点
	2 前腕、下腿、手舟状骨 ^{たい}	15,980点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	11,370点
K 0 4 6-2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）	
	1 肩甲骨、上腕、大腿 ^{たい}	23,420点
	2 前腕、下腿 ^{たい}	18,800点
	3 手、足、指（手、足）	13,120点
K 0 4 6-3	一時的創外固定骨折治療術	34,000点
K 0 4 7	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500点

K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500点
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	4,620点
	注 骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	
K048	骨内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）	12,100点
	2 その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	7,870点
	3 前腕、下腿	5,200点
	4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,620点
K049	骨部分切除術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	5,900点
	2 前腕、下腿	4,410点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,280点
K050	腐骨摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	15,570点
	2 前腕、下腿	12,510点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	4,100点
K051	骨全摘術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	27,890点
	2 前腕、下腿	15,570点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160点
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	5,160点
	注 2本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。	
K052	骨腫瘍切除術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	17,410点
	2 前腕、下腿	9,370点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	4,340点
K052-2	削除	
K052-3	削除	
K053	骨悪性腫瘍手術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点
	2 前腕、下腿	32,040点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	22,010点
	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。	
K054	骨切り術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	28,210点
	2 前腕、下腿	22,680点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	8,150点
	注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K055	削除	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070点
K055-3	大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	37,570点
K056	偽関節手術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	30,310点
	2 前腕、下腿、手舟状骨	28,210点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	15,570点
K056-2	難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）	48,820点

K057	変形治癒骨折矯正手術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	34,400点
	2 前腕、下腿	27,550点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	15,770点
	注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	
K058	骨長調整手術	
	1 骨端軟骨発育抑制術	16,340点
	2 骨短縮術	15,200点
	3 骨延長術（指（手、足））	16,390点
	4 骨延長術（指（手、足）以外）	29,370点
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む。）	
	1 自家骨移植	16,830点
	2 同種骨移植（生体）	28,660点
	3 同種骨移植（非生体）	
	イ 同種骨移植（特殊なもの）	39,720点
	ロ その他の場合	21,050点
	4 自家培養軟骨移植術	14,030点
	注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術 （四肢関節、靭帯）	22,340点
K060	関節切開術	
	1 肩、股、膝	3,600点
	2 胸鎖、肘、手、足	1,280点
	3 肩鎖、指（手、足）	680点
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	
	1 観血的に行うもの	8,640点
	2 関節鏡下で行うもの	12,720点
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術	
	1 肩、股、膝	20,020点
	2 胸鎖、肘、手、足	13,130点
	3 肩鎖、指（手、足）	3,330点
K061	関節脱臼非観血的整復術	
	1 肩、股、膝	1,800点
	2 胸鎖、肘、手、足	1,560点
	3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	960点
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）	
	1 リーメンビューゲル法	2,050点
	2 その他	2,950点
K063	関節脱臼観血的整復術	
	1 肩、股、膝	28,210点
	2 胸鎖、肘、手、足	18,810点
	3 肩鎖、指（手、足）	15,080点
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240点
K065	関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 肩、股、膝	12,540点
	2 胸鎖、肘、手、足	4,600点
	3 肩鎖、指（手、足）	2,950点
K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術	

1	肩、股、膝	13,950点
2	胸鎖、肘、手、足	12,300点
3	肩鎖、指(手、足)	7,930点
K066	関節滑膜切除術	
1	肩、股、膝	17,750点
2	胸鎖、肘、手、足	11,200点
3	肩鎖、指(手、足)	7,930点
K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術	
1	肩、股、膝	17,610点
2	胸鎖、肘、手、足	17,030点
3	肩鎖、指(手、足)	16,060点
K066-3	滑液膜摘出術	
1	肩、股、膝	17,750点
2	胸鎖、肘、手、足	11,200点
3	肩鎖、指(手、足)	7,930点
K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術	
1	肩、股、膝	17,610点
2	胸鎖、肘、手、足	17,030点
3	肩鎖、指(手、足)	16,060点
K066-5	膝蓋骨滑液囊切除術	11,200点
K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	17,030点
K066-7	掌指関節滑膜切除術	7,930点
K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060点
K067	関節鼠摘出手術	
1	肩、股、膝	15,600点
2	胸鎖、肘、手、足	10,580点
3	肩鎖、指(手、足)	3,970点
K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術	
1	肩、股、膝	17,780点
2	胸鎖、肘、手、足	19,100点
3	肩鎖、指(手、足)	12,000点
K068	半月板切除術	9,200点
K068-2	関節鏡下半月板切除術	15,090点
K069	半月板縫合術	11,200点
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730点
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	18,810点
K070	ガングリオン摘出術	
1	手、足、指(手、足)	3,050点
2	その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190点
K071	削除	
K072	関節切除術	
1	肩、股、膝	23,280点
2	胸鎖、肘、手、足	16,070点
3	肩鎖、指(手、足)	6,800点
K073	関節内骨折観血の手術	
1	肩、股、膝、肘	20,760点
2	胸鎖、手、足	17,070点
3	肩鎖、指(手、足)	11,990点
K073-2	関節鏡下関節内骨折観血の手術	

	1 肩、股、膝、肘	27,720点
	2 胸鎖、手、足	22,690点
	3 肩鎖、指(手、足)	14,360点
K074	靭帯断裂縫合術	
	1 十字靭帯	17,070点
	2 膝側副靭帯	16,560点
	3 指(手、足)その他の靭帯	7,600点
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術	
	1 十字靭帯	24,170点
	2 膝側副靭帯	16,510点
	3 指(手、足)その他の靭帯	15,720点
K075	非観血的関節授動術	
	1 肩、股、膝	1,590点
	2 胸鎖、肘、手、足	1,260点
	3 肩鎖、指(手、足)	490点
K076	観血的関節授動術	
	1 肩、股、膝	38,890点
	2 胸鎖、肘、手、足	28,210点
	3 肩鎖、指(手、足)	10,150点
K076-2	関節鏡下関節授動術	
	1 肩、股、膝	46,660点
	2 胸鎖、肘、手、足	33,850点
	3 肩鎖、指(手、足)	10,150点
K077	観血的関節制動術	
	1 肩、股、膝	27,380点
	2 胸鎖、肘、手、足	16,040点
	3 肩鎖、指(手、足)	5,550点
K078	観血的関節固定術	
	1 肩、股、膝	21,640点
	2 胸鎖、肘、手、足	22,300点
	3 肩鎖、指(手、足)	8,640点
K079	靭帯断裂形成手術	
	1 十字靭帯	28,210点
	2 膝側副靭帯	18,810点
	3 指(手、足)その他の靭帯	16,350点
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術	
	1 十字靭帯	34,980点
	2 膝側副靭帯	17,280点
	3 指(手、足)その他の靭帯	18,250点
	4 内側膝蓋大腿靭帯	24,210点
	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。	
K080	関節形成手術	
	1 肩、股、膝	45,720点
	2 胸鎖、肘、手、足	28,210点
	3 肩鎖、指(手、足)	14,050点
	注 関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。	
K080-2	内反足手術	25,930点
K080-3	肩腱板断裂手術	

1	簡単なもの	18,700点
2	複雑なもの	24,310点
K080-4	関節鏡下肩 ^{けん} 腱板断裂手術	
1	簡単なもの	27,040点
2	複雑なもの	38,670点
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術	
1	^{けん} 腱板断裂を伴うもの	45,200点
2	^{けん} 腱板断裂を伴わないもの	32,160点
K080-6	関節鏡下股関節唇形成術	44,830点
K081	人工骨頭挿入術	
1	肩、股	19,500点
2	肘、手、足	18,810点
3	指（手、足）	10,880点
K082	人工関節置換術	
1	肩、股、膝 ^{しつ}	37,690点
2	胸鎖、肘、手、足	28,210点
3	肩鎖、指（手、足）	15,970点
K082-2	人工関節抜去術	
1	肩、股、膝	30,230点
2	胸鎖、肘、手、足	23,650点
3	肩鎖、指（手、足）	15,990点
K082-3	人工関節再置換術	
1	肩、股、膝	54,810点
2	胸鎖、肘、手、足	34,190点
3	肩鎖、指（手、足）	21,930点
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500点
K082-5	人工距骨全置換術	27,210点
K082-6	人工股関節 ^{しほつ} 摺動面交換術	25,000点
K083	鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	3,620点
	注 介達牽引又は消炎鎮痛等処置と併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	
K083-2	内反足足板 ^{てい} 挺子固定	2,030点
	注 介達牽引又は消炎鎮痛等処置と併せて行った場合は、内反足足板 ^{てい} 挺子固定の所定点数のみにより算定する。	
	（四肢切断、離断、再接合）	
K084	四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿 ^{たい} 、下腿 ^{たい} 、足）	24,320点
K084-2	肩甲帯離断術	36,500点
K085	四肢関節離断術	
1	肩、股、膝 ^{しつ}	31,000点
2	肘、手、足	11,360点
3	指（手、足）	3,330点
K086	断端形成術（軟部形成のみのもの）	
1	指（手、足）	2,770点
2	その他	3,300点
K087	断端形成術（骨形成を要するもの）	
1	指（手、足）	7,410点
2	その他	10,630点
K088	切断四肢再接合術	

	1 四肢	144,680点
	2 指(手、足)	81,900点
	(手、足)	
K089	^{そう} 爪甲除去術	770点
K090	ひょう疽手術	
	1 軟部組織のもの	1,190点
	2 骨、関節のもの	1,280点
K090-2	風 ^{きよく} 棘手術	990点
K091	陥入爪手術	
	1 簡単なもの	1,400点
	2 爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490点
K092	削除	
K093	手根管開放手術	4,110点
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	10,400点
K094	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	27,890点
K095	削除	
K096	手掌、足底 ^{けん} 腱膜切離・切除術	
	1 鏡視下によるもの	4,340点
	2 その他のもの	2,750点
K096-2	体外衝撃波 ^{とう} 疼痛治療術(一連につき)	5,000点
K097	手掌、足底 ^{けん} 異物摘出術	3,190点
K098	手掌屈筋 ^{ほん} 腱縫合術	13,300点
K099	指 ^{ほん} 癒痕拘縮手術	8,150点
K099-2	デュプイトレン拘縮手術	
	1 1指	10,430点
	2 2指から3指	22,480点
	3 4指以上	32,710点
K100	多指症手術	
	1 軟部形成のみのもの	2,640点
	2 骨 ^{けん} 関節、腱の形成を要するもの	15,570点
K101	合指症手術	
	1 軟部形成のみのもの	8,720点
	2 骨 ^{けん} 関節、腱の形成を要するもの	15,570点
K101-2	指癒着症手術	
	1 軟部形成のみのもの	7,320点
	2 骨 ^{けん} 関節、腱の形成を要するもの	13,910点
K102	巨指症手術	
	1 軟部形成のみのもの	8,720点
	2 骨 ^{けん} 関節、腱の形成を要するもの	21,240点
K103	屈指症手術、斜指症手術	
	1 軟部形成のみのもの	13,810点
	2 骨 ^{けん} 関節、腱の形成を要するもの	15,570点
K104	削除	
K105	裂手、裂足手術	27,890点
K106	母指化手術	35,610点
K107	指移植手術	116,670点
K108	母指対立再建術	22,740点
K109	神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460点
K110	第四足指短縮症手術	10,790点

K 1 1 0 - 2	第一足指外反症矯正手術	10,790点
K 1 1 1	削除 (脊柱、骨盤)	
K 1 1 2	腸骨窩膿瘍切開術	4,670点
K 1 1 3	腸骨窩膿瘍搔爬術	13,920点
K 1 1 4 及び K 1 1 5	削除	
K 1 1 6	脊椎、骨盤骨搔爬術	17,170点
K 1 1 7	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570点
K 1 1 7 - 2	頸椎非観血的整復術	2,570点
K 1 1 7 - 3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570点
K 1 1 8	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	31,030点
K 1 1 9	仙腸関節脱臼観血的手術	24,320点
K 1 2 0	恥骨結合離開観血的手術	7,890点
K 1 2 0 - 2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580点
K 1 2 1	骨盤骨折非観血的整復術	2,570点
K 1 2 2 及び K 1 2 3	削除	
K 1 2 4	腸骨翼骨折観血的手術	15,760点
K 1 2 4 - 2	寛骨臼骨折観血的手術	52,540点
K 1 2 5	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110点
K 1 2 6	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)	
1	棘突起、腸骨翼	3,150点
2	その他のもの	4,510点
K 1 2 6 - 2	自家培養軟骨組織採取術	4,510点
K 1 2 7	削除	
K 1 2 8	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	13,520点
K 1 2 9 から K 1 3 1 まで	削除	
K 1 3 1 - 2	内視鏡下椎弓切除術	17,300点
	注 2 椎弓以上について切除を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4 椎弓を超えないものとする。	
K 1 3 2	削除	
K 1 3 3	黄色靭帯骨化症手術	28,730点
K 1 3 3 - 2	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	78,500点
K 1 3 4	椎間板摘出術	
1	前方摘出術	40,180点
2	後方摘出術	23,520点
3	側方摘出術	28,210点
4	経皮的髓核摘出術	15,310点
	注 2 について、2 以上の椎間板の摘出を行う場合には、1 椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は4 椎間を超えないものとする。	
K 1 3 4 - 2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術	
1	前方摘出術	75,600点
2	後方摘出術	30,390点
	注 2 について、2 以上の椎間板の摘出を行う場合には、1 椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は2 椎間を超えないものとする。	
K 1 3 4 - 3	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。

K 1 3 4 - 4	椎間板内酵素注入療法	5, 350点
K 1 3 5	脊椎、骨盤腫瘍切除術	36, 620点
K 1 3 6	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	90, 470点
K 1 3 6 - 2	腫瘍脊椎骨全摘術	113, 830点
K 1 3 7	骨盤切断術	48, 650点
K 1 3 8	脊椎披裂手術	
	1 神経処置を伴うもの	29, 370点
	2 その他のもの	22, 780点
K 1 3 9	脊椎骨切り術	60, 330点
K 1 4 0	骨盤骨切り術	36, 990点
K 1 4 1	臼蓋形成手術	28, 220点
K 1 4 1 - 2	寛骨臼移動術	40, 040点
K 1 4 1 - 3	脊椎制動術	16, 810点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 4 2	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）	
	1 前方椎体固定	37, 240点
	2 後方又は後側方固定	32, 890点
	3 後方椎体固定	41, 160点
	4 前方後方同時固定	66, 590点
	5 椎弓切除	13, 310点
	6 椎弓形成	24, 260点
	注1 椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。	
	2 2から4までに掲げる手術の所定点数には、注1の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る5及び6に掲げる手術の所定点数が含まれる。	
K 1 4 2 - 2	脊椎側彎症手術	
	1 固定術	55, 950点
	2 矯正術	
	イ 初回挿入	112, 260点
	ロ 交換術	48, 650点
	ハ 伸展術	20, 540点
	注 1及び2のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	
K 1 4 2 - 3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	101, 910点
	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	
K 1 4 2 - 4	経皮的椎体形成術	19, 960点
	注1 複数椎体に行った場合は、1椎体を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎体を超えないものとする。	
	2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 4 2 - 5	内視鏡下椎弓形成術	30, 390点
K 1 4 2 - 6	歯突起骨折骨接合術	23, 750点
K 1 4 2 - 7	腰椎分離部修復術	28, 210点

K 1 4 3	仙腸関節固定術	29,190点
K 1 4 4	体外式脊椎固定術	25,800点
	第3款 神経系・頭蓋	
	通則	
	本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	区分	
	(頭蓋、脳)	
K 1 4 5	穿頭脳室ドレナージ術	2,330点
K 1 4 6	頭蓋開溝術	17,310点
K 1 4 7	穿頭術(トレパナチオン)	1,840点
K 1 4 7-2	頭蓋内モニタリング装置挿入術	6,310点
K 1 4 8	試験開頭術	15,850点
K 1 4 9	減圧開頭術	
	1 キアリ奇形、脊髓空洞症の場合	28,280点
	2 その他の場合	26,470点
K 1 4 9-2	後頭蓋窩減圧術	31,000点
K 1 5 0	脳膿瘍排膿術	21,470点
K 1 5 1	削除	
K 1 5 1-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060点
K 1 5 2	耳性頭蓋内合併症手術	56,950点
K 1 5 2-2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520点
K 1 5 3	鼻性頭蓋内合併症手術	52,870点
K 1 5 4	機能的定位脳手術	
	1 片側の場合	52,300点
	2 両側の場合	94,500点
K 1 5 4-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	131,630点
K 1 5 4-3	定位脳腫瘍生検術	20,040点
K 1 5 4-4	集束超音波による機能的定位脳手術	105,000点
K 1 5 5	脳切截術(開頭して行うもの)	19,600点
K 1 5 6	延髄における脊髓視床路切截術	40,950点
K 1 5 7	三叉神経節後線維切截術	36,290点
K 1 5 8	視神経管開放術	36,290点
K 1 5 9	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500点
K 1 5 9-2	顔面神経管開放術	44,500点
K 1 6 0	脳神経手術(開頭して行うもの)	37,620点
K 1 6 0-2	頭蓋内微小血管減圧術	43,920点
K 1 6 1	頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490点
K 1 6 2	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	36,290点
K 1 6 3	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,680点
K 1 6 4	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)	
	1 硬膜外のもの	35,790点
	2 硬膜下のもの	36,970点
	3 脳内のもの	47,020点
K 1 6 4-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900点
K 1 6 4-3	脳血管塞栓(血栓)摘出術	37,560点
K 1 6 4-4	定位的脳内血腫除去術	18,220点
K 1 6 4-5	内視鏡下脳内血腫除去術	47,020点

K 1 6 5	脳内異物摘出術	45,630点
K 1 6 6	脳膿瘍全摘術	36,500点
K 1 6 7	頭蓋内腫瘍摘出術	61,720点
K 1 6 8	脳切除術	36,290点
K 1 6 9	頭蓋内腫瘍摘出術	
	1 松果体部腫瘍	158,100点
	2 その他のもの	132,130点
	注1 脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。	
	2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、18,000点を所定点数に加算する。	
K 1 7 0	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890点
K 1 7 1	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	87,200点
K 1 7 1-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
	1 下垂体腫瘍	110,970点
	2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）	126,120点
K 1 7 2	脳動静脈奇形摘出術	
	1 単純なもの	141,830点
	2 複雑なもの	179,830点
K 1 7 3	脳・脳膜脱手術	36,290点
K 1 7 4	水頭症手術	
	1 脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	38,840点
	2 シヤント手術	24,310点
K 1 7 4-2	髄液シヤント抜去術	1,680点
K 1 7 5	脳動脈瘤被包術	
	1 1箇所	82,020点
	2 2箇所以上	94,040点
K 1 7 6	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）	
	1 1箇所	82,730点
	2 2箇所以上	108,200点
K 1 7 7	脳動脈瘤頸部クリッピング	
	1 1箇所	114,070点
	2 2箇所以上	128,400点
	注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。	
	2 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。	
	3 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。	
K 1 7 8	脳血管内手術	
	1 1箇所	66,270点
	2 2箇所以上	84,800点
	3 脳血管内ステントを用いるもの	82,850点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 7 8-2	経皮的脳血管形成術	39,780点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 7 8-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術	

1	頭蓋内脳血管の場合	36,280点
2	頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）	25,880点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K178-4	経皮的脳血栓回収術	33,150点
K178-5	経皮的脳血管ステント留置術	35,560点
K179	髄液漏閉鎖術	39,380点
K180	頭蓋骨形成手術	
1	頭蓋骨のみのもの	17,530点
2	硬膜形成を伴うもの	23,660点
3	骨移動を伴うもの	40,950点
	注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K181	脳刺激装置植込術	
1	片側の場合	65,100点
2	両側の場合	71,350点
K181-2	脳刺激装置交換術	14,270点
K181-3	頭蓋内電極抜去術	12,880点
K181-4	迷走神経刺激装置植込術	28,030点
K181-5	迷走神経刺激装置交換術	14,270点
K181-6	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
	（脊髄、末梢神経、交感神経）	
K182	神経縫合術	
1	指（手、足）	15,160点
2	その他のもの	24,510点
K182-2	神経交差縫合術	
1	指（手、足）	43,580点
2	その他のもの	46,180点
K182-3	神経再生誘導術	
1	指（手、足）	12,640点
2	その他のもの	21,590点
K183	脊髄硬膜切開術	25,840点
K183-2	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症に対するもの）	26,450点
K184	減圧脊髄切開術	26,960点
K185	脊髄切截術	38,670点
K186	脊髄硬膜内神経切断術	38,670点
K187	脊髄視床路切截術	42,370点
K188	神経剥離術	
1	鏡視下によるもの	14,170点
2	その他のもの	10,900点
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	11,000点
K189	脊髄ドレナージ術	408点
K190	脊髄刺激装置植込術	
1	脊髄刺激電極を留置した場合	24,200点
2	ジェネレーターを留置した場合	16,100点
	注 脊髄刺激電極を2本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	15,650点

K 1 9 0 - 3	重症 ^{けい} 痙 ^ひ 性 ^{けい} 麻 ^ひ 痺 ^ひ 治療 ^{けい} 薬 ^ひ 髓 ^{けい} 腔 ^ひ 内 ^{けい} 持 ^ひ 続 ^{けい} 注 ^ひ 入 ^{けい} 用 ^{けい} 植 ^ひ 込 ^{けい} 型 ^{けい} ポ ^ひ ン ^{けい} プ ^ひ 設 ^{けい} 置 ^ひ 術 ^{けい}	37,130点
K 1 9 0 - 4	重症 ^{けい} 痙 ^ひ 性 ^{けい} 麻 ^ひ 痺 ^ひ 治療 ^{けい} 薬 ^ひ 髓 ^{けい} 腔 ^ひ 内 ^{けい} 持 ^ひ 続 ^{けい} 注 ^ひ 入 ^{けい} 用 ^{けい} 植 ^ひ 込 ^{けい} 型 ^{けい} ポ ^ひ ン ^{けい} プ ^ひ 交 ^{けい} 換 ^ひ 術 ^{けい}	7,290点
K 1 9 0 - 5	重症 ^{けい} 痙 ^ひ 性 ^{けい} 麻 ^ひ 痺 ^ひ 治療 ^{けい} 薬 ^ひ 髓 ^{けい} 腔 ^ひ 内 ^{けい} 持 ^ひ 続 ^{けい} 注 ^ひ 入 ^{けい} 用 ^{けい} 植 ^ひ 込 ^{けい} 型 ^{けい} ポ ^ひ ン ^{けい} プ ^ひ 薬 ^{けい} 剤 ^ひ 再 ^{けい} 充 ^ひ 填 ^{けい}	780点
	注 1月に1回に限り算定する。	
K 1 9 0 - 6	仙骨 ^{けい} 神 ^ひ 経 ^{けい} 刺 ^ひ 激 ^{けい} 装 ^ひ 置 ^{けい} 植 ^ひ 込 ^{けい} 術 ^{けい}	
	1 脊 ^{けい} 髓 ^ひ 刺 ^{けい} 激 ^ひ 電 ^{けい} 極 ^ひ を ^{けい} 留 ^ひ 置 ^{けい} した ^ひ 場 ^{けい} 合 ^ひ	24,200点
	2 ジ ^{けい} ェ ^ひ ネ ^{けい} レ ^ひ ー ^{けい} タ ^ひ ー ^{けい} を ^{けい} 留 ^ひ 置 ^{けい} した ^ひ 場 ^{けい} 合 ^ひ	16,100点
K 1 9 0 - 7	仙骨 ^{けい} 神 ^ひ 経 ^{けい} 刺 ^ひ 激 ^{けい} 装 ^ひ 置 ^{けい} 交 ^ひ 換 ^{けい} 術 ^{けい}	13,610点
K 1 9 1	脊 ^{けい} 髓 ^ひ 腫 ^{けい} 瘍 ^ひ 摘 ^{けい} 出 ^ひ 術 ^{けい}	
	1 髓 ^{けい} 外 ^ひ の ^{けい} もの ^ひ	62,000点
	2 髓 ^{けい} 内 ^ひ の ^{けい} もの ^ひ	118,230点
K 1 9 2	脊 ^{けい} 髓 ^ひ 血 ^{けい} 管 ^ひ 腫 ^{けい} 摘 ^ひ 出 ^{けい} 術 ^{けい}	106,460点
K 1 9 3	神 ^{けい} 経 ^ひ 腫 ^{けい} 切 ^ひ 除 ^{けい} 術 ^{けい}	
	1 指 ^{けい} （ ^ひ 手 ^{けい} 、 ^ひ 足 ^{けい} ）	5,770点
	2 そ ^{けい} の ^ひ 他 ^{けい} の ^ひ もの ^ひ	10,770点
	注 神 ^{けい} 経 ^ひ 腫 ^{けい} が ^ひ 2 ^{けい} 個 ^ひ 以 ^{けい} 上 ^ひ の ^{けい} 場 ^{けい} 合 ^ひ は ^ひ 、 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 腫 ^{けい} を ^{けい} 1 ^ひ 個 ^{けい} 増 ^ひ す ^{けい} ご ^ひ と ^{けい} に ^ひ 、 ^ひ 指 ^{けい} （ ^ひ 手 ^{けい} 、 ^ひ 足 ^{けい} ） ^ひ の ^{けい} 場 ^{けい} 合 ^ひ は ^ひ 2,800点 ^{けい} を ^ひ 、 ^ひ そ ^{けい} の ^ひ 他 ^{けい} の ^ひ 場 ^{けい} 合 ^ひ は ^ひ 4,000点 ^{けい} を ^ひ 所 ^{けい} 定 ^ひ 点 ^{けい} 数 ^ひ に ^{けい} 加 ^ひ 算 ^{けい} す ^ひ る ^{けい} 。	
K 1 9 3 - 2	レ ^{けい} ック ^ひ リ ^{けい} ン ^{けい} グ ^ひ ハ ^{けい} ウ ^ひ ゼ ^{けい} ン ^{けい} 病 ^ひ 偽 ^{けい} 神 ^ひ 経 ^{けい} 腫 ^ひ 切 ^{けい} 除 ^{けい} 術 ^{けい} （ ^ひ 露 ^{けい} 出 ^ひ 部 ^{けい} ）	
	1 長 ^{けい} 径 ^ひ 2 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 未 ^{けい} 満 ^ひ	1,660点
	2 長 ^{けい} 径 ^ひ 2 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 以 ^{けい} 上 ^ひ 4 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 未 ^{けい} 満 ^ひ	3,670点
	3 長 ^{けい} 径 ^ひ 4 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 以 ^{けい} 上 ^ひ	4,360点
K 1 9 3 - 3	レ ^{けい} ック ^ひ リ ^{けい} ン ^{けい} グ ^ひ ハ ^{けい} ウ ^ひ ゼ ^{けい} ン ^{けい} 病 ^ひ 偽 ^{けい} 神 ^ひ 経 ^{けい} 腫 ^ひ 切 ^{けい} 除 ^{けい} 術 ^{けい} （ ^ひ 露 ^{けい} 出 ^ひ 部 ^{けい} 以 ^{けい} 外 ^ひ ）	
	1 長 ^{けい} 径 ^ひ 3 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 未 ^{けい} 満 ^ひ	1,280点
	2 長 ^{けい} 径 ^ひ 3 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 以 ^{けい} 上 ^ひ 6 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 未 ^{けい} 満 ^ひ	3,230点
	3 長 ^{けい} 径 ^ひ 6 ^{けい} セ ^ひ ン ^{けい} チ ^ひ メ ^{けい} ー ^ひ ト ^{けい} ル ^ひ 以 ^{けい} 上 ^ひ	4,160点
K 1 9 4	神 ^{けい} 経 ^ひ 捻 ^{けい} 除 ^ひ 術 ^{けい}	
	1 後 ^{けい} 頭 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ	4,410点
	2 上 ^{けい} 眼 ^ひ 窩 ^{けい} 神 ^{けい} 経 ^ひ	4,410点
	3 眼 ^{けい} 窩 ^ひ 下 ^{けい} 神 ^{けい} 経 ^ひ	4,410点
	4 お ^{けい} と ^ひ が ^{けい} い ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ	4,410点
	5 下 ^{けい} 顎 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ	7,750点
K 1 9 4 - 2	横 ^{けい} 隔 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 麻 ^{けい} 痺 ^ひ 術 ^{けい}	4,410点
K 1 9 4 - 3	眼 ^{けい} 窩 ^ひ 下 ^{けい} 孔 ^ひ 部 ^{けい} 神 ^{けい} 経 ^ひ 切 ^{けい} 断 ^ひ 術 ^{けい}	4,410点
K 1 9 4 - 4	お ^{けい} と ^ひ が ^{けい} い ^ひ 孔 ^ひ 部 ^{けい} 神 ^{けい} 経 ^ひ 切 ^{けい} 断 ^ひ 術 ^{けい}	4,410点
K 1 9 5	交 ^{けい} 感 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 切 ^{けい} 除 ^ひ 術 ^{けい}	
	1 頸 ^{けい} 動 ^ひ 脈 ^{けい} 周 ^ひ 圍 ^{けい}	8,810点
	2 股 ^{けい} 動 ^ひ 脈 ^{けい} 周 ^ひ 圍 ^{けい}	8,810点
K 1 9 5 - 2	尾 ^{けい} 動 ^ひ 脈 ^{けい} 腺 ^ひ 摘 ^{けい} 出 ^ひ 術 ^{けい}	7,750点
K 1 9 6	交 ^{けい} 感 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 節 ^{けい} 切 ^ひ 除 ^{けい} 術 ^{けい}	
	1 頸 ^{けい} 部 ^ひ	26,030点
	2 胸 ^{けい} 部 ^ひ	16,340点
	3 腰 ^{けい} 部 ^ひ	17,530点
K 1 9 6 - 2	胸 ^{けい} 腔 ^ひ 鏡 ^{けい} 下 ^ひ 交 ^{けい} 感 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 節 ^{けい} 切 ^ひ 除 ^{けい} 術 ^{けい} （ ^ひ 両 ^{けい} 側 ^ひ ）	18,500点
K 1 9 6 - 3	ス ^{けい} ト ^ひ フ ^{けい} ェ ^ひ ル ^{けい} 手 ^ひ 術 ^{けい}	12,490点
K 1 9 6 - 4	閉 ^{けい} 鎖 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 切 ^{けい} 除 ^ひ 術 ^{けい}	12,490点
K 1 9 6 - 5	末 ^{けい} 梢 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 遮 ^{けい} 断 ^ひ （ ^ひ 挫 ^ひ 滅 ^{けい} 又 ^ひ は ^ひ 切 ^ひ 断 ^{けい} ） ^ひ 術 ^{けい} （ ^ひ 浅 ^ひ 腓 ^{けい} 骨 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 、 ^ひ 深 ^ひ 腓 ^{けい} 骨 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 、 ^ひ 後 ^ひ 脛 ^{けい} 骨 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ 又 ^ひ は ^ひ 腓 ^{けい} 腹 ^ひ 神 ^{けい} 経 ^ひ に ^{けい} 限 ^ひ る ^{けい} 。）	12,490点
K 1 9 7	神 ^{けい} 経 ^ひ 移 ^{けい} 行 ^ひ 術 ^{けい}	23,660点
K 1 9 8	神 ^{けい} 経 ^ひ 移 ^{けい} 植 ^ひ 術 ^{けい}	23,520点

第4款 眼

区分

(涙道)

K 1 9 9	涙点、涙小管形成術	660点
K 2 0 0	涙嚢切開術	830点
K 2 0 0 - 2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	760点
K 2 0 1	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720点
K 2 0 2	涙管チューブ挿入術	
	1 涙道内視鏡を用いるもの	2,350点
	2 その他のもの	1,810点
K 2 0 3	涙嚢摘出術	4,590点
K 2 0 4	涙嚢鼻腔吻合術	23,490点
K 2 0 5	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720点
K 2 0 6	涙小管形成手術	16,730点

(眼瞼)

K 2 0 7	眼瞼縫合術 (眼瞼板縫合術を含む。)	1,580点
K 2 0 8	麦粒腫切開術	410点
K 2 0 9	眼瞼膿瘍切開術	570点
K 2 0 9 - 2	外眥切開術	570点
K 2 1 0	削除	
K 2 1 1	睫毛電気分解術 (毛根破壊)	560点
K 2 1 2	兔眼矯正術	6,700点
K 2 1 3	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	440点
K 2 1 4	霰粒腫摘出術	700点
K 2 1 5	眼瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出)	1,730点
K 2 1 5 - 2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140点
K 2 1 6	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900点
K 2 1 7	眼瞼内反症手術	
	1 縫合法	1,990点
	2 皮膚切開法	2,590点
K 2 1 8	眼瞼外反症手術	4,400点
K 2 1 9	眼瞼下垂症手術	
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200点
	2 筋膜移植法	18,530点
	3 その他のもの	6,070点

(結膜)

K 2 2 0	結膜縫合術	1,260点
K 2 2 1	結膜結石除去術	
	1 少数のもの (1眼瞼ごと)	260点
	2 多数のもの (1眼瞼ごと)	390点
K 2 2 2	結膜下異物除去術	470点
K 2 2 3	結膜嚢形成手術	
	1 部分形成	2,250点
	2 皮膚及び結膜の形成	14,960点
	3 全部形成 (皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730点
K 2 2 3 - 2	内眥形成術	16,730点
K 2 2 4	翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	3,650点
K 2 2 5	結膜腫瘍冷凍凝固術	800点
K 2 2 5 - 2	結膜腫瘍摘出術	6,290点

K 2 2 5 - 3	結膜肉芽腫摘除術 (眼窩、涙腺)	800点
K 2 2 6	眼窩膿瘍切開術	1,390点
K 2 2 7	眼窩骨折観血の手術 (眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,960点
K 2 2 8	眼窩骨折整復術	29,170点
K 2 2 9	眼窩内異物除去術 (表在性)	8,240点
K 2 3 0	眼窩内異物除去術 (深在性)	
	1 視神経周囲、眼窩尖端	27,460点
	2 その他	14,960点
K 2 3 1 及び K 2 3 2	削除	
K 2 3 3	眼窩内容除去術	16,980点
K 2 3 4	眼窩内腫瘍摘出術 (表在性)	6,770点
K 2 3 5	眼窩内腫瘍摘出術 (深在性)	45,230点
K 2 3 6	眼窩悪性腫瘍手術	51,940点
K 2 3 7	眼窩縁形成手術 (骨移植によるもの) (眼球、眼筋)	19,300点
K 2 3 8	削除	
K 2 3 9	眼球内容除去術	6,130点
K 2 4 0	削除	
K 2 4 1	眼球摘出術	3,670点
K 2 4 2	斜視手術	
	1 前転法	4,280点
	2 後転法	4,200点
	3 前転法及び後転法の併施	10,970点
	4 斜筋手術	9,970点
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300点
K 2 4 3	義眼台包埋術	8,010点
K 2 4 4	眼筋移動術	19,330点
K 2 4 5	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術 (角膜、強膜)	8,790点
K 2 4 6	角膜・強膜縫合術	3,580点
K 2 4 7	削除	
K 2 4 8	角膜新生血管手術 (冷凍凝固術を含む。)	980点
K 2 4 8 - 2	顕微鏡下角膜抜糸術	950点
K 2 4 9	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	1,190点
K 2 5 0	角膜切開術	990点
K 2 5 1	削除	
K 2 5 2	角膜・強膜異物除去術	640点
K 2 5 3	削除	
K 2 5 4	治療的角膜切除術	
	1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るもの に限る。)	10,000点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
	2 その他のもの	2,650点
K 2 5 5	強角膜瘻孔閉鎖術	11,610点
K 2 5 6	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650点
K 2 5 7	角膜表層除去併用結膜被覆術	8,300点
K 2 5 8	削除	
K 2 5 9	角膜移植術	52,600点

注1 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。

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。

K 2 6 0	強膜移植術	18,810点
K 2 6 0-2	羊膜移植術	10,530点
K 2 6 1	角膜形成手術	3,060点
K 2 6 2	削除 (ぶどう膜)	
K 2 6 3及びK 2 6 4	削除	
K 2 6 5	虹彩腫瘍切除術	20,140点
K 2 6 6	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	35,820点
K 2 6 7	削除	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1 虹彩切除術	4,740点
	2 流出路再建術	19,020点
	3 濾過手術	23,600点
	4 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのないもの)	34,480点
	5 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	45,480点
	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	27,990点
K 2 6 9	虹彩整復・瞳孔形成術	4,730点
K 2 7 0	虹彩光凝固術	6,620点
K 2 7 1	毛様体光凝固術	5,600点
K 2 7 2	毛様体冷凍凝固術	2,160点
K 2 7 3	隅角光凝固術 (眼房、網膜)	9,660点
K 2 7 4	前房、虹彩内異物除去術	8,800点
K 2 7 5	網膜復位術	34,940点
K 2 7 6	網膜光凝固術	
	1 通常のもの (一連につき)	10,020点
	2 その他特殊なもの (一連につき)	15,960点
K 2 7 7	網膜冷凍凝固術	15,750点
K 2 7 7-2	黄斑下手術 (水晶体、硝子体)	47,150点
K 2 7 8	硝子体注入・吸引術	2,280点
K 2 7 9	硝子体切除術	15,560点
K 2 8 0	硝子体茎頭微鏡下離断術	
	1 網膜付着組織を含むもの	38,950点
	2 その他のもの	29,720点
K 2 8 0-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術 (眼内内視鏡を用いるもの)	47,780点
K 2 8 1	増殖性硝子体網膜症手術	54,860点
K 2 8 1-2	網膜再建術	69,880点
K 2 8 2	水晶体再建術	
	1 眼内レンズを挿入する場合	
	イ 縫着レンズを挿入するもの	17,840点
	ロ その他のもの	12,100点
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430点
	3 計画的後囊切開を伴う場合	21,780点

注1 水晶体囊拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。

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。

K 2 8 2 - 2	後発白内障手術	1,380点
K 2 8 3	削除	
K 2 8 4	硝子体置換術	6,890点
	第5款 耳鼻咽喉	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5	耳介血腫開窓術	460点
K 2 8 6	外耳道異物除去術	
	1 単純なもの	260点
	2 複雑なもの	850点
K 2 8 7	先天性耳瘻管摘出術	3,900点
K 2 8 8	副耳(介)切除術	2,240点
K 2 8 9	耳茸摘出術	1,000点
K 2 9 0	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	10,120点
K 2 9 0 - 2	外耳道骨腫切除術	7,670点
K 2 9 1	耳介腫瘍摘出術	4,730点
K 2 9 2	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	7,600点
K 2 9 3	耳介悪性腫瘍手術	22,290点
K 2 9 4	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	35,590点
K 2 9 5	耳後瘻孔閉鎖術	4,000点
K 2 9 6	耳介形成手術	
	1 耳介軟骨形成を要するもの	19,240点
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	9,960点
K 2 9 7	外耳道形成手術	19,240点
K 2 9 8	外耳道造設術・閉鎖症手術	36,700点
K 2 9 9	小耳症手術	
	1 軟骨移植による耳介形成手術	56,140点
	2 耳介挙上	14,740点
	(中耳)	
K 3 0 0	鼓膜切開術	830点
K 3 0 1	鼓室開放術	7,280点
K 3 0 2	上鼓室開放術	13,140点
K 3 0 3	上鼓室乳突洞開放術	24,720点
K 3 0 4	乳突洞開放術(アントロトミー)	13,480点
K 3 0 5	乳突削開術	24,490点
K 3 0 6	錐体部手術	38,470点
K 3 0 7	削除	
K 3 0 8	耳管内チューブ挿入術	1,420点
K 3 0 8 - 2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420点
K 3 0 9	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670点
K 3 1 0	乳突充填術	7,470点
K 3 1 1	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,900点
K 3 1 2	鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020点
K 3 1 3	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	38,330点
K 3 1 4	中耳悪性腫瘍手術	
	1 切除	41,520点

2 側頭骨摘出術	68,640点
K 3 1 5 鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900点
K 3 1 6 S状洞血栓（静脈炎）手術	24,730点
K 3 1 7 中耳根治手術	42,440点
K 3 1 8 鼓膜形成手術	18,100点
K 3 1 9 鼓室形成手術	
1 耳小骨温存術	34,660点
2 耳小骨再建術	51,330点
K 3 2 0 アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140点
K 3 2 0-2 人工中耳植込術	32,140点
(内耳)	
K 3 2 1 内耳開窓術	31,970点
K 3 2 2 経迷路の内耳道開放術	64,930点
K 3 2 3 内リンパ嚢開放術	28,890点
K 3 2 4 削除	
K 3 2 5 迷路摘出術	
1 部分摘出（膜迷路摘出術を含む。）	29,220点
2 全摘出	38,890点
K 3 2 6 削除	
K 3 2 7 内耳窓閉鎖術	23,250点
K 3 2 8 人工内耳植込術	40,810点
K 3 2 8-2 植込型骨導補聴器移植術	10,620点
K 3 2 8-3 植込型骨導補聴器交換術	1,840点
(鼻)	
K 3 2 9 鼻中隔膿瘍切開術	620点
K 3 3 0 鼻中隔血腫切開術	820点
K 3 3 1 鼻腔粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-2 下甲介粘膜焼灼術	1,080点
K 3 3 1-3 下甲介粘膜レーザー焼灼術（両側）	2,910点
K 3 3 2 削除	
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術	2,130点
K 3 3 3-2 鼻骨脱臼整復術	1,640点
K 3 3 3-3 鼻骨骨折徒手整復術	1,970点
K 3 3 4 鼻骨骨折観血的手術	5,720点
K 3 3 4-2 鼻骨変形治癒骨折矯正術	23,060点
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	3,940点
K 3 3 5-2 上顎洞鼻内手術（スツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	2,740点
K 3 3 5-3 上顎洞鼻外手術	2,740点
K 3 3 6 鼻内異物摘出術	690点
K 3 3 7 鼻前庭嚢胞摘出術	4,980点
K 3 3 8 鼻甲介切除術	
1 高周波電気凝固法によるもの	1,080点
2 その他のもの	3,320点
K 3 3 8-2 削除	
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4,260点
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1,310点
K 3 4 0-2 削除	
K 3 4 0-3 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）	3,600点
K 3 4 0-4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）	12,000点

注 自家腸骨片を充填した場合は3,150点を所定点数に加算する。

K 3 4 0 - 5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	24,910点
K 3 4 0 - 6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）	32,080点
K 3 4 0 - 7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	51,630点
K 3 4 1	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510点
K 3 4 2	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	15,200点
K 3 4 3	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
	1 切除	25,040点
	2 全摘	49,690点
K 3 4 4	経鼻腔的翼突管神経切除術	30,460点
K 3 4 5	萎縮性鼻炎手術（両側）	22,370点
K 3 4 6	後鼻孔閉鎖症手術	
	1 単純なもの（膜性閉鎖）	4,360点
	2 複雑なもの（骨性閉鎖）	27,040点
K 3 4 7	鼻中隔矯正術	8,230点
K 3 4 7 - 2	変形外鼻手術	16,390点
K 3 4 7 - 3	内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型（骨、軟骨手術）	6,620点
K 3 4 7 - 4	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）	2,440点
K 3 4 7 - 5	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）	7,940点
K 3 4 7 - 6	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）	3,170点
K 3 4 7 - 7	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術） （副鼻腔）	19,940点
K 3 4 8 及び K 3 4 9	削除	
K 3 5 0	前頭洞充填術	13,200点
K 3 5 1	削除	
K 3 5 2	上顎洞根治手術	7,990点
K 3 5 2 - 2	鼻内上顎洞根治手術	3,330点
K 3 5 2 - 3	副鼻腔炎術後出血止血法	6,660点
K 3 5 3	鼻内篩骨洞根治手術	5,000点
K 3 5 4 から K 3 5 6 まで	削除	
K 3 5 6 - 2	鼻外前頭洞手術	16,290点
K 3 5 7	鼻内蝶形洞根治手術	3,820点
K 3 5 8	上顎洞篩骨洞根治手術	11,310点
K 3 5 9	前頭洞篩骨洞根治手術	11,290点
K 3 6 0	篩骨洞蝶形洞根治手術	11,290点
K 3 6 1	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	12,630点
K 3 6 2	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	14,110点
K 3 6 2 - 2	経上顎洞的顎動脈結紮術	28,630点
K 3 6 3	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440点
K 3 6 4	汎副鼻腔根治手術	20,010点
K 3 6 5	経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210点
K 3 6 6	削除	
	（咽頭、扁桃）	
K 3 6 7	咽後膿瘍切開術	1,900点
K 3 6 8	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830点
K 3 6 9	咽頭異物摘出術	
	1 簡単なもの	500点
	2 複雑なもの	2,100点
K 3 7 0	アデノイド切除術	1,600点

K 3 7 1	上咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	5,350点
	2 経鼻腔によるもの	6,070点
	3 経副鼻腔によるもの	8,790点
	4 外切開によるもの	16,590点
K 3 7 1 - 2	上咽頭ポリープ摘出術	
	1 経口腔によるもの	4,460点
	2 経鼻腔によるもの	5,060点
	3 経副鼻腔によるもの	8,270点
	4 外切開によるもの	15,080点
K 3 7 2	中咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	2,710点
	2 外切開によるもの	16,260点
K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	7,290点
	2 外切開によるもの	16,300点
K 3 7 4	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	35,340点
K 3 7 4 - 2	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
K 3 7 5	鼻咽腔線維腫手術	
	1 切除	9,630点
	2 摘出	37,850点
K 3 7 5 - 2	鼻咽腔閉鎖術	23,790点
K 3 7 6	上咽頭悪性腫瘍手術	35,830点
K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
	1 切除	1,720点
	2 摘出	3,600点
K 3 7 8	舌扁桃切除術	1,230点
K 3 7 9	副咽頭間隙腫瘍摘出術	
	1 経頸部によるもの	34,320点
	2 経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	55,200点
K 3 7 9 - 2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	
	1 経頸部によるもの	47,580点
	2 経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	91,500点
K 3 8 0	過長茎状突起切除術	6,440点
K 3 8 1	上咽頭形成手術	10,110点
K 3 8 2	咽頭瘻閉鎖術	12,770点
K 3 8 2 - 2	咽頭皮瘻孔閉鎖術 （喉頭、気管）	12,770点
K 3 8 3	喉頭切開・截開術	13,420点
K 3 8 4	喉頭膿瘍切開術	2,140点
K 3 8 4 - 2	深頸部膿瘍切開術	4,800点
K 3 8 5	喉頭浮腫乱切術	2,040点
K 3 8 6	気管切開術	3,080点
K 3 8 6 - 2	輪状甲状靱帯切開術	1,970点
K 3 8 7	喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860点
K 3 8 8	喉頭粘膜下異物挿入術	3,630点
K 3 8 8 - 2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	12,240点
K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術	
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990点

	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300点
K 3 9 0	喉頭異物摘出術	
	1 直達鏡によらないもの	2,920点
	2 直達鏡によるもの	5,250点
K 3 9 1	気管異物除去術	
	1 直達鏡によるもの	5,320点
	2 開胸手術によるもの	43,340点
K 3 9 2	喉頭蓋切除術	3,190点
K 3 9 2-2	喉頭蓋 ^{のう} 嚢腫摘出術	3,190点
K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420点
	2 直達鏡によるもの	4,310点
K 3 9 4	喉頭悪性腫瘍手術	
	1 切除	38,800点
	2 全摘	63,710点
K 3 9 4-2	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
	1 切除	42,200点
	2 全摘	67,200点
K 3 9 5	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）	113,880点
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,250点
K 3 9 6-2	気管縫合術	1,040点
K 3 9 7	喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	13,390点
K 3 9 8	喉頭 ^{さく} 狭窄症手術	
	1 前方開大術	23,430点
	2 前壁形成手術	23,320点
	3 Tチューブ挿入術	14,040点
K 3 9 9	気管 ^{さく} 狭窄症手術	38,540点
K 4 0 0	喉頭形成手術	
	1 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750点
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510点
	3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの	34,840点
K 4 0 1	気管口 ^{さく} 狭窄拡大術	2,690点
K 4 0 2	縦隔気管口形成手術	76,040点
K 4 0 3	気管形成手術（管状気管、気管移植等）	
	1 頸部からのもの	49,940点
	2 開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040点
K 4 0 3-2	嚥 ^{えん} 下機能手術	
	1 輪状咽頭筋切断術	18,810点
	2 喉頭挙上術	18,370点
	3 喉頭気管分離術	30,260点
	4 喉頭全摘術	28,210点
	第6款 顔面・口腔・頸部	
区分		
	（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）	
K 4 0 4	抜歯手術（1歯につき）	
	1 乳歯	130点
	2 前歯	155点
	3 臼歯	265点

4	埋伏歯	1,054点
注1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。	
2	4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
3	4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。	
4	抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。	
K405	削除	
K406	口蓋腫瘍摘出術	
1	口蓋粘膜に局限するもの	520点
2	口蓋骨に及ぶもの	8,050点
K407	顎・口蓋裂形成手術	
1	軟口蓋のみのもの	15,770点
2	硬口蓋に及ぶもの	24,170点
3	顎裂を伴うもの	
イ	片側	25,170点
ロ	両側	31,940点
K407-2	軟口蓋形成手術 (口腔前庭、口腔底、 ^{きょう} 頬粘膜、舌)	9,700点
K408	口腔底 ^{くわう} 膿瘍 ^{のう} 切開術	700点
K409	口腔底腫瘍摘出術	7,210点
K410	口腔底悪性腫瘍手術	29,360点
K411	^{きょう} 頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
K412	^{きょう} 頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310点
K413	舌腫瘍摘出術	
1	粘液嚢胞摘出術	1,220点
2	その他のもの	2,940点
K414	舌根甲状腺腫摘出術	11,760点
K414-2	甲状舌管 ^{のう} 嚢胞摘出術	8,970点
K415	舌悪性腫瘍手術	
1	切除	26,410点
2	亜全摘	75,070点
K416及びK417	削除	
K418	舌形成手術（巨舌症手術）	9,100点
K418-2	舌繫痕 ^{けいはん} 痕性短縮矯正術	2,650点
K419	^{きょう} 頬、口唇、舌小帯形成手術	560点
K420	削除	
	(顔面)	
K421	口唇腫瘍 ^{のう} 摘出術	
1	粘液嚢胞摘出術	910点
2	その他のもの	3,050点
K422	口唇悪性腫瘍手術	33,010点
K423	^{きょう} 頬腫瘍 ^{のう} 摘出術	
1	粘液嚢胞摘出術	910点
2	その他のもの	5,250点
K424	^{きょう} 頬悪性腫瘍手術	20,940点
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点
K426	口唇裂形成手術（片側）	
1	口唇のみの場合	13,180点

2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810点
3	鼻腔底形成を伴う場合	24,350点
K 4 2 6 - 2	口唇裂形成手術（両側）	
1	口唇のみの場合	18,810点
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
3	鼻腔底形成を伴う場合	36,620点
	（顔面骨、顎関節）	
K 4 2 7	頬骨骨折観血的整復術	18,100点
K 4 2 7 - 2	頬骨変形治癒骨折矯正術	38,610点
K 4 2 8	下顎骨折非観血的整復術	1,240点
	注 三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。	
K 4 2 9	下顎骨折観血的手術	
1	片側	13,000点
2	両側	27,320点
K 4 2 9 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術	
1	片側	28,210点
2	両側	47,020点
K 4 3 0	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
K 4 3 1	顎関節脱臼観血的手術	26,210点
K 4 3 2	上顎骨折非観血的整復術	1,570点
K 4 3 3	上顎骨折観血的手術	16,400点
K 4 3 4	顔面多発骨折観血的手術	39,700点
K 4 3 4 - 2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	47,630点
K 4 3 5	術後性上顎嚢胞摘出術	6,660点
K 4 3 6	顎骨腫瘍摘出術	
1	長径3センチメートル未満	2,820点
2	長径3センチメートル以上	13,390点
K 4 3 7	下顎骨部分切除術	16,780点
K 4 3 8	下顎骨離断術	32,560点
K 4 3 9	下顎骨悪性腫瘍手術	
1	切除	40,360点
2	切断（おとがい部を含むもの）	79,270点
3	切断（その他のもの）	64,590点
K 4 4 0	上顎骨切除術	15,310点
K 4 4 1	上顎骨全摘術	42,590点
K 4 4 2	上顎骨悪性腫瘍手術	
1	搔爬	9,160点
2	切除	34,420点
3	全摘	68,480点
K 4 4 3	上顎骨形成術	
1	単純な場合	27,880点
2	複雑な場合及び2次的再建の場合	45,510点
3	骨移動を伴う場合	72,900点
	注1 1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
	2 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K 4 4 4	下顎骨形成術	
1	おとがい形成の場合	7,780点
2	短縮又は伸長の場合	30,790点

3	再建の場合	51,120点
4	骨移動を伴う場合	54,210点
注1	2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。	
2	4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K 4 4 4 - 2	下顎骨延長術	
1	片側	30,790点
2	両側	47,550点
K 4 4 5	顎関節形成術	40,870点
K 4 4 5 - 2	顎関節人工関節全置換術	59,260点
K 4 4 6	顎関節授動術	
1	徒手授動術	
イ	単独の場合	440点
ロ	パンピングを併用した場合	990点
ハ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,400点
2	顎関節鏡下授動術	10,520点
3	開放授動術	25,100点
K 4 4 7	顎関節円板整位術	
1	顎関節鏡下円板整位術	22,100点
2	開放円板整位術 (唾液腺)	27,300点
K 4 4 8	がま腫切開術	820点
K 4 4 9	唾液腺膿瘍切開術	900点
K 4 5 0	唾石摘出術 (一連につき)	
1	表在性のもの	640点
2	深在性のもの	3,770点
3	腺体内に存在するもの	6,550点
注	2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
K 4 5 1	がま腫摘出術	7,140点
K 4 5 2	舌下腺腫瘍摘出術	7,180点
K 4 5 3	顎下腺腫瘍摘出術	9,640点
K 4 5 4	顎下腺摘出術	10,210点
K 4 5 5	顎下腺悪性腫瘍手術	33,010点
K 4 5 6	削除	
K 4 5 7	耳下腺腫瘍摘出術	
1	耳下腺浅葉摘出術	27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	34,210点
K 4 5 8	耳下腺悪性腫瘍手術	
1	切除	33,010点
2	全摘	44,020点
K 4 5 9	唾液腺管形成手術	13,630点
K 4 6 0	唾液腺管移動術	
1	上顎洞内へのもの	13,630点
2	結膜嚢内へのもの (甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	15,490点
K 4 6 1	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術	
1	片葉のみの場合	8,860点
2	両葉の場合	10,760点
K 4 6 1 - 2	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術	

1	片葉のみの場合	17,410点
2	両葉の場合	25,210点
K 4 6 2	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	22,880点
K 4 6 2-2	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	25,210点
K 4 6 3	甲状腺悪性腫瘍手術	
1	切除（頸部外側区域郭清を伴わないもの）	24,180点
2	切除（頸部外側区域郭清を伴うもの）	26,180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
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
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
K 4 6 3-2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	
1	切除	27,550点
2	全摘及び亜全摘	37,160点
K 4 6 4	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	
1	副甲状腺（上皮小体）摘出術	15,680点
2	副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植）	33,790点
K 4 6 4-2	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	20,660点
K 4 6 5	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）	39,000点
	（その他の頸部）	
K 4 6 6	斜角筋切断術	3,760点
K 4 6 7	頸癭、頸嚢摘出術	13,710点
K 4 6 8	頸肋切除術	15,240点
K 4 6 9	頸部郭清術	
1	片側	27,670点
2	両側	37,140点
K 4 7 0	頸部悪性腫瘍手術	41,920点
K 4 7 1	筋性斜頸手術	3,720点
	第7款 胸部	
	区分	
	（乳腺）	
K 4 7 2	乳腺膿瘍切開術	980点
K 4 7 3	削除	
K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	
1	長径5センチメートル未満	3,190点
2	長径5センチメートル以上	6,730点
K 4 7 4-2	乳管腺葉区域切除術	12,820点
K 4 7 4-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）	
1	マンモグラフィー又は超音波装置によるもの	6,240点
2	MR Iによるもの	8,210点
K 4 7 5	乳房切除術	6,040点
K 4 7 5-2	乳癌冷凍凝固摘出術	8,690点
K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術	
1	単純乳房切除術（乳腺全摘術）	14,820点
2	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	28,210点
3	乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	22,520点
4	乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	42,350点
5	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの	42,350点

6	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの	42,350点
7	拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	52,820点
8	乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	27,810点
9	乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）	48,340点
注1	放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
2	放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
K 4 7 6 - 2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350点
K 4 7 6 - 3	動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）	
1	一次的に行うもの	49,120点
2	二次的に行うもの	53,560点
K 4 7 6 - 4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後） （胸壁）	25,000点
K 4 7 7	胸壁膿瘍切開術	700点
K 4 7 8	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	8,950点
K 4 7 9	削除	
K 4 8 0	胸壁冷膿瘍手術	7,810点
K 4 8 0 - 2	流注膿瘍切開搔爬術	7,670点
K 4 8 1	肋骨骨折観血的手術	10,330点
K 4 8 2	肋骨切除術	
1	第1肋骨	16,900点
2	その他の肋骨	5,160点
K 4 8 3	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120点
K 4 8 4	胸壁悪性腫瘍摘出術	
1	胸壁形成手術を併施するもの	56,000点
2	その他のもの	28,210点
K 4 8 4 - 2	胸骨悪性腫瘍摘出術	
1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750点
2	その他のもの	28,210点
K 4 8 5	胸壁腫瘍摘出術	12,960点
K 4 8 6	胸壁瘻手術	23,520点
K 4 8 7	漏斗胸手術	
1	胸骨挙上法によるもの	28,210点
2	胸骨翻転法によるもの	37,370点
3	胸腔鏡によるもの	39,260点
4	胸骨挙上用固定具抜去術 （胸腔、胸膜）	5,680点
K 4 8 8	試験開胸術	10,800点
K 4 8 8 - 2	試験的開胸開腹術	17,380点
K 4 8 8 - 3	胸腔鏡下試験開胸術	13,500点
K 4 8 8 - 4	胸腔鏡下試験切除術	15,800点
K 4 8 9 から K 4 9 2 まで	削除	
K 4 9 3	骨膜外、胸膜外充填術	23,520点
K 4 9 4	胸腔内（胸膜内）血腫除去術	15,350点

K 4 9 5	削除	
K 4 9 6	膿胸膜、胸膜肺切除術	
	1 1 肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340点
	2 1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150点
K 4 9 6-2	胸腔鏡下膿胸膜又は胸膜肺切除術	51,850点
K 4 9 6-3	胸膜外肺剥皮術	
	1 1 肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340点
	2 1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150点
K 4 9 6-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	32,690点
K 4 9 6-5	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。	
K 4 9 7	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	38,610点
K 4 9 7-2	膿胸腔有茎大網充填術	57,100点
K 4 9 8	胸郭形成手術（膿胸手術の場合）	
	1 肋骨切除を主とするもの	42,020点
	2 胸膜肺切除を併施するもの	49,200点
K 4 9 9	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	16,540点
K 5 0 0	削除	
K 5 0 1	乳糜胸手術	17,290点
K 5 0 1-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530点
K 5 0 1-3	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術） （縦隔）	15,230点
K 5 0 2	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	38,850点
K 5 0 2-2	縦隔切開術	
	1 頸部からのもの、経食道によるもの	6,390点
	2 経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050点
K 5 0 2-3	胸腔鏡下縦隔切開術	31,300点
K 5 0 2-4	拡大胸腺摘出術	36,000点
	注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。	
K 5 0 2-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950点
	注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。	
K 5 0 3	縦隔郭清術	37,010点
K 5 0 4	縦隔悪性腫瘍手術	
	1 単純摘出	38,850点
	2 広汎摘出	58,820点
K 5 0 4-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術 （気管支、肺）	58,950点
K 5 0 5及びK 5 0 6	削除	
K 5 0 7	肺膿瘍切開排膿術	31,030点
K 5 0 8	気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）	10,150点
K 5 0 8-2	気管・気管支ステント留置術	
	1 硬性鏡によるもの	11,400点
	2 軟性鏡によるもの	8,960点
K 5 0 8-3	気管支熱形成術	10,150点
K 5 0 9	気管支異物除去術	
	1 直達鏡によるもの	9,260点
	2 開胸手術によるもの	45,650点
K 5 0 9-2	気管支肺胞洗浄術	4,800点
	注 成人の肺胞蛋白症に対して治療の目的で行われた場合に限り算定する。	

K 5 0 9 - 3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000点
K 5 0 9 - 4	気管支瘻孔閉鎖術	9,130点
K 5 1 0	気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）	8,040点
K 5 1 0 - 2	光線力学療法	
	1 早期肺がん（0期又は1期に限る。）に対するもの	10,450点
	2 その他のもの	10,450点
K 5 1 0 - 3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	12,020点
K 5 1 1	肺切除術	
	1 楔状部分切除	27,520点
	2 区域切除（1肺葉に満たないもの）	58,430点
	3 肺葉切除	58,350点
	4 複合切除（1肺葉を超えるもの）	64,850点
	5 1側肺全摘	59,830点
	6 気管支形成を伴う肺切除	76,230点
K 5 1 2	削除	
K 5 1 3	胸腔鏡下肺切除術	
	1 肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの）	39,830点
	2 部分切除	45,300点
	3 区域切除	72,600点
	4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	81,000点
K 5 1 3 - 2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950点
K 5 1 3 - 3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950点
K 5 1 3 - 4	胸腔鏡下肺縫縮術	53,130点
K 5 1 4	肺悪性腫瘍手術	
	1 部分切除	60,350点
	2 区域切除	69,250点
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640点
	4 肺全摘	72,640点
	5 隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400点
	6 気管支形成を伴う肺切除	80,460点
	7 気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860点
	8 気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130点
	9 胸膜肺全摘	92,000点
	10 壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）	105,000点
	注 9及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。	
K 5 1 4 - 2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	
	1 部分切除	60,170点
	2 区域切除	72,640点
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	92,000点
K 5 1 4 - 3	移植用肺採取術（死体）（両側）	63,200点
	注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 5 1 4 - 4	同種死体肺移植術	139,230点
	注1 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	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。	
	3 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 4 - 5	移植用部分肺採取術（生体）	60,750点

注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

K 5 1 4 - 6	生体部分肺移植術	130,260点
注 1	生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
2	肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
3	抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
4	両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。	
K 5 1 5	肺剥皮術	32,600点
K 5 1 6	気管支瘻閉鎖術	59,170点
K 5 1 7	肺縫縮術	28,220点
K 5 1 8	気管支形成手術	
1	楔状切除術	64,030点
2	輪状切除術	66,010点
K 5 1 9	先天性気管狭窄症手術 (食道)	146,950点
K 5 2 0	食道縫合術(穿孔、損傷)	
1	頸部手術	17,070点
2	開胸手術	28,210点
3	開腹手術	17,750点
4	内視鏡によるもの	10,300点
K 5 2 1	食道周囲膿瘍切開誘導術	
1	開胸手術	28,210点
2	胸骨切開によるもの	23,290点
3	その他のもの(頸部手術を含む。)	7,920点
K 5 2 2	食道狭窄拡張術	
1	内視鏡によるもの	9,450点
2	食道ブジー法	2,950点
3	拡張用バルーンによるもの	12,480点
注	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。	
K 5 2 2 - 2	食道ステント留置術	6,300点
K 5 2 2 - 3	食道空置バイパス作成術	65,900点
K 5 2 3	食道異物摘出術	
1	頸部手術によるもの	27,890点
2	開胸手術によるもの	28,210点
3	開腹手術によるもの	27,720点
K 5 2 3 - 2	硬性内視鏡下食道異物摘出術	5,360点
注	硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K 3 6 9に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及び区分番号K 6 5 3 - 3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	
K 5 2 4	食道憩室切除術	
1	頸部手術によるもの	24,730点
2	開胸によるもの	34,570点
K 5 2 4 - 2	胸腔鏡下食道憩室切除術	39,930点
K 5 2 4 - 3	腹腔鏡下食道憩室切除術	39,930点
K 5 2 5	食道切除再建術	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040点

2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690点
3	腹部の操作によるもの	51,420点
K 5 2 5 - 2	胸壁外皮膚管形成吻合術	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040点
2	胸部、腹部の操作によるもの	69,690点
3	腹部の操作によるもの	51,420点
4	バイパスのみ作成する場合	45,230点
K 5 2 5 - 3	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施するもの）	69,690点
K 5 2 6	食道腫瘍摘出術	
1	内視鏡によるもの	8,480点
2	開胸又は開腹手術によるもの	37,550点
3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250点
K 5 2 6 - 2	内視鏡的食道粘膜切除術	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840点
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100点
K 5 2 6 - 3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	12,950点
K 5 2 6 - 4	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	22,100点
K 5 2 7	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）	
1	頸部食道の場合	47,530点
2	胸部食道の場合	56,950点
K 5 2 7 - 2	食道切除術（単に切除のみのもの）	46,100点
K 5 2 8	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820点
K 5 2 8 - 2	先天性食道狭窄症根治手術	51,220点
K 5 2 8 - 3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320点
K 5 2 9	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540点
2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490点
3	腹部の操作によるもの	69,840点
	注1 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。	
	2 血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。	
K 5 2 9 - 2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	133,240点
2	胸部、腹部の操作によるもの	109,190点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。	
K 5 2 9 - 3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	109,240点
K 5 3 0	食道アカラシア形成手術	32,710点
K 5 3 0 - 2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500点
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	11,340点
K 5 3 1	食道切除後2次的再建術	
1	皮弁形成によるもの	43,920点
2	消化管利用によるもの	64,300点
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
1	血行遮断術を主とするもの	37,620点
2	食道離断術を主とするもの	37,620点
K 5 3 2 - 2	食道静脈瘤手術（開腹）	34,240点
K 5 3 2 - 3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	49,800点
K 5 3 3	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	8,990点
K 5 3 3 - 2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術 （横隔膜）	8,990点

K 5 3 4	横隔膜縫合術	
	1 経胸又は経腹	33,460点
	2 経胸及び経腹	40,910点
K 5 3 4-2	横隔膜レラクサチオ手術	
	1 経胸又は経腹	27,890点
	2 経胸及び経腹	37,620点
K 5 3 4-3	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術	31,990点
K 5 3 4-4	腹腔鏡下横隔膜電極植込術	42,180点
K 5 3 5	胸腹裂孔ヘルニア手術	
	1 経胸又は経腹	29,560点
	2 経胸及び経腹	39,040点
K 5 3 6	後胸骨ヘルニア手術	27,380点
K 5 3 7	食道裂孔ヘルニア手術	
	1 経胸又は経腹	27,380点
	2 経胸及び経腹	38,290点
K 5 3 7-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180点
	第8款 心・脈管	

区分

（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）

K 5 3 8	心膜縫合術	9,180点
K 5 3 8-2	心筋縫合止血術（外傷性）	11,800点
K 5 3 9	心膜切開術	9,420点
K 5 3 9-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240点
K 5 3 9-3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,540点
K 5 4 0	収縮性心膜炎手術	51,650点
K 5 4 1	試験開心術	24,700点
K 5 4 2	心腔内異物除去術	39,270点
K 5 4 3	心房内血栓除去術	39,270点
K 5 4 4	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	
	1 単独のもの	60,600点
	2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	77,770点
	3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	91,910点
K 5 4 5	開胸心臓マッサージ	9,400点
K 5 4 6	経皮的冠動脈形成術	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	36,000点
	2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
	3 その他のもの	19,300点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 4 7	経皮的冠動脈粥腫切除術	28,280点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 4 8	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
	1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	24,720点
	2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,720点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 4 9	経皮的冠動脈ステント留置術	
	1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
	2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
	3 その他のもの	21,680点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

K 5 5 0	冠動脈内血栓溶解療法	17,720点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 0-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 1	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）	
1	1箇所のもの	76,550点
2	2箇所以上のもの	79,860点
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
1	1吻合のもの	71,570点
2	2吻合以上のもの	89,250点
	注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
K 5 5 2-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	
1	1吻合のもの	71,570点
2	2吻合以上のもの	91,350点
	注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
K 5 5 3	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）	
1	単独のもの	63,390点
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	80,060点
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	100,200点
K 5 5 3-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	
1	単独のもの	114,300点
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	147,890点
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	167,180点
K 5 5 4	弁形成術	
1	1弁のもの	79,860点
2	2弁のもの	93,170点
3	3弁のもの	106,480点
K 5 5 4-2	胸腔鏡下弁形成術	
1	1弁のもの	109,860点
2	2弁のもの	123,170点
K 5 5 5	弁置換術	
1	1弁のもの	85,500点
2	2弁のもの	100,200点
3	3弁のもの	114,510点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 5 5-2	経カテーテル大動脈弁置換術	
1	経心尖大動脈弁置換術	61,530点
2	経皮的動脈弁置換術	39,060点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 5-3	胸腔鏡下弁置換術	
1	1弁のもの	115,500点
2	2弁のもの	130,200点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 5 6	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940点
K 5 5 6-2	経皮的動脈弁拡張術	37,430点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 7	大動脈弁上狭窄手術	71,570点

K 5 5 7 - 2	大動脈弁下狭窄 ^{さく} 切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	78,260点
K 5 5 7 - 3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	157,840点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 5 7 - 4	ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合 ^{ふん} を伴う大動脈狭窄 ^{さく} 症手術	115,750点
K 5 5 8	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	192,920点
K 5 5 9	閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450点
K 5 5 9 - 2	経皮的僧帽弁拡張術	34,930点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 9 - 3	経皮的僧帽弁クリップ術	34,930点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 6 0	大動脈瘤 ^{りゅう} 切除術（吻合 ^{ふん} 又は移植を含む。）	
1	上行大動脈	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510点
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820点
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点
ニ	その他のもの	100,200点
2	弓部大動脈	114,510点
3	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370点
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790点
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580点
ニ	その他のもの	171,760点
4	下行大動脈	89,250点
5	胸腹部大動脈	249,750点
6	腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	59,080点
7	腹部大動脈（その他のもの）	52,000点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 6 0 - 2	オープン型ステントグラフト内挿術	
1	弓部大動脈	114,510点
2	上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
イ	大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370点
ロ	人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790点
ハ	自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580点
ニ	その他のもの	171,760点
3	下行大動脈	89,250点
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術	
1	血管損傷の場合	43,830点
2	1以外の場合	
イ	胸部大動脈	56,560点
ロ	腹部大動脈	49,440点
ハ	腸骨動脈	43,830点
K 5 6 2	動脈管開存症手術	
1	経皮的動脈管開存閉鎖術	22,780点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
2	動脈管開存閉鎖術（直視下）	22,000点

K 5 6 2 - 2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400点
K 5 6 3	肺動脈絞扼術	39,410点
K 5 6 4	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150点
K 5 6 5	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	94,420点
K 5 6 6	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	44,670点
K 5 6 7	大動脈縮窄（離断）症手術	
	1 単独のもの	57,250点
	2 心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200点
	3 複雑心奇形手術を伴うもの	173,620点
K 5 6 7 - 2	経皮的動脈形成術	37,430点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 6 8	大動脈肺動脈中隔欠損症手術	
	1 単独のもの	80,840点
	2 心内奇形手術を伴うもの	97,690点
K 5 6 9	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	103,640点
K 5 7 0	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
	1 肺動脈弁切開術（単独のもの）	35,750点
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点
K 5 7 0 - 2	経皮的肺動脈弁拡張術	34,410点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 0 - 3	経皮的肺動脈形成術	31,280点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 7 0 - 4	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。	
K 5 7 1	肺静脈還流異常症手術	
	1 部分肺静脈還流異常	50,970点
	2 総肺静脈還流異常	
	イ 心臓型	109,310点
	ロ その他のもの	129,310点
K 5 7 2	肺静脈形成術	58,930点
K 5 7 3	心房中隔欠損作成術	
	1 経皮的心房中隔欠損作成術（ラッシュキンド法）	16,090点
	2 心房中隔欠損作成術	36,900点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 4	心房中隔欠損閉鎖術	
	1 単独のもの	39,130点
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130点
K 5 7 4 - 2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	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。	
K 5 7 4 - 3	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。	
K 5 7 5	三心房心手術	68,940点
K 5 7 6	心室中隔欠損閉鎖術	
	1 単独のもの	52,320点
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830点
	3 大動脈弁形成を伴うもの	66,060点
	4 右室流出路形成を伴うもの	71,570点
K 5 7 7	バルサルバ洞動脈瘤手術	
	1 単独のもの	71,570点

	2 大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880点
K 5 7 8	右室二腔症手術	80,490点
K 5 7 9	不完全型房室中隔欠損症手術	
	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独のもの）	60,330点
	2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060点
K 5 7 9-2	完全型房室中隔欠損症手術	
	1 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350点
	2 ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920点
K 5 8 0	ファロー四徴症手術	
	1 右室流出路形成術を伴うもの	71,000点
	2 末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060点
K 5 8 1	肺動脈閉鎖症手術	
	1 単独のもの	100,200点
	2 ラステリ手術を伴うもの	173,620点
	3 巨大側副血管術を伴うもの	231,500点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、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。	
K 5 8 2	両大血管右室起始症手術	
	1 単独のもの	85,880点
	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820点
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの（タウシヒ・ビング奇形手術）	192,920点
K 5 8 3	大血管転位症手術	
	1 心房内血流転換手術（マスタートド・セニング手術）	114,510点
	2 大血管血流転換術（ジャターン手術）	144,690点
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620点
	4 ラステリ手術を伴うもの	154,330点
	注 4については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、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。	
K 5 8 4	修正大血管転位症手術	
	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790点
	2 根治手術（ダブルスイッチ手術）	201,630点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、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。	
K 5 8 5	総動脈幹症手術	143,860点
K 5 8 6	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
	1 両方向性グレン手術	71,570点
	2 フォンタン手術	85,880点
	3 心室中隔造成術	181,350点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、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。	
K 5 8 7	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	179,310点
K 5 8 8	冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240点
K 5 8 9	冠動脈起始異常症手術	85,880点
K 5 9 0	心室憩室切除術	76,710点

K 5 9 1	心臓脱手術	113,400点
K 5 9 2	肺動脈塞栓除去術	48,880点
K 5 9 2-2	肺動脈血栓内膜摘除術	135,040点
K 5 9 3	肺静脈血栓除去術	39,270点
K 5 9 4	不整脈手術	
	1 副伝導路切断術	89,250点
	2 心室頻拍症手術	147,890点
	3 メイズ手術	98,640点
	4 左心耳閉鎖術	
	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
	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であ って、区分番号K 5 5 2、K 5 5 2-2、K 5 5 4、K 5 5 5、K 5 5 7からK 5 5 7-3まで、K 5 6 0及びK 5 9 4の3に掲げる手術と併せて実施した場合 に限り算定する。	
	2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 9 4-2	肺静脈隔離術	72,230点
K 5 9 5	経皮的カテーテル心筋焼灼術 ^{しやく}	
	1 心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	40,760点
	2 その他のもの	34,370点
	注1 三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算と して、17,000点を所定点数に加算する。	
	2 磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、 5,000点を所定点数に加算する。	
	3 手術に伴う画像診断及び検査 ^{しやく} の費用は、算定しない。	
K 5 9 5-2	経皮的中隔心筋焼灼術 ^{しやく}	24,390点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 9 6	体外ペースメーカー術	3,370点
K 5 9 7	ペースメーカー移植術	
	1 心筋電極の場合	15,060点
	2 経静脈電極の場合	9,520点
	3 リードレスペースメーカーの場合	9,520点
K 5 9 7-2	ペースメーカー交換術	4,000点
K 5 9 7-3	植込型心電図記録計移植術	1,260点
K 5 9 7-4	植込型心電図記録計摘出術	840点
K 5 9 8	両心室ペースメーカー移植術	
	1 心筋電極の場合	31,510点
	2 経静脈電極の場合	31,510点
K 5 9 8-2	両心室ペースメーカー交換術	
	1 心筋電極の場合	5,000点
	2 経静脈電極の場合	5,000点
K 5 9 9	植込型除細動器移植術	
	1 心筋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
	3 皮下植込型リードを用いるもの	24,310点
K 5 9 9-2	植込型除細動器交換術	
	1 心筋リードを用いるもの	7,200点
	2 その他のもの	7,200点
K 5 9 9-3	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	

1	心筋電極の場合	35,200点
2	経静脈電極の場合	35,200点
	注 両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。	
K 5 9 9 - 4	両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	
1	心筋電極の場合	7,200点
2	経静脈電極の場合	7,200点
	注 両室ペーシング機能付き植込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。	
K 5 9 9 - 5	経静脈電極抜去術	
1	レーザーシースを用いるもの	28,600点
2	レーザーシースを用いないもの	22,210点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 0 0	大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）（1日につき）	
1	初日	8,780点
2	2日目以降	3,680点
	注 挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 0 1	人工心肺（1日につき）	
1	初日	30,150点
2	2日目以降	3,000点
	注1 初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、4,800点を所定点数に加算する（主たるもののみを算定する。）。	
	2 初日に選択的脳灌流を併せて行った場合は、7,000点を所定点数に加算する。	
	3 カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。	
K 6 0 2	経皮的心肺補助法（1日につき）	
1	初日	11,100点
2	2日目以降	3,120点
K 6 0 2 - 2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）	
1	初日	11,100点
2	2日目以降	3,680点
K 6 0 3	補助人工心臓（1日につき）	
1	初日	54,370点
2	2日目以降30日目まで	5,000点
3	31日目以降	4,000点
K 6 0 3 - 2	小児補助人工心臓（1日につき）	
1	初日	63,150点
2	2日目以降30日目まで	8,680点
3	31日目以降	7,680点
K 6 0 4	削除	
K 6 0 4 - 2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	
1	初日（1日につき）	58,500点
2	2日目以降30日目まで（1日につき）	5,000点
3	31日目以降90日目まで（1日につき）	2,780点
4	91日目以降（1日につき）	1,800点
K 6 0 5	移植用心採取術	62,720点
	注 心提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 6 0 5 - 2	同種心移植術	192,920点
	注1 心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 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。	
K 6 0 5 - 3	移植用心肺採取術	100,040点

	注 心肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 6 0 5 - 4	同種心肺移植術	286, 010点
	注1 心肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4, 000点を所定点数に加算する。	
K 6 0 5 - 5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術 (動脈)	9, 420点
K 6 0 6	血管露出術	530点
K 6 0 7	血管結紮術	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	12, 660点
	2 その他のもの	4, 500点
K 6 0 7 - 2	血管縫合術 (簡単なもの)	3, 760点
K 6 0 7 - 3	上腕動脈表在化法	5, 000点
K 6 0 8	動脈塞栓除去術	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	28, 560点
	2 その他のもの (観血的なもの)	11, 180点
K 6 0 8 - 2	削除	
K 6 0 8 - 3	内シャント血栓除去術	3, 130点
K 6 0 9	動脈血栓内膜摘出術	
	1 大動脈に及ぶもの	40, 950点
	2 内頸動脈	43, 880点
	3 その他のもの	28, 450点
K 6 0 9 - 2	経皮的頸動脈ステント留置術	34, 740点
	注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	2 内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。	
K 6 1 0	動脈形成術、吻合術	
	1 頭蓋内動脈	99, 700点
	2 胸腔内動脈 (大動脈を除く。)	52, 570点
	3 腹腔内動脈 (大動脈を除く。)	47, 790点
	4 指 (手、足) の動脈	18, 400点
	5 その他の動脈	21, 700点
K 6 1 0 - 2	脳新生血管造成術	52, 550点
K 6 1 0 - 3	削除	
K 6 1 0 - 4	四肢の血管吻合術	18, 080点
K 6 1 0 - 5	血管吻合術及び神経再接合術 (上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	18, 080点
K 6 1 1	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	
	1 開腹して設置した場合	17, 940点
	2 四肢に設置した場合	16, 250点
	3 頭頸部その他に設置した場合	16, 640点
K 6 1 2	末梢動静脈瘻造設術	
	1 内シャント造設術	
	イ 単純なもの	12, 080点
	ロ 静脈転位を伴うもの	15, 300点
	2 その他のもの	7, 760点
K 6 1 3	腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術)	31, 840点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
	1 大動脈	70, 700点
	2 胸腔内動脈	64, 050点

3	腹腔 ^{くう} 内動脈	56,560点
4	頭、頸部 ^{けい} 動脈	55,050点
5	下腿 ^{たい} 、足部動脈	62,670点
6	膝窩 ^{しつか} 動脈	42,500点
7	その他の動脈	30,290点
K 6 1 5	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔 ^{くう} 内血管等）	
1	止血術	23,110点
2	選択的動脈化学塞栓術	20,040点
3	その他のもの	18,620点
K 6 1 5 - 2	経皮的 ^{けい} 大動脈遮断術	1,660点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6 - 2	頸動脈球摘出術	10,800点
K 6 1 6 - 3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	
1	初回	12,000点
2	1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6 - 5	経皮的血管内異物除去術	14,000点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6 - 6	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。	
	（静脈）	
K 6 1 7	下肢静脈 ^{りゅう} 瘤手術	
1	抜去切除術	10,200点
2	硬化療法（一連として）	1,720点
3	高位 ^{きつ} 結紮術	3,130点
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈 ^{りゅう} 抜去術	10,200点
K 6 1 7 - 3	静脈 ^{りゅう} 瘤切除術（下肢以外）	1,820点
K 6 1 7 - 4	下肢静脈 ^{りゅう} 瘤血管内焼灼 ^{やく} 術	10,200点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 7 - 5	内視鏡下下肢静脈 ^{りゅう} 瘤不全穿通枝切離術	10,200点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 7 - 6	下肢静脈 ^{りゅう} 瘤血管内塞栓術	14,360点
K 6 1 8	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	
1	四肢に設置した場合	10,500点
2	頭頸部 ^{けい} その他に設置した場合	10,800点
	注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、300点を加算する。	
	2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。	
K 6 1 9	静脈血栓摘出術	
1	開腹を伴うもの	22,070点
2	その他のもの（観血的なもの）	13,100点
K 6 1 9 - 2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100点
K 6 2 0	下大静脈フィルター留置術	10,160点
K 6 2 0 - 2	下大静脈フィルター除去術	6,490点
K 6 2 1	門脈体循環 ^{ふん} 静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	40,650点

K 6 2 2	胸管内頸静脈吻合術	37,620点
K 6 2 3	静脈形成術、吻合術	
	1 胸腔内静脈	25,200点
	2 腹腔内静脈	25,200点
	3 その他の静脈	16,140点
K 6 2 3-2	脾腎静脈吻合術 (リンパ管、リンパ節)	21,220点
K 6 2 4	削除	
K 6 2 5	リンパ管腫摘出術	
	1 長径5センチメートル未満	13,090点
	2 長径5センチメートル以上	16,390点
K 6 2 6	リンパ節摘出術	
	1 長径3センチメートル未満	1,200点
	2 長径3センチメートル以上	2,880点
K 6 2 6-2	リンパ節膿瘍切開術	910点
K 6 2 7	リンパ節群郭清術	
	1 顎下部又は舌下部(浅在性)	10,870点
	2 頸部(深在性)	24,090点
	3 鎖骨上窩及び下窩	14,460点
	4 腋窩	17,750点
	5 胸骨旁	23,190点
	6 鼠径部及び股部	8,710点
	7 後腹膜	41,380点
	8 骨盤	26,800点
K 6 2 7-2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術	
	1 後腹膜	40,670点
	2 傍大動脈	35,500点
	3 骨盤	41,090点
	注 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	26,460点
	注 泌尿器がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	39,720点
	注 精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 8	リンパ管吻合術	34,450点
	第9款 腹部	
区分		
	(腹壁、ヘルニア)	
K 6 2 9	削除	
K 6 3 0	腹壁膿瘍切開術	1,270点
K 6 3 1	腹壁瘻手術	
	1 腹壁に限局するもの	1,820点
	2 腹腔に通ずるもの	10,050点
K 6 3 2	腹壁腫瘍摘出術	
	1 形成手術を必要としない場合	4,310点
	2 形成手術を必要とする場合	11,210点
K 6 3 3	ヘルニア手術	
	1 腹壁癒痕ヘルニア	9,950点
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200点

3	臍ヘルニア	4,200点
4	臍帯ヘルニア	18,810点
5	鼠径ヘルニア	6,000点
6	大腿ヘルニア	8,860点
7	腰ヘルニア	8,880点
8	骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）	18,810点
9	内ヘルニア	18,810点
K 6 3 3 - 2	腹腔鏡下ヘルニア手術	
1	腹壁癒痕ヘルニア	16,520点
2	大腿ヘルニア	18,550点
3	半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	13,820点
4	臍ヘルニア	11,420点
5	閉鎖孔ヘルニア	24,130点
K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） （腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）	22,960点
K 6 3 5	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	4,990点
K 6 3 5 - 2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730点
K 6 3 5 - 3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000点
K 6 3 6	試験開腹術	6,660点
K 6 3 6 - 2	ダメージコントロール手術	12,340点
K 6 3 6 - 3	腹腔鏡下試験開腹術	11,320点
K 6 3 6 - 4	腹腔鏡下試験切除術	11,320点
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術	
1	横隔膜下膿瘍	10,690点
2	ダグラス窩膿瘍	5,710点
3	虫垂周囲膿瘍	5,340点
4	その他のもの	9,270点
K 6 3 7 - 2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	10,800点
K 6 3 8	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290点
K 6 3 9	急性汎発性腹膜炎手術	14,400点
K 6 3 9 - 2	結核性腹膜炎手術	12,000点
K 6 3 9 - 3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	23,040点
K 6 4 0	腸間膜損傷手術	
1	縫合、修復のみのもの	10,390点
2	腸管切除を伴うもの	26,880点
K 6 4 1	大網切除術	8,720点
K 6 4 2	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
1	腸切除を伴わないもの	14,290点
2	腸切除を伴うもの	29,970点
K 6 4 2 - 2	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32,310点
K 6 4 2 - 3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310点
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510点
K 6 4 3 - 2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610点
K 6 4 4	臍腸管瘻手術	
1	腸管切除を伴わないもの	5,260点
2	腸管切除を伴うもの	18,280点
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術 （胃、十二指腸）	120,980点

K 6 4 6	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	11,360点
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	12,190点
K 6 4 7-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	23,940点
K 6 4 7-3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	10,300点
K 6 4 8	胃切開術	11,140点
K 6 4 9	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	11,800点
K 6 4 9-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	22,320点
K 6 5 0	削除	
K 6 5 1	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210点
K 6 5 2	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）	11,530点
K 6 5 3	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,460点
	2 早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術	18,370点
	3 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術	21,370点
	4 早期悪性腫瘍ポリープ切除術	6,230点
	5 その他のポリープ・粘膜切除術	5,200点
K 6 5 3-2	食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）	3,200点
K 6 5 3-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,250点
K 6 5 3-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460点
K 6 5 3-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480点
K 6 5 4	内視鏡的消化管止血術	4,600点
K 6 5 4-2	胃局所切除術	13,830点
K 6 5 4-3	腹腔鏡下胃局所切除術	
	1 内視鏡処置を併施するもの	28,500点
	2 その他のもの	20,400点
K 6 5 4-4	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
K 6 5 5	胃切除術	
	1 単純切除術	33,850点
	2 悪性腫瘍手術	55,870点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-2	腹腔鏡下胃切除術	
	1 単純切除術	45,470点
	2 悪性腫瘍手術	64,120点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-3	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	26,910点
K 6 5 5-4	噴門側胃切除術	
	1 単純切除術	40,170点
	2 悪性腫瘍切除術	71,630点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術	
	1 単純切除術	54,010点
	2 悪性腫瘍切除術	75,730点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 6 5 6	胃縮小術	28,210点
K 6 5 6-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	40,050点
K 6 5 7	胃全摘術	
	1 単純全摘術	50,920点
	2 悪性腫瘍手術	69,840点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	

K 6 5 7 - 2	腹腔鏡下胃全摘術	
1	単純全摘術	64,740点
2	悪性腫瘍手術	83,090点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 8	削除	
K 6 5 9	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）	
1	単独のもの	13,600点
2	ドレナージを併施するもの	19,000点
3	胃切除術を併施するもの	37,620点
K 6 5 9 - 2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）	30,570点
K 6 6 0	食道下部迷走神経選択的切除術	
1	単独のもの	19,500点
2	ドレナージを併施するもの	28,210点
3	胃切除術を併施するもの	37,620点
K 6 6 0 - 2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	34,100点
K 6 6 1	胃冠状静脈結紮及び切除術	17,400点
K 6 6 2	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	16,010点
K 6 6 2 - 2	腹腔鏡下胃腸吻合術	18,890点
K 6 6 3	十二指腸空腸吻合術	13,400点
K 6 6 4	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	6,070点
K 6 6 4 - 2	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）	14,610点
K 6 6 4 - 3	薬剤投与用胃瘻造設術	8,570点
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術	
1	開腹又は腹腔鏡によるもの	12,040点
2	内視鏡によるもの	10,300点
K 6 6 5 - 2	胃瘻拔去術	2,000点
K 6 6 6	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）	10,500点
K 6 6 6 - 2	腹腔鏡下幽門形成術	17,060点
K 6 6 7	噴門形成術	16,980点
K 6 6 7 - 2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620点
K 6 6 7 - 3	削除	
K 6 6 8	胃横断術（静脈瘤手術）	28,210点
K 6 6 8 - 2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 （胆嚢、胆道）	31,710点
K 6 6 9	胆管切開術	12,460点
K 6 7 0	胆嚢切開結石摘出術	11,800点
K 6 7 1	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）	
1	胆嚢摘出を含むもの	33,850点
2	胆嚢摘出を含まないもの	26,880点
K 6 7 1 - 2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術	
1	胆嚢摘出を含むもの	39,890点
2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610点
K 6 7 2	胆嚢摘出術	27,670点
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500点
K 6 7 3	胆管形成手術（胆管切除術を含む。）	37,620点
K 6 7 4	総胆管拡張症手術	59,490点
	注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 6 7 4 - 2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	110,000点
	注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	

K 6 7 5	胆 ^{のう} 囊 ^{すい} 悪性腫瘍手術	
	1 胆囊に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）	45,520点
	2 肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの	57,790点
	3 肝切除（葉以上）を伴うもの	77,450点
	4 臍 ^{すい} 頭 ^{すい} 十二指腸切除を伴うもの	101,590点
	5 臍 ^{すい} 頭 ^{すい} 十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	173,500点
K 6 7 6	削除	
K 6 7 7	胆管 ^{すい} 悪性腫瘍手術	
	1 臍 ^{すい} 頭 ^{すい} 十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	173,500点
	2 臍 ^{すい} 頭 ^{すい} 十二指腸切除及び血行再建を伴うもの	104,800点
	3 その他のもの	84,700点
K 6 7 7-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術	
	1 血行再建あり	180,990点
	2 血行再建なし	101,090点
K 6 7 8	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）	16,300点
K 6 7 9	胆囊 ^{のう} 胃（腸） ^{ふん} 吻合術	11,580点
K 6 8 0	総胆管 ^{のう} 胃（腸） ^{ふん} 吻合術	33,850点
K 6 8 1	胆囊 ^{のう} 外 ^{ろう} 瘻 ^{ろう} 造設術	9,420点
K 6 8 2	胆管 ^{のう} 外 ^{ろう} 瘻 ^{ろう} 造設術	
	1 開腹によるもの	14,760点
	2 経皮経肝によるもの	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	10,800点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）	25,570点
K 6 8 3	削除	
K 6 8 4	先天性胆道閉鎖症手術	60,000点
K 6 8 4-2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	119,200点
K 6 8 5	内視鏡的胆道結石除去術	
	1 胆道碎石術を伴うもの	14,300点
	2 その他のもの	9,980点
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K 6 8 6	内視鏡的胆道拡張術	13,820点
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K 6 8 7	内視鏡的乳頭切開術	
	1 乳頭括約筋切開のみのもの	11,270点
	2 胆道碎石術を伴うもの	24,550点
	3 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの	31,700点
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K 6 8 8	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540点
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K 6 8 9	経皮経肝胆管ステント挿入術	12,270点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

K 6 8 9 - 2	経皮経肝バルーン拡張術	12,270点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 (肝)	
K 6 9 0	肝縫合術	19,140点
K 6 9 1	肝膿瘍切開術	
	1 開腹によるもの	11,860点
	2 開胸によるもの	12,520点
K 6 9 1 - 2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 9 2	肝嚢胞切開又は縫縮術	13,710点
K 6 9 2 - 2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210点
K 6 9 3	肝内結石摘出術(開腹)	28,210点
K 6 9 4	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210点
K 6 9 5	肝切除術	
	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
	2 亜区域切除	56,280点
	3 外側区域切除	46,130点
	4 1区域切除(外側区域切除を除く。)	60,700点
	5 2区域切除	76,210点
	6 3区域切除以上のもの	97,050点
	7 2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	126,230点
	注 区分番号K 6 9 7 - 2に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号K 6 9 7 - 3に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合には、局所穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。	
K 6 9 5 - 2	腹腔鏡下肝切除術	
	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
	2 外側区域切除	74,880点
	3 亜区域切除	108,820点
	4 1区域切除(外側区域切除を除く。)	130,730点
	5 2区域切除	152,440点
	6 3区域切除以上のもの	174,090点
K 6 9 6	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	30,940点
K 6 9 7	肝内胆管外瘻造設術	
	1 開腹によるもの	18,810点
	2 経皮経肝によるもの	10,800点
K 6 9 7 - 2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	
	1 腹腔鏡によるもの	18,710点
	2 その他のもの	17,410点
K 6 9 7 - 3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	
	1 2センチメートル以内のもの	
	イ 腹腔鏡によるもの	16,300点
	ロ その他のもの	15,000点
	2 2センチメートルを超えるもの	
	イ 腹腔鏡によるもの	23,260点
	ロ その他のもの	21,960点

	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。	
K 6 9 7 - 4	移植用部分肝採取術（生体）		82,800点
	注	肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 6 9 7 - 5	生体部分肝移植術		227,140点
	注1	生体部分肝を移植した場合は、生体部分肝の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
	2	肝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H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
K 6 9 7 - 6	移植用肝採取術（死体）		86,700点
	注	肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 6 9 7 - 7	同種死体肝移植術		193,060点
	注1	肝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	抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
	(脾)		
K 6 9 8	急性脾炎手術		
	1	感染性壊死部切除を伴うもの	49,390点
	2	その他のもの	28,210点
K 6 9 9	脾結石手術		
	1	脾切開によるもの	28,210点
	2	経十二指腸乳頭によるもの	28,210点
K 6 9 9 - 2	体外衝撃波脾石破砕術（一連につき）		19,300点
	注	破砕した脾石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的脾石除去加算として、一連につき1回に限り5,640点を所定点数に加算する。	
K 7 0 0	脾中央切除術		53,560点
K 7 0 0 - 2	脾腫瘍摘出術		26,100点
K 7 0 0 - 3	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術		39,950点
K 7 0 1	脾破裂縫合術		24,280点
K 7 0 2	脾体尾部腫瘍切除術		
	1	脾尾部切除術の場合	
	イ	脾同時切除の場合	24,000点
	ロ	脾温存の場合	21,750点
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	57,190点
	3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870点
K 7 0 2 - 2	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術		
	1	脾同時切除の場合	53,480点
	2	脾温存の場合	56,240点
K 7 0 3	脾頭部腫瘍切除術		
	1	脾頭十二指腸切除術の場合	81,620点
	2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	86,810点
	3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点
	4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	131,230点
K 7 0 3 - 2	腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術		

	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
K704	膵全摘術	103,030点
K705	膵嚢胞胃(腸)バイパス術	
	1 内視鏡によるもの	13,820点
	2 開腹によるもの	31,310点
K706	膵管空腸吻合術	37,620点
K707	膵嚢胞外瘻造設術	
	1 内視鏡によるもの	18,370点
	2 開腹によるもの	12,460点
K708	膵管外瘻造設術	18,810点
K708-2	膵管誘導手術	18,810点
K708-3	内視鏡的膵管ステント留置術	22,240点
K709	膵瘻閉鎖術	28,210点
K709-2	移植用膵採取術(死体)	77,240点
	注 膵提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K709-3	同種死体膵移植術	112,570点
	注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された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。	
	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。	
	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。	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	84,080点
	注 膵腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K709-5	同種死体膵腎移植術	140,420点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2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。	
	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。	
	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。	
K709-6	同種死体膵島移植術	56,490点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された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。	
	(脾)	
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	26,810点
K710-2	腹腔鏡下脾固定術	30,070点
K711	脾摘出術	34,130点
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	37,060点
	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	
K712	破裂腸管縫合術	11,400点
K713	腸切開術	9,650点
K714	腸管癒着症手術	12,010点

K 7 1 4 - 2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650点
K 7 1 5	腸重積症整復術	
	1 非観血的なもの	4,490点
	2 観血的なもの	6,040点
K 7 1 5 - 2	腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660点
K 7 1 6	小腸切除術	
	1 複雑なもの	34,150点
	2 その他のもの	15,940点
K 7 1 6 - 2	腹腔鏡下小腸切除術	
	1 複雑なもの	37,380点
	2 その他のもの	31,370点
K 7 1 6 - 3	移植用部分小腸採取術（生体）	56,850点
	注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 1 6 - 4	生体部分小腸移植術	164,240点
	注1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
	2 小腸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。	
K 7 1 6 - 5	移植用小腸採取術（死体）	65,140点
	注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 1 6 - 6	同種死体小腸移植術	177,980点
	注1 小腸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 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。	
K 7 1 7	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）	18,810点
K 7 1 8	虫垂切除術	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,740点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880点
K 7 1 8 - 2	腹腔鏡下虫垂切除術	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	13,760点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	22,050点
K 7 1 9	結腸切除術	
	1 小範囲切除	24,170点
	2 結腸半側切除	29,940点
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680点
	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。	
K 7 1 9 - 2	腹腔鏡下結腸切除術	
	1 小範囲切除、結腸半側切除	42,680点
	2 全切除、亜全切除	59,510点
	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。	
K 7 1 9 - 3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	59,510点
K 7 1 9 - 4	ピックレル氏手術	13,700点
K 7 1 9 - 5	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	51,860点
K 7 1 9 - 6	腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	75,690点
K 7 2 0	結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（開腹によるもの）	16,610点

K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	
	1 長径2センチメートル未満	5,000点
	2 長径2センチメートル以上	7,000点
K 7 2 1-2	削除	
K 7 2 1-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360点
K 7 2 1-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 ^{はく}	22,040点
K 7 2 2	小腸結腸内視鏡的止血術	10,390点
	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K 7 2 3	削除	
K 7 2 4	腸吻合術 ^{ふん}	9,330点
K 7 2 5	腸瘻、虫垂瘻造設術 ^{ろう}	8,830点
K 7 2 5-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術 ^{ろう}	13,250点
K 7 2 6	人工肛門造設術 ^{こう}	9,570点
K 7 2 6-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	16,700点
K 7 2 7	腹壁外腸管前置術	8,340点
K 7 2 8	腸狭窄部切開縫合術 ^{きく}	11,220点
K 7 2 9	腸閉鎖症手術	
	1 腸管切除を伴わないもの	12,190点
	2 腸管切除を伴うもの	28,210点
K 7 2 9-2	多発性小腸閉鎖症手術 ^{くう}	47,020点
K 7 2 9-3	腹腔鏡下腸閉鎖症手術 ^{ろう}	32,310点
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,580点
	2 腸管切除を伴うもの	17,900点
	3 内視鏡によるもの	10,300点
K 7 3 1	結腸瘻閉鎖術 ^{ろう}	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,750点
	2 腸管切除を伴うもの	28,210点
	3 内視鏡によるもの	10,300点
K 7 3 2	人工肛門閉鎖術 ^{こう}	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,470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
K 7 3 2-2	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）	40,450点
K 7 3 3	盲腸縫縮術	4,400点
K 7 3 4	腸回転異常症手術 ^{くう}	18,810点
K 7 3 4-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	26,800点
K 7 3 5	先天性巨大結腸症手術	50,830点
K 7 3 5-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	11,090点
	注 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。	
K 7 3 5-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術 ^{くう}	63,710点
K 7 3 5-4	下部消化管ステント留置術	10,920点
K 7 3 5-5	腸管延長術 ^{こう}	76,000点
K 7 3 6	人工肛門形成術	
	1 開腹を伴うもの	10,030点

2	その他のもの (直腸)	3,670点
K 7 3 7	直腸周囲膿瘍切開術	2,610点
K 7 3 8	直腸異物除去術	
1	経肛門(内視鏡によるもの)	8,040点
2	開腹によるもの	11,530点
K 7 3 9	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)	
1	経肛門	4,010点
2	経括約筋	9,940点
3	経腹及び経肛	18,810点
K 7 3 9-2	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	26,100点
K 7 3 9-3	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	16,700点
K 7 4 0	直腸切除・切断術	
1	切除術	42,850点
2	低位前方切除術	71,300点
3	超低位前方切除術	73,840点
4	経肛門吻合を伴う切除術	82,840点
5	切断術	77,120点
	注 1から3までについては、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。	
K 7 4 0-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術	
1	切除術	75,460点
2	低位前方切除術	83,930点
3	切断術	83,930点
	注 1及び2については、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。	
K 7 4 0-3	削除	
K 7 4 1	直腸狭窄形成手術	28,210点
K 7 4 1-2	直腸瘤手術	5,760点
K 7 4 2	直腸脱手術	
1	経会陰によるもの	
イ	腸管切除を伴わないもの	8,410点
ロ	腸管切除を伴うもの	25,780点
2	直腸挙上固定を行うもの	10,900点
3	骨盤底形成を行うもの	18,810点
4	腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620点
K 7 4 2-2	腹腔鏡下直腸脱手術 (肛門、その周辺)	30,810点
K 7 4 3	痔核手術(脱肛を含む。)	
1	硬化療法	1,660点
2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010点
3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390点
4	根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)	5,190点
5	根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)	6,520点
6	PPH	11,260点
K 7 4 3-2	肛門括約筋切開術	1,380点
K 7 4 3-3	削除	
K 7 4 3-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360点
K 7 4 3-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750点

K 7 4 3 - 6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750点
K 7 4 4	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110点
K 7 4 5	肛門周囲膿瘍切開術	2,050点
K 7 4 6	痔瘻根治手術	
	1 単純なもの	3,750点
	2 複雑なもの	7,470点
K 7 4 6 - 2	高位直腸瘻手術	8,120点
K 7 4 7	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,250点
K 7 4 8	肛門悪性腫瘍手術	
	1 切除	28,210点
	2 直腸切断を伴うもの	70,680点
K 7 4 9	肛門拡張術（観血的なもの）	1,630点
K 7 5 0	肛門括約筋形成手術	
	1 瘻痕切除又は縫縮によるもの	3,990点
	2 組織置換によるもの	23,660点
K 7 5 1	鎖肛手術	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100点
	2 会陰式	18,810点
	3 仙骨会陰式	35,270点
	4 腹会陰、腹仙骨式	62,660点
K 7 5 1 - 2	仙尾部奇形腫手術	46,950点
K 7 5 1 - 3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	70,140点
K 7 5 2	肛門形成手術	
	1 肛門狭窄形成手術	5,210点
	2 直腸粘膜脱形成手術	7,710点
K 7 5 3	毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680点
	第10款 尿路系・副腎	
区分		
	（副腎）	
K 7 5 4	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）	28,210点
K 7 5 4 - 2	腹腔鏡下副腎摘出術	40,100点
K 7 5 4 - 3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390点
K 7 5 5	副腎腫瘍摘出術	
	1 皮質腫瘍	39,410点
	2 髓質腫瘍（褐色細胞腫）	47,020点
K 7 5 5 - 2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）	47,030点
K 7 5 6	副腎悪性腫瘍手術	47,020点
K 7 5 6 - 2	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120点
	（腎、腎盂）	
K 7 5 7	腎破裂縫合術	37,620点
K 7 5 7 - 2	腎破裂手術	38,270点
K 7 5 8	腎周囲膿瘍切開術	3,480点
K 7 5 9	腎切半術	37,620点
K 7 6 0	癒合腎離断術	47,020点
K 7 6 1	腎被膜剥離術（除神経術を含む。）	10,660点
K 7 6 2	腎固定術	10,350点
K 7 6 3	腎切石術	27,550点
K 7 6 4	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	32,800点
K 7 6 5	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	33,040点

K 7 6 6	経皮的尿管拡張術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	13,000点
K 7 6 7	腎盂切石術	27,210点
K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	19,300点
K 7 6 9	腎部分切除術	35,880点
K 7 6 9-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930点
K 7 6 9-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900点
K 7 7 0	腎嚢胞切除縮小術	11,580点
K 7 7 0-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850点
K 7 7 0-3	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360点
K 7 7 1	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 7 7 2	腎摘出術	18,760点
K 7 7 2-2	腹腔鏡下腎摘出術	54,250点
K 7 7 2-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240点
K 7 7 3	腎（尿管）悪性腫瘍手術	42,770点
K 7 7 3-2	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	64,720点
K 7 7 3-3	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	49,870点
K 7 7 3-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	52,800点
K 7 7 3-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	70,730点
K 7 7 4	削除	
K 7 7 5	経皮的腎（腎盂）瘻造設術	13,860点
K 7 7 5-2	経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき）	6,000点
K 7 7 6	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術	27,890点
K 7 7 7	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術	
	1 内視鏡によるもの	10,300点
	2 その他のもの	28,210点
K 7 7 8	腎盂形成手術	33,120点
K 7 7 8-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600点
K 7 7 9	移植用腎採取術（生体）	35,700点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 7 9-2	移植用腎採取術（死体）	43,400点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 7 9-3	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）	51,850点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 8 0	同種死体腎移植術	98,770点
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	2 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。	
	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。	
K 7 8 0-2	生体腎移植術	62,820点
	注1 生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
	2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	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。	
	（尿管）	
K 7 8 1	経尿道的尿路結石除去術	

1	レーザーによるもの	22,270点
2	その他のもの	14,800点
K781-2	削除	
K781-3	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250点
K782	尿管切石術	
1	上部及び中部	10,310点
2	膀胱近接部	15,310点
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930点
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400点
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300点
K784	残存尿管摘出術	18,810点
K784-2	尿管剥離術	18,810点
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420点
K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040点
K786	尿管膀胱吻合術	25,570点
	注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。	
K787	尿管尿管吻合術	27,210点
K788	尿管腸吻合術	17,070点
K789	尿管腸膀胱吻合術	46,450点
K790	尿管皮膚瘻造設術	14,200点
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	30,450点
K792	尿管腸瘻閉鎖術	
1	内視鏡によるもの	10,300点
2	その他のもの	36,840点
K793	尿管腔瘻閉鎖術	28,210点
K794	尿管口形成手術	16,580点
K794-2	経尿道的尿管瘤切除術 (膀胱)	15,500点
K795	膀胱破裂閉鎖術	11,170点
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300点
K797	膀胱内凝血除去術	2,980点
K798	膀胱結石、異物摘出術	
1	経尿道的手術	8,320点
2	膀胱高位切開術	3,150点
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術 (バスケットワイヤーカテーテル使用)	8,320点
K799	膀胱壁切除術	9,270点
K800	膀胱憩室切除術	9,060点
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060点
K800-3	膀胱水圧拡張術	6,410点
	注1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。	
	2 灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K801	膀胱単純摘除術	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	59,350点
2	その他のもの	51,510点
K802	膀胱腫瘍摘出術	10,610点
K802-2	膀胱脱手術	
1	メッシュを使用するもの	30,880点

2	その他のもの	23,260点
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術	
1	腸管切除を伴わないもの	11,100点
2	腸管切除を伴うもの	21,700点
K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710点
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	22,410点
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	41,160点
	注 メッシュを使用した場合に算定する。	
K803	膀胱悪性腫瘍手術	
1	切除	34,150点
2	全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	66,890点
3	全摘（尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの）	80,160点
4	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	107,800点
5	全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	110,600点
6	経尿道的手術	
イ	電解質溶液利用のもの	12,300点
ロ	その他のもの	10,400点
	注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	
1	全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	76,880点
2	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	117,790点
3	全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	120,590点
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	
1	全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	74,880点
2	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	115,790点
3	全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	118,590点
K804	尿膜管摘出術	10,950点
K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術	22,030点
K805	膀胱瘻造設術	3,530点
K805-2	膀胱皮膚瘻造設術	25,200点
K805-3	導尿路造設術	49,400点
K806	膀胱皮膚瘻閉鎖術	8,700点
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	27,700点
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	
1	内視鏡によるもの	10,300点
2	その他のもの	27,700点
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	37,180点
K809-2	膀胱尿管逆流手術	25,570点
	注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を加算する。	
K809-3	腹腔鏡下膀胱内手術	39,280点
K810	ボアリー氏手術	36,840点
K811	腸管利用膀胱拡大術	48,200点
K812	回腸（結腸）導管造設術	49,570点
K812-2	排泄腔外反症手術	
1	外反膀胱閉鎖術	70,430点
2	膀胱腸裂閉鎖術 （尿道）	103,710点

K 8 1 3	尿道周囲膿瘍 ^{のう} 切開術	1,160点
K 8 1 4	外尿道口切開術	1,010点
K 8 1 5	尿道結石、異物摘出術	
	1 前部尿道	2,180点
	2 後部尿道	6,300点
K 8 1 6	外尿道腫瘍切除術	2,180点
K 8 1 7	尿道悪性腫瘍摘出術	
	1 摘出	32,230点
	2 内視鏡による場合	23,130点
	3 尿路変更を行う場合	54,060点
K 8 1 8	尿道形成手術	
	1 前部尿道	17,030点
	2 後部尿道	37,700点
K 8 1 9	尿道下裂形成手術	33,790点
K 8 1 9-2	陰茎形成術	52,710点
K 8 2 0	尿道上裂形成手術	39,000点
K 8 2 1	尿道狭窄 ^{さく} 内視鏡手術	15,040点
K 8 2 1-2	尿道狭窄 ^{さく} 拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点
K 8 2 1-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 8 2 2	女子尿道脱手術	7,560点
K 8 2 3	尿失禁手術	
	1 恥骨固定式膀胱頸部 ^{ぼうこうけい} 吊上術を行うもの	23,510点
	2 その他のもの	20,680点
K 8 2 3-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象 ^{ぼうこう} コラーゲン注入手術	23,320点
	注 コラーゲン注入手術に伴って使用したコラーゲンの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
K 8 2 3-3	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）	23,320点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 8 2 3-4	腹腔鏡下尿失禁手術	32,440点
K 8 2 3-5	人工尿道括約筋植込・置換術	23,920点
K 8 2 3-6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点
	第11款 性器	
区分		
	(陰茎)	
K 8 2 4	陰茎尖圭 ^{せんけい} コンジローム切除術	1,360点
K 8 2 5	陰茎全摘術	16,630点
K 8 2 6	陰茎切断術	7,020点
K 8 2 6-2	陰茎折症手術	8,550点
K 8 2 6-3	陰茎様陰核形成手術	7,020点
K 8 2 7	陰茎悪性腫瘍手術	
	1 陰茎切除	23,200点
	2 陰茎全摘	36,500点
K 8 2 8	包茎手術	
	1 背面切開術	740点
	2 環状切除術	2,040点
K 8 2 8-2	陰茎持続勃起症手術	
	1 亀頭-陰茎海綿体 ^{ろう} 瘻作成術（ウィンター法）によるもの	4,670点
	2 その他のシャント術によるもの	18,600点

(陰囊、精巢、精巢上体、精管、精索)		
K 8 2 9	精管切断、切除術 (両側)	2, 550点
K 8 3 0	精巢摘出術	2, 770点
K 8 3 0-2	精巢外傷手術	
1	陰囊内血腫除去術	3, 200点
2	精巢白膜縫合術	3, 400点
K 8 3 1及びK 8 3 1-2	削除	
K 8 3 2	精巢上体摘出術	4, 200点
K 8 3 3	精巢悪性腫瘍手術	12, 340点
K 8 3 4	精索静脈瘤手術	2, 970点
K 8 3 4-2	腹腔鏡下内精索静脈結紮術	20, 500点
K 8 3 4-3	顕微鏡下精索静脈瘤手術	12, 500点
K 8 3 5	陰囊水腫手術	
1	交通性陰囊水腫手術	3, 620点
2	その他	2, 290点
K 8 3 6	停留精巢固定術	9, 740点
K 8 3 6-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巢陰囊内固定術	37, 170点
K 8 3 7	精管形成手術	12, 470点
K 8 3 8	精索捻転手術	
1	対側の精巢固定術を伴うもの	8, 230点
2	その他のもの (精囊、前立腺)	7, 910点
K 8 3 9	前立腺膿瘍切開術	2, 770点
K 8 4 0	前立腺被膜下摘出術	15, 920点
K 8 4 1	経尿道的前立腺手術	
1	電解質溶液利用のもの	20, 400点
2	その他のもの	18, 500点
K 8 4 1-2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
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
2	その他のもの	19, 000点
K 8 4 1-3	経尿道的前立腺高温度治療 (一連につき)	5, 000点
K 8 4 1-4	焦点式高エネルギー超音波療法 (一連につき)	5, 000点
K 8 4 1-5	経尿道的前立腺核出術	21, 500点
K 8 4 2	削除	
K 8 4 3	前立腺悪性腫瘍手術	41, 080点
K 8 4 3-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77, 430点
K 8 4 3-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59, 780点
K 8 4 3-4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) (外陰、会陰)	95, 280点
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	940点
K 8 4 5	処女膜切開術	790点
K 8 4 6	処女膜切除術	980点
K 8 4 7	輪状処女膜切除術	2, 230点
K 8 4 8	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術 (造袋術を含む。)	3, 310点
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2, 810点
K 8 5 0	女子外性器悪性腫瘍手術	
1	切除	29, 190点
2	皮膚移植 (筋皮弁使用) を行った場合	63, 200点
K 8 5 0-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	23, 830点

K 8 5 1	会陰形成手術	
	1 筋層に及ばないもの	2, 330点
	2 筋層に及ぶもの	6, 910点
K 8 5 1 - 2	外陰・腔血腫除去術	1, 920点
K 8 5 1 - 3	癒合陰唇形成手術	
	1 筋層に及ばないもの	2, 330点
	2 筋層に及ぶもの (腔)	6, 240点
K 8 5 2	腔壁裂創縫合術 (分娩時を除く。)	
	1 前又は後壁裂創	2, 760点
	2 前後壁裂創	6, 330点
	3 腔円蓋に及ぶ裂創	8, 280点
	4 直腸裂傷を伴うもの	31, 940点
K 8 5 3	腔閉鎖術	
	1 中央腔閉鎖術 (子宮全脱)	7, 410点
	2 その他	2, 580点
K 8 5 4	腔式子宮旁結合織炎 (膿瘍) 切開術	2, 230点
K 8 5 4 - 2	後腔円蓋切開 (異所性妊娠)	2, 230点
K 8 5 5	腔中隔切除術	
	1 不全隔のもの	1, 510点
	2 全中隔のもの	2, 540点
K 8 5 6	腔壁腫瘍摘出術	2, 540点
K 8 5 6 - 2	腔壁囊腫切除術	2, 540点
K 8 5 6 - 3	腔ポリープ切除術	1, 040点
K 8 5 6 - 4	腔壁尖圭コンジローム切除術	1, 250点
K 8 5 7	腔壁悪性腫瘍手術	44, 480点
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術	
	1 内視鏡によるもの	10, 300点
	2 その他のもの	35, 130点
K 8 5 9	造腔術、腔閉鎖症術	
	1 拡張器利用によるもの	2, 130点
	2 遊離植皮によるもの	18, 810点
	3 腔断端挙上によるもの	28, 210点
	4 腸管形成によるもの	47, 040点
	5 筋皮弁移植によるもの	55, 810点
K 8 5 9 - 2	腹腔鏡下造腔術	38, 690点
K 8 6 0	腔壁形成手術	7, 880点
K 8 6 0 - 2	腔断端挙上術 (腔式、腹式) (子宮)	29, 190点
K 8 6 1	子宮内膜搔爬術	1, 420点
K 8 6 2	クレニッヒ手術	7, 710点
K 8 6 3	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	20, 610点
K 8 6 3 - 2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術 (癒着剥離術を含む。)	18, 590点
K 8 6 3 - 3	子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17, 810点
K 8 6 4	子宮位置矯正術	
	1 アレキサンダー手術	4, 040点
	2 開腹による位置矯正術	8, 140点
	3 癒着剥離矯正術	16, 420点
K 8 6 5	子宮脱手術	

1	膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	16,900点
2	ハルバン・シャウタ手術	16,900点
3	マンチェスター手術	14,110点
4	膣壁形成手術及び子宮全摘術（膣式、腹式）	28,210点
K 8 6 5 - 2	腹腔鏡下仙骨膣固定術	48,240点
	注 メッシュを使用した場合に算定する。	
K 8 6 6	子宮頸管ポリープ切除術	1,190点
K 8 6 6 - 2	子宮膣部冷凍凝固術	1,190点
K 8 6 7	子宮頸部（膣部）切除術	3,330点
K 8 6 7 - 2	子宮膣部糜爛等子宮膣部乱切除術	470点
K 8 6 7 - 3	子宮頸部摘出術（膣部切断術を含む。）	3,330点
K 8 6 7 - 4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330点
K 8 6 8 から K 8 7 0 まで	削除	
K 8 7 1	子宮息肉様筋腫摘出術（膣式）	3,810点
K 8 7 2	子宮筋腫摘出（核出）術	
1	腹式	24,510点
2	膣式	14,290点
K 8 7 2 - 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	37,620点
K 8 7 2 - 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	
1	電解質溶液利用のもの	6,630点
2	その他のもの	4,730点
K 8 7 2 - 4	痕跡副角子宮手術	
1	腹式	15,240点
2	膣式	8,450点
K 8 7 2 - 5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450点
K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	
1	電解質溶液利用のもの	19,000点
2	その他のもの	17,100点
K 8 7 4 及び K 8 7 5	削除	
K 8 7 6	子宮膣上部切断術	10,390点
K 8 7 6 - 2	腹腔鏡下子宮膣上部切断術	17,540点
K 8 7 7	子宮全摘術	28,210点
K 8 7 7 - 2	腹腔鏡下膣式子宮全摘術	42,050点
K 8 7 8	広靱帯内腫瘍摘出術	16,120点
K 8 7 8 - 2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130点
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	62,000点
K 8 7 9 - 2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	70,200点
K 8 8 0	削除	
K 8 8 1	腹壁子宮瘻手術	23,290点
K 8 8 2	重複子宮、双角子宮手術	25,280点
K 8 8 3	子宮頸管形成手術	3,590点
K 8 8 3 - 2	子宮頸管閉鎖症手術	
1	非観血的	180点
2	観血的	3,590点
K 8 8 4	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術） （子宮附属器）	23,290点
K 8 8 5	膣式卵巣嚢腫内容排除術	1,350点
K 8 8 5 - 2	経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1,620点
K 8 8 6	子宮附属器癒着剥離術（両側）	

1	開腹によるもの	13,890点
2	腹腔鏡によるもの	21,370点
K887	卵巢部分切除術（腔式を含む。）	
1	開腹によるもの	6,150点
2	腹腔鏡によるもの	18,810点
K887-2	卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）	
1	開腹によるもの	4,350点
2	腹腔鏡によるもの	18,810点
K887-3	卵管口切開術	
1	開腹によるもの	5,220点
2	腹腔鏡によるもの	18,810点
K887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巢焼灼術	24,130点
K888	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	
1	開腹によるもの	17,080点
2	腹腔鏡によるもの	25,940点
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）	
1	開腹によるもの	12,460点
2	腹腔鏡によるもの	25,540点
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	58,500点
K890	卵管形成手術（卵管・卵巢移植、卵管架橋等）	27,380点
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	46,410点
K890-3	腹腔鏡下卵管形成術 （産科手術）	46,410点
K891	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	3,170点
K892	骨盤位娩出術	3,800点
K893	吸引娩出術	2,550点
K894	鉗子娩出術	
1	低位（出口）鉗子	2,700点
2	中位鉗子	4,760点
K895	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点
K896	会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）	
1	筋層に及ぶもの	1,980点
2	肛門に及ぶもの	5,560点
3	腔円蓋に及ぶもの	4,320点
4	直腸裂創を伴うもの	8,920点
K897	頸管裂創縫合術（分娩時）	7,060点
K898	帝王切開術	
1	緊急帝王切開	22,200点
2	選択帝王切開	20,140点
	注 複雑な場合については、2,000点を所定点数に加算する。	
K899	胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220点
K900	臍帯還納術	1,240点
K900-2	脱垂肢整復術	1,240点
K901	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	2,950点
K902	胎盤用手剥離術	2,350点
K903	子宮破裂手術	
1	子宮全摘除を行うもの	29,190点
2	子宮腔上部切断を行うもの	29,190点
3	その他のもの	16,130点

K 9 0 4	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	33,120点
K 9 0 5	子宮内反症整復手術（腔式、腹式）	
	1 非観血的	340点
	2 観血的	15,490点
K 9 0 6	子宮頸管縫縮術	
	1 マクドナルド法	2,020点
	2 シロッカー法又はラッシュ法	3,090点
	3 縫縮解除術（チューブ抜去術）	1,800点
K 9 0 7	胎児外回転術	800点
K 9 0 8	胎児内（双合）回転術	1,190点
K 9 0 9	流産手術	
	1 妊娠11週までの場合	
	イ 手動真空吸引法によるもの	4,000点
	ロ その他のもの	2,000点
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110点
K 9 0 9-2	子宮内容除去術（不全流産）	1,980点
K 9 1 0	削除	
K 9 1 0-2	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000点
K 9 1 0-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）	11,880点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 9 1 0-4	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。	
K 9 1 0-5	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。	
K 9 1 1	胞状奇胎除去術	4,120点
K 9 1 2	異所性妊娠手術	
	1 開腹によるもの	14,110点
	2 腹腔鏡によるもの	22,950点
K 9 1 3	新生児仮死蘇生術	
	1 仮死第1度のもの	1,010点
	2 仮死第2度のもの	2,700点
	（その他）	
K 9 1 3-2	性腺摘出術	
	1 開腹によるもの	6,280点
	2 腹腔鏡によるもの	18,590点
	第12款 削除	
	第13款 臓器提供管理料	
区分		
K 9 1 4	脳死臓器提供管理料	40,000点
	注 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。	
K 9 1 5	生体臓器提供管理料	5,000点
	第2節 輸血料	
区分		
K 9 2 0	輸血	
	1 自家採血輸血（200mLごとに）	
	イ 1回目	750点
	ロ 2回目以降	650点

2	保存血液輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	450点
ロ	2回目以降	350点
3	自己血貯血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	250点
	(2) 凍結保存の場合	500点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	250点
	(2) 凍結保存の場合	500点
4	自己血輸血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	750点
	(2) 凍結保存の場合	1,500点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	750点
	(2) 凍結保存の場合	1,500点
5	希釈式自己血輸血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	1,000点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	1,000点
6	交換輸血（1回につき）	5,250点
注1	輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。	
2	自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。	
3	骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号D404に掲げる骨髄穿刺又は区分番号K606に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。	
4	輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。	
5	輸血に伴って行った患者の血液型検査（ABO式及びRh式）の費用として54点を所定点数に加算する。	
6	不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回に限り、197点を所定点数に加算する。	
7	HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI（A、B、C）又はクラスII（DR、DQ、DP）の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。	
8	輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。	
9	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。	
10	輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。	
11	輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。	
12	血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、580点を所定点数に加算する。	

K 9 2 0 - 2	輸血管管理料	
1	輸血管管理料 I	220点
2	輸血管管理料 II	110点
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合に、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、1 においては120点、2 においては60点を加算する。	
3	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。	
K 9 2 1	造血幹細胞採取（一連につき）	
1	骨髓採取	
イ	同種移植の場合	21,640点
ロ	自家移植の場合	17,440点
2	末梢血幹細胞採取	
イ	同種移植の場合	21,640点
ロ	自家移植の場合	17,440点
注 1	同種移植における造血幹細胞提供者又は自家移植を受ける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コスト並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。	
2	造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤のコストとして、第 4 節に掲げる所定点数を加算する。	
K 9 2 1 - 2	間葉系幹細胞採取（一連につき）	17,440点
K 9 2 1 - 3	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。	
K 9 2 2	造血幹細胞移植	
1	骨髓移植	
イ	同種移植の場合	66,450点
ロ	自家移植の場合	25,850点
2	末梢血幹細胞移植	
イ	同種移植の場合	66,450点
ロ	自家移植の場合	30,850点
3	臍帯血移植	66,450点
注 1	同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
2	造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤のコストとして、第 4 節に掲げる所定点数を加算する。	
3	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。	
4	造血幹細胞移植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。	
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コストは所定点数に含まれるものとする。	
6	臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験のコストは、所定点数に含まれるものとする。	
7	抗 H L A 抗体検査を行う場合には、抗 H L A 抗体検査加算として、4,000点を	

所定点数に加算する。

8 1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき） 30,850点

注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者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。

K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）

1 濃縮及び洗浄を行うもの 5,500点

2 濾過を行うもの 3,500点

注1 併施される手術の所定点数とは別に算定する。

2 使用した術中術後自己血回収セットの費用は、所定点数に含まれるものとする。

K924 自己生体組織接着剤作成術 4,340点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法） 1,760点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

K924-3 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。

第3節 手術医療機器等加算

区分

K930 脊髄誘発電位測定等加算

1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤^{りゅう}又は食道の手術に用いた場合 3,630点

2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合 3,130点

K931 超音波凝固切開装置等加算^{くわう} 3,000点

注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

K932 創外固定器加算 10,000点

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。

K933 イオントフォーゼ加算 45点

注 区分番号K300及びK309に掲げる手術に当たって、イオントフォーゼを使用した場合に算定する。

K934 副鼻腔手術用内視鏡加算^{くわう} 1,000点

注 区分番号K350、K352、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算 1,000点

注 区分番号K340-3からK340-7まで及びK350からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

K935 止血用加熱凝固切開装置加算 700点

注 区分番号K476に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する。

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3の2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

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

K936-2 自動吻合器加算 5,500点

注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K645、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K936-3 微小血管自動縫合器加算 2,500点

注 区分番号K017及びK020に掲げる手術に当たって、微小血管自動縫合器を使用した場合に算定する。

K937 心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算 30,000点

注 区分番号K552-2に掲げる手術に当たって、心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器を使用した場合に算定する。

K937-2 術中グラフト血流測定加算 2,500点

注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。

K938 体外衝撃波消耗性電極加算 3,000点

注 区分番号K678及びK768に掲げる手術に当たって、消耗性電極を使用した場合に算定する。

K939 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K136、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-2の1及び2のイ、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K2

- 35、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K350からK365まで、K511の2、K513の2から513の4まで、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2並びにK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点
注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
- 3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点
注 区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。
- K939-2 術中血管等描出撮影加算 500点
注 手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定する。
- K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 450点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。
- K939-4 削除
- K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点
注1 区分番号K664に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。
2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- K939-6 凍結保存同種組織加算 81,610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、心臓、大血管、肝臓、胆道又は膵臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。
- K939-7 レーザー機器加算
- 1 レーザー機器加算1 50点
2 レーザー機器加算2 100点
3 レーザー機器加算3 200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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。
2 1については、区分番号K406（1に限る。）、K413（1に限る。）、K421（1に限る。）、K423（1に限る。）及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
3 2については、区分番号K413（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
4 3については、区分番号K406（2に限る。）、K409、K411、K421（2に限る。）、K423（2に限る。）、K451及びK452に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
- K939-8 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。

第4節 薬剤料

区分

K940 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする

。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 特定保険医療材料料

区分

K950 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部 麻酔

通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。
- 3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。
- 4 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。
- 5 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。
- 6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。

第1節 麻酔料

区分

L000	迷もう麻酔	31点
L001	筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔	120点
L001-2	静脈麻酔	
1	短時間のもの	120点
2	十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）	600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
注1	3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。	
2	3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。	
L002	硬膜外麻酔	
1	頸・胸部	1,500点
2	腰部	800点
3	仙骨部	340点
注	実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。	
L003	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。）	80点
注	精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。	
L004	脊椎麻酔	850点
注	実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数	

を増すごとに、128点を所定点数に加算する。

L005	上・下肢伝達麻酔	170点
L006	球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）	150点
L007	開放点滴式全身麻酔	310点
L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
1	人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合	
イ	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	24,900点
ロ	イ以外の場合	18,200点
2	坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）	
イ	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	16,600点
ロ	イ以外の場合	12,100点
3	1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）	
イ	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	12,450点
ロ	イ以外の場合	9,050点
4	腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）	
イ	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	9,130点
ロ	イ以外の場合	6,610点
5	その他の場合	
イ	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合	8,300点
ロ	イ以外の場合	6,000点
注1	一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。	
2	全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ	1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合	1,800点
ロ	2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合	1,200点
ハ	3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合	900点
ニ	4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合	660点
ホ	5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合	600点
3	酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
4	硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔併施加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ	頸・胸部	750点
ロ	腰部	400点
ハ	仙骨部	170点
5	注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間	

加算として、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハマまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を更に所定点数に加算する。

- 6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。
- 8 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、15,250点を所定点数に加算する。
- 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
- 10 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号K672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。
- 11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

L008-2 低体温療法（1日につき） 12,200点

注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。

- 2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 経皮的体温調節療法（一連につき） 5,000点

L009 麻酔管理料(I)

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点
- 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。

- 2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。

3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料(II)を算定している場合は算定できない。

- 4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハマまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K

580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

L010 麻酔管理料(Ⅱ)

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点
 - 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

- 1 トータルスピナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点
- 2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点
- 3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点
- 4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点
- 5 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340点
- 6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 170点
- 7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 90点

注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

- 1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000点
- 2 胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック 1,800点
- 3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点

4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢^{けい}ブロック、^{そう}浅頸神経叢^{たい}ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿^{たい}神経ブロック、坐骨^ざ神経ブロック、陰部^{いん}神経ブロック、^{けい}経仙骨孔^{けい}神経ブロック、後頭^{けい}神経ブロック、仙腸^{けい}関節^{けい}枝^{けい}神経ブロック、頸・胸・腰椎^{けい}後枝^{けい}内側^{けい}枝^{けい}神経ブロック、^{けい}脊髓^{けい}神経^{けい}前^{けい}枝^{けい}神経^{けい}ブロック 340点

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

- | | | |
|------|--|------|
| L102 | 神経幹内注射 | 25点 |
| L103 | カテラン硬膜外注射 | 140点 |
| L104 | トリガーポイント注射 | 80点 |
| L105 | 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。） | 80点 |

注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

区分

- | | | |
|------|----|--|
| L200 | 薬剤 | 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする |
|------|----|--|

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

- | | | |
|------|----------|------------------|
| L300 | 特定保険医療材料 | 材料価格を10円で除して得た点数 |
|------|----------|------------------|

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部 放射線治療

通則

- 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、第1節に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM001-3まで及びM002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

- | | | |
|---|--------------------------------|--------|
| 1 | 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 | 2,700点 |
| 2 | 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 | 3,100点 |
| 3 | 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 | 4,000点 |
| 4 | 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 | 5,000点 |

注1 線量分布図を作成し、区分番号M001に掲げる体外照射、区分番号M004の1に掲げる外部照射、区分番号M004の2に掲げる腔内照射又は区分番号M004の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回に限り算定する。

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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。

3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

- | | | |
|---|-----------------------|--------|
| 1 | 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 |
| 2 | 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 |
| 3 | 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 |
| 4 | B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 |
| 5 | 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 |

注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する

患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

M001 体外照射

1 エックス線表在治療

イ 1回目 110点

ロ 2回目 33点

2 高エネルギー放射線治療

イ 1回目

(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 840点

(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,320点

(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,800点

ロ 2回目

(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点

(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 660点

(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 900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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

3 強度変調放射線治療 (IMRT) 3,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

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1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。

2 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。

3 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

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、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療 (IGRT) による体外照射を行った場合 (イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。) には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 体表面の位置情報によるもの 150点

	ロ 骨構造の位置情報によるもの	300点
	ハ 腫瘍の位置情報によるもの	450点
	5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。	
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	50,000点
M001-3	直線加速器による放射線治療（一連につき）	
	1 定位放射線治療の場合	63,000点
	2 1以外の場合	8,000点
	注1 定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、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。	
	2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。	
	イ 動体追尾法	10,000点
	ロ その他	5,000点
M001-4	粒子線治療（一連につき）	
	1 希少な疾病に対して実施した場合	
	イ 重粒子線治療の場合	187,500点
	ロ 陽子線治療の場合	187,500点
	2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合	
	イ 重粒子線治療の場合	110,000点
	ロ 陽子線治療の場合	110,000点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。	
	2 粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。	
	3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。	
M002	全身照射（一連につき）	30,000点
	注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。	
M003	電磁波温熱療法（一連につき）	
	1 深在性悪性腫瘍に対するもの	9,000点
	2 浅在性悪性腫瘍に対するもの	6,000点
M004	密封小線源治療（一連につき）	
	1 外部照射	80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
	ロ その他の場合	5,000点
	3 組織内照射	
	イ 前立腺癌 <small>（がん）</small> に対する永久挿入療法	48,600点

- ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 23,000点
- ハ その他の場合 19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点
- 注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。
- 2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。
- 3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 4 前立腺癌^{がん}に対する永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として、使用した線源の費用として1個につき630点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。
- 5 食道用アプリケーションター又は気管、気管支用アプリケーションターを使用した場合は、食道用アプリケーションター加算又は気管、気管支用アプリケーションター加算として、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。
- 6 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。
- 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。

M005 血液照射 110点
 第2節 特定保険医療材料

区分

M200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第13部 病理診断

通則

- 1 病理診断の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節及び第2節並びに第3部第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第3部第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第3部第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。
- 5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。
- 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。
- 7 保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。

第1節 病理標本作製料

通則

- 1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。
- 2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。

区分

N000 病理組織標本作製

- | | |
|------------------------|------|
| 1 組織切片によるもの（1臓器につき） | 860点 |
| 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） | 860点 |

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 2,000点

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- | | |
|-----------------|---------|
| 1 エストロゲンレセプター | 720点 |
| 2 プロジェステロンレセプター | 690点 |
| 3 HER2タンパク | 690点 |
| 4 EGFRタンパク | 690点 |
| 5 CCR4タンパク | 10,000点 |
| 6 ALK融合タンパク | 2,700点 |
| 7 CD30 | 400点 |
| 8 その他（1臓器につき） | 400点 |

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

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。

N003	術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）	1,990点
N003-2	迅速細胞診	
1	手術中の場合（1手術につき）	450点
2	検査中の場合（1検査につき）	450点
N004	細胞診（1部位につき）	
1	婦人科材料等によるもの	150点
2	穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの	190点
注1	1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。	
2	2について、過去に ^{せん} 穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。	
N005	HER2遺伝子標本作製	
1	単独の場合	2,700点
2	区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作製を併せて行った場合	3,050点
N005-2	ALK融合遺伝子標本作製	6,520点
N005-3	PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	2,700点

第2節 病理診断・判断料

区分

N006	病理診断料	
1	組織診断料	450点
2	細胞診断料	200点
注1	1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	
2	2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	
3	当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。	
4	病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当す	

る常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 病理診断管理加算 1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 病理診断管理加算 2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点

5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

N007 病理判断料 150点

- 注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号N006に掲げる病理判断料を算定した場合には、算定しない。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

- 1 緊急時施設治療管理料 500点

注 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。
- 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 かん

薬剤 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。
- 3 施設入所者材料料
 - イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料
 - ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料

注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。
- 4 その他の診療料

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

 - イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料
 - ロ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）
 - ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）
 - ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）
 - ホ 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）
 - ヘ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料
 - ト 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）
 - チ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
 - リ 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

- 1 施設入所者共同指導料 600点

注 併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

- 2 施設入所者自己腹膜^{かん}灌流薬剤料
薬剤 自己連続携行式腹膜^{かん}灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数
注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。
- 3 施設入所者材料料
イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料
ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料
注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。
- 4 その他の診療料
併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜^{かん}灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。
イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの
ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料1、診療情報提供料(I)（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料(II)を除く。）
ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）
ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）
ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）
ヘ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）
ト 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）
チ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料
リ 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）
ヌ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
ル 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第4章 経過措置

- 1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
- 2 令和2年9月30日までの間における区分番号A000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）」と、A002の注2中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）」とあるのは「病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。
- 3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
 - イ 区分番号D001の2に掲げるBence Jones^{たん}蛋白定性（尿）
 - ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの
 - ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・^{たん}蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの
 - ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査
 - ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定
- 5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
 - 第1節 初診料
 - 第2節 再診料
 - 第2部 入院料等
 - 第1節 入院基本料
 - 第2節 入院基本料等加算
 - 第3節 特定入院料
 - 第4節 短期滞在手術等基本料
- 第2章 特掲診療料
 - 第1部 医学管理等
 - 第2部 在宅医療
 - 第3部 検査
 - 第1節 検査料
 - 第2節 薬剤料
 - 第4部 画像診断
 - 第1節 診断料
 - 第2節 撮影料
 - 第3節 基本的エックス線診断料
 - 第4節 フィルム及び造影剤料
 - 第5部 投薬
 - 第1節 調剤料
 - 第2節 処方料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第5節 処方箋料
 - 第6節 調剤技術基本料
 - 第6部 注射
 - 第1節 注射料
 - 第1款 注射実施料
 - 第2款 無菌製剤処理料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料
 - 第7部 リハビリテーション
 - 第1節 リハビリテーション料
 - 第2節 薬剤料
 - 第8部 処置
 - 第1節 処置料
 - 第2節 処置医療機器等加算
 - 第3節 特定薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第9部 手術
 - 第1節 手術料
 - 第2節 輸血料
 - 第3節 手術医療機器等加算
 - 第4節 薬剤料

- 第5節 特定薬剤料
- 第6節 特定保険医療材料料
- 第10部 麻酔
 - 第1節 麻酔料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料
- 第11部 放射線治療
 - 第1節 放射線治療管理・実施料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第12部 歯冠修復及び欠損補綴^{てい}
 - 第1節 歯冠修復及び欠損補綴料
 - 第2節 削除
 - 第3節 特定保険医療材料料
- 第13部 歯科矯正
 - 第1節 歯科矯正料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第14部 病理診断
 - 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。
- 3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。
 - 第1節 初診料

区分

A000 初診料

- 1 歯科初診料 261点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点
- 注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、240点を算定する。
- 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病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。
- 3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。
- 4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合は、初診料は1回とし、第1回の初診時に算定する。
- 5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。
- 6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加

- 算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
- 7 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。
 - 8 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。
 - 9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科治療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2として、初診時1回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。
 - 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。
 - 11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

A001 削除

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| 1 | 歯科再診料 | 53点 |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 73点 |

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。

- 3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、10点を所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算を算定する場合を除く。
- 4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。
- 5 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、65点、190点又は420点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、180点を所定点数に加算する。
- 6 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、75点、200点又は530点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、190点を所定点数に加算する。
- 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。
- 8 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算1又は再診時歯科外来診療環境体制加算2として、3点又は5点を所定点数に加算する。
- 9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 4 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合は、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は歯科医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡^{じよくそう}対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。

）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

- 7 前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、前号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる入院基本料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる入院基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例による。
- 6 本節各区分に掲げる入院基本料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

- A100 一般病棟入院基本料
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 特定機能病院入院基本料
- A103 専門病院入院基本料
- A104 削除
- A105 有床診療所入院基本料
- A106 有床診療所療養病床入院基本料

第2節 入院基本料等加算

通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算

の算定要件の例による。

区分

- A 2 0 0 総合入院体制加算
- A 2 0 1 から A 2 0 3 まで 削除
- A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算
- A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算
- A 2 0 5 救急医療管理加算
- A 2 0 5 - 2 在宅患者緊急入院診療加算
- A 2 0 6 診療録管理体制加算
- A 2 0 6 - 2 医師事務作業補助体制加算
- A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算
- A 2 0 6 - 4 看護職員夜間配置加算
- A 2 0 7 乳幼児加算・幼児加算
- A 2 0 8 削除
- A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算
- A 2 0 8 - 3 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- A 2 0 9 看護配置加算
- A 2 1 0 看護補助加算
- A 2 1 1 から A 2 1 3 まで 削除
- A 2 1 4 地域加算
- A 2 1 4 - 2 離島加算
- A 2 1 5 療養環境加算
- A 2 1 6 HIV感染者療養環境特別加算
- A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算
- A 2 1 7 重症者等療養環境特別加算
- A 2 1 7 - 2 小児療養環境特別加算
- A 2 1 8 療養病棟療養環境加算
- A 2 1 8 - 2 療養病棟療養環境改善加算
- A 2 1 9 診療所療養病床療養環境加算
- A 2 1 9 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算
- A 2 2 0 無菌治療室管理加算
- A 2 2 1 放射線治療病室管理加算
- A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算
- A 2 2 1 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算
- A 2 2 2 がん拠点病院加算
- A 2 2 3 削除
- A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算
- A 2 2 4 医療安全対策加算
- A 2 2 4 - 2 感染防止対策加算
- A 2 2 4 - 3 患者サポート体制充実加算
- A 2 2 5 削除
- A 2 2 6 じよくそろう褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- A 2 2 7 から A 2 2 7 - 4 まで 削除
- A 2 2 7 - 5 入退院支援加算
- A 2 2 8 認知症ケア加算
- A 2 2 8 - 2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
- A 2 4 0 削除
- A 2 4 1 削除
- A 2 4 2 削除

- A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算
- A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
- A 2 4 5 薬剤総合評価調整加算
- A 2 4 6 地域医療体制確保加算
- A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であつて、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

通則

- 1 本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例による。
- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

- A 3 0 0 特定集中治療室管理料
- A 3 0 1 ハイケアユニット入院医療管理料
- A 3 0 2 小児特定集中治療室管理料
- A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料
- A 3 0 4 小児入院医療管理料
- A 3 0 5 特定一般病棟入院料
- A 3 0 6 地域包括ケア病棟入院料

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

- A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる

短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

- 2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで 削除

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料

100点

- 注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。
 - 3 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。
 - 4 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
 - 5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。
 - 6 管理計画に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料は、算定できない。
 - 7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

- 8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- 9 注1の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。
- 10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。
- 11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
- 12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 120点
ロ イ以外の保険医療機関の場合 100点

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

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

3 小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て

、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

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

3 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B000-6 周術期等口腔機能管理料(I)

1 手術前 280点
2 手術後 190点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期等口腔機能管理料(II)

1 手術前 500点
2 手術後 300点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づ

き、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定する。

- 2 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

- 2 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B001 削除

B001-2 歯科衛生実地指導料

- 1 歯科衛生実地指導料1 80点
2 歯科衛生実地指導料2 100点

注1 1については、歯科疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院した日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療

及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る病棟に入院している場合は、この限りでない。

4 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している月は、算定できない。

B001-3 歯周病患者画像活用指導料 10点

注 歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、2枚以上撮影した場合は、2枚目から1枚につき10点を所定点数に加算し、1回につき5枚に限り算定する。

B002 歯科特定疾患療養管理料 170点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合は、月2回に限り算定する。

2 指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、共同療養指導計画加算として、100点を所定点数に加算する。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B003 特定薬剤治療管理料 470点

注1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

3 薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

4 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。

5 注4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。

B004 悪性腫瘍特異物質治療管理料

注 医科点数表の区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料の例により算定する。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 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、がん性疼痛^{とう}の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛^{とう}の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合は、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、50点を所定点数に加算する。

3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（2に限る。）は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者指導管理料

- 1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性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6回に限り算定する。

4 2について、区分番号A221-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号B004-1-5に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4 入院栄養食事指導料（週1回）

- 1 入院栄養食事指導料1
 - イ 初回 260点
 - ロ 2回目 200点
- 2 入院栄養食事指導料2
 - イ 初回 250点
 - ロ 2回目 190点

注1 1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、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に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 2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、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に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。
 - 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 290点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（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歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、150点を所定点数に加算する。
 - 3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（2に限る。）は、別に算定できない。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

- 1 外来リハビリテーション診療料1 73点
- 2 外来リハビリテーション診療料2 110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、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H000-3に掲げる廃用症候群リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。
- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。
 - 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。
- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合は、所定点数の100分の50に相当する点数によ

り算定する。

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-2 手術前医学管理料

1,192点

- 注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク若しくは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り手術前医学管理料を算定する。
 - 3 手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
 - 4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E000に掲げる写真診断及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影（区分番号E000及び区分番号E100に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定する。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
 - 5 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号B001-4の注5の例による。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定する。
 - 6 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定できない。
 - 7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

B004-3 手術後医学管理料（1日につき）

- 1 病院の場合 1,188点
 - 2 診療所の場合 1,056点
- 注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）後に、必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日を限度として算定する。
- 2 同一の手術について、同一月に区分番号B004-2に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
 - 3 当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料の注3の例による。
 - 4 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定できない。
 - 5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点

数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

- 6 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料のうち、特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定できない。

B004-4からB004-6まで 削除

B004-6-2 歯科治療時医療管理料（1日につき） 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

- 2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

B004-7及びB004-8 削除

B004-9 介護支援等連携指導料 400点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は別に算定できない。

B005 開放型病院共同指導料(I) 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。

B006 開放型病院共同指導料(II) 220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師又は歯科医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B006-2 削除

B006-3 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料1 750点

2 がん治療連携計画策定料2 300点

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「

計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、当該患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

- 2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。
- 3 注1及び注2の規定に基づく当該別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に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。
- 4 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料 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(計画策定病院を除く。)が、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

- 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)、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2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。
- 3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

B006-3-3 がん治療連携管理料

- 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点
- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

- 1 初回 800点
- 2 2回目以降 400点

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 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。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 注1の規定に基づく産業医等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)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点

2 1の患者以外の患者の場合 325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入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。

3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（3に限る。）は、算定できない。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料(I) 250点

注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、当該患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄す

る市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 4 保険医療機関が、診療に基づき当該患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設又は介護医療院その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
- 6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。
- 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が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。
イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

- ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点
- B 0 0 9 - 2 電子的診療情報評価料 30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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。
- B 0 1 0 診療情報提供料(Ⅱ) 500点
- 注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- B 0 1 1 診療情報連携共有料 120点
- 注 1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
- 2 区分番号B 0 0 9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。
- B 0 1 1 - 2 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A 0 0 0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 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。
- 3 区分番号B 0 0 9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。
- B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料 10点
- 注 1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
- 2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合は、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。
- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定できない。
- B 0 1 1 - 4 退院時薬剤情報管理指導料 90点
- 注 1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認す

るとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

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。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 新製有床義歯管理料（1口腔につき）

1 2以外の場合 190点

2 困難な場合 230点

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。

B013-2 削除

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき） 480点

注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定する。

B014 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 1以外の場合 500点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号B015において「在宅療養担当医療機関」という。）と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B015において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関と連携する別の保険

医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。

2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を所定点数に加算する。

B015 退院時共同指導料2 400点

注1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師及び在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227-5に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、別に算定できない。

B016 削除

B017 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

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

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれる。

B018 医療機器安全管理料（一連につき） 1,100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、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1 歯科訪問診療 1	1,100点
2 歯科訪問診療 2	361点
3 歯科訪問診療 3	185点

注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に9人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

3 3については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、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。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ 1について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合

ロ 2について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合

5 歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

6 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）に

おける歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 についてはそれぞれ 850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

- 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、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1 回に限り300点を所定点数に加算する。
- 9 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 10 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。
- 11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。
 - イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 115点
 - (2) 同一建物居住者の場合 50点
 - ロ イ以外の保険医療機関の場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 90点
 - (2) 同一建物居住者の場合 30点
- 12 1 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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。
- 13 1 から 3 までについて、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。
 - イ 初診時 261点
 - ロ 再診時 53点
- 14 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 1 又は注 2 に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、1 から 3 まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 15 1 について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。
 - イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点
 - ロ イ以外の場合 100点

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

- 1 単一建物診療患者が 1 人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 328点
- 3 1 及び 2 以外の場合 300点

- 注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
- 2 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 3 区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

C001-2 削除

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

- | | |
|-------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 320点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 200点 |

- 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 2回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。
- 3 注1の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。
- 5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。
- 6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(1)、区分番号B000

－7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000－8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001－5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001－6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

C001－4 削除

C001－4－2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき） 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009－2、I010及びI011－3に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001からM003まで又はM003－3に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。））に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000－6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000－7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000－8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

C001－5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 10歯未満 | 350点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 450点 |
| 3 | 20歯以上 | 550点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002－5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011－2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)、区分番号I011－2－2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号I011－2－3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011－3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029－2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000－4－3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001－6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を所定点数に加算する。ただし

、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1 患者を救急用の自動車によって保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車に同乗して診療を行った場合に算定する。

2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には

、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

- C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
 - 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
 - 3 1及び2以外の場合 290点
- 注1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、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薬剤師が訪問し薬学的管理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4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
 - 3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患者の負担とする。
 - 4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料 120点
- 注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合は、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。
- C 0 0 5 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点
- 注1 在宅における鎮痛療法又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に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。
- 2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定できない。
 - 3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。
- C 0 0 5-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定できない。
 - 3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。
- C 0 0 6 削除
- C 0 0 7 在宅患者連携指導料 900点
- 注1 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護

ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれる。
- 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。
- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)を算定している患者については算定できない。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

第3部 検査

通則

- 1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節に掲げられていない検査であって特殊なもの費用は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- 4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 第3部に掲げる検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

- D000 電氣的根管長測定検査 30点
注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは1根管を増すごとに15点を所定点数に加算する。
- D001 細菌簡易培養検査 60点
注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。
- D002 歯周病検査
- 1 歯周基本検査
 - イ 1歯以上10歯未満 50点
 - ロ 10歯以上20歯未満 110点
 - ハ 20歯以上 200点
 - 2 歯周精密検査
 - イ 1歯以上10歯未満 100点
 - ロ 10歯以上20歯未満 220点
 - ハ 20歯以上 400点
 - 3 混合歯列期歯周病検査 80点
- 注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は

、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

- D002-2からD002-4まで 削除
- D002-5 歯周病部分的再評価検査（1歯につき） 15点
注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後1回に限り算定する。
- D003からD008まで 削除
- D009 顎運動関連検査（1装置につき1回） 380点
注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。
- D010 歯冠補綴時色調採得検査（1枚につき） 10点
注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号M015の2に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。
- D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）
- 1 有床義歯咀嚼機能検査1（1回につき）
- イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点
- ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点
- 2 有床義歯咀嚼機能検査2（1回につき）
- イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点
- ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130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、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。
- 2 有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。
- 3 新製有床義歯等の装着日前に2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。
- 4 新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して6月以内を限度として、月1回に限り算定する。
- 5 2については、1を算定した月は算定できない。
- D011-2 咀嚼能力検査（1回につき） 140点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定する。
- 2 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。
- 3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
- D011-3 咬合圧検査（1回につき） 130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、咬合圧測定を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 2 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。
- 3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。
- D011-4 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

注 小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

D 0 1 2 舌圧検査（1回につき） 140点

注 1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号I 0 1 7 - 1 - 3に掲げる舌接触補助床又は区分番号M 0 2 5に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する患者若しくはJ 1 0 9に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月2回に限り算定する。

D 0 1 3 精密触覚機能検査 460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、当該検査を行った場合に月1回に限り算定する。

D 0 1 4 睡眠時歯科筋電図検査（一連につき） 580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、睡眠時筋電図検査を行った場合に算定する。

第2節 薬剤料

区分

D 1 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注 1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4部 画像診断

通則

1 画像診断の費用は、第1節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料（区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。

4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、1日につき110点を所定点数に加算する。

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点

ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点

ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合 120点

ニ その他の場合 60点

6 区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E 2 0 0に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

- 7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月1回に限り180点を所定点数に加算する。
- 8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。
- 9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算2を算定する。
- 10 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第3節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 11 第4部に掲げる画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- | | |
|----------------------|------|
| (1) 全顎撮影の場合 | 160点 |
| (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） | 20点 |

- | | |
|----------|-----|
| ロ その他の場合 | 85点 |
|----------|-----|

2 特殊撮影

- | | |
|--------------|------|
| イ 歯科パノラマ断層撮影 | 125点 |
|--------------|------|

- | | |
|--------------------------|-----|
| ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） | 96点 |
|--------------------------|-----|

- | | |
|-------------------|------|
| 3 歯科用3次元エックス線断層撮影 | 450点 |
|-------------------|------|

- | | |
|-----------|-----|
| 4 造影剤使用撮影 | 72点 |
|-----------|-----|

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 3については、撮影の回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織^{くう}

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- | | |
|-------------|------|
| (1) 全顎撮影の場合 | |
| ① アナログ撮影 | 250点 |
| ② デジタル撮影 | 252点 |

	(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	
	① アナログ撮影	25点
	② デジタル撮影	28点
	ロ その他の場合	
	(1) アナログ撮影	65点
	(2) デジタル撮影	68点
	2 特殊撮影	
	イ 歯科パノラマ断層撮影の場合	
	(1) アナログ撮影	180点
	(2) デジタル撮影	182点
	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）	
	(1) アナログ撮影	264点
	(2) デジタル撮影	266点
	3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につき）	600点
	4 造影剤使用撮影	
	イ アナログ撮影	148点
	ロ デジタル撮影	150点
	注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、10点を所定点数に加算する。	
	2 新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）、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、当該撮影の所定点数に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。	
	3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
	4 3について、造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。	
E 1 0 1	造影剤注入手技	120点
	第3節 基本的エックス線診断料	
	区分	
E 2 0 0	基本的エックス線診断料（1日につき）	
	1 入院の日から起算して4週間以内の期間	55点
	2 入院の日から起算して4週間を超えた期間	40点
	注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。	
	2 次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。	
	イ 区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の1に掲げるもの	
	ロ 区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの	
	3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A 2 1 6に掲げるH I V感染者療養環境特別加算若しくは区分番号A 2 1 7に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。	
	第4節 フィルム及び造影剤料	
	区分	
E 3 0 0	フィルム	材料価格を10円で除して得た点数
	注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た	

額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E301 造影剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は算定できない。

2 使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

- 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
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合は1処方につき1点を、2に係る場合は1日につき1点をそれぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F100 処方料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点
 - 2 1以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を所定点数に加算する。
 - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理

加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り1処方につき70点を所定点数に加算する。

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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1	5点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2	4点
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3	2点

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点
 - 2 1以外の場合 68点
 - 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
 - 2 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
 - 3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。
 - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。
 - 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
 - 6 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
- 第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
- 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。
 - 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
 - 3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として、10点を所定点数に加算する。
 - 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、15点を前2号により算定した点数に加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、1日につき80点を前3号により算定した点数に加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、5点を前各号により算定し

た点数に加算する。

- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 820点 |
| ② 15歳以上 | 600点 |

- (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 670点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算2

- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 740点 |
| ② 15歳以上 | 470点 |

- (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 640点 |
| ② 15歳以上 | 370点 |

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)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、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。

- 8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

- 9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれる。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

- | | | |
|------|--|------|
| G000 | 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） | 20点 |
| | 注 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 | |
| G001 | 静脈内注射（1回につき） | 32点 |
| | 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 | |
| | 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。 | |
| | 3 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。 | |
| G002 | 動脈注射（1日につき） | |
| | 1 内臓の場合 | 155点 |
| | 2 その他の場合 | 45点 |

G 0 0 3	抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）	165点
	注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	
G 0 0 4	点滴注射（1日につき）	
	1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）	99点
	2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合）	98点
	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）	49点
	注1 点滴に係る管理に要する費用は、所定点数に含まれる。	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	
	3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。	
	4 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。	
G 0 0 5	中心静脈注射（1日につき）	140点
	注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。	
	2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G 0 0 4に掲げる点滴注射の費用は算定しない。	
	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、50点を所定点数に加算する。	
	4 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	
G 0 0 5-2	中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点
	注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。	
	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、500点を所定点数に加算する。	
	3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。	
G 0 0 5-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700点
	注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。	
	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、500点を所定点数に加算する。	
G 0 0 6	植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）	125点
	注1 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。	
	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、50点を所定点数に加算する。	
G 0 0 7	関節腔内注射	80点
G 0 0 8	滑液嚢穿刺後の注入	80点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G020 無菌製剤処理料

- 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点
 - ロ イ以外の場合 45点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

G100 薬剤

- 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
- 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は所定点数にかかわらず220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

G200 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、1日につき第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たつて薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであつて特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

- 4 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

- | | | |
|---|-----------------------------|------|
| 1 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) | 245点 |
| 2 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) | 200点 |
| 3 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) | 100点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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、必要があつてそれぞれ発症、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。

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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、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 |

H000-2 削除

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

- | | | |
|---|----------------------------|------|
| 1 | 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) | 180点 |
| 2 | 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) | 146点 |
| 3 | 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) | 77点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従

って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 3 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、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 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、必要があつ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。
- 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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつ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

H001 摂食機能療法 (1日につき)

- 1 30分以上の場合 185点
- 2 30分未満の場合 130点

注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

- 2 2については、脳卒中の患者であつて、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。
- 4 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(2及び3に限る。)を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1 (1口腔につき)

- 1 有床義歯の場合

イ ロ以外の場合	104点
ロ 困難な場合	124点
- 2 舌接触補助床の場合 194点
- 3 その他の場合 189点

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。
- 3 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。
- 4 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。
- 5 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。

H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2（1口腔につき） 54点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回に限り算定する。

H002 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

- 1 6歳未満の患者の場合 225点
- 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点
- 3 18歳以上の患者の場合 155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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H003 がん患者リハビリテーション料（1単位） 205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、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

第2節 薬剤料

区分

H100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 処置

通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単なものの費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。

- 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第8号又は第9号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
- イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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行われる場合
- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
- ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）
- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- 7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。
- 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。
- イ 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。
- イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数

- ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
第1節 処置料

区分

- (歯の疾患の処置)
- I000 う蝕^{しよく}処置（1歯1回につき） 18点
注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- I000-2 咬合調整^{こうごう}
- 1 1歯以上10歯未満 40点
2 10歯以上 60点
- I000-3 残根削合（1歯1回につき） 18点
注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- I001 歯髄保護処置（1歯につき）
- 1 歯髄温存療法 188点
2 直接歯髄保護処置 150点
3 間接歯髄保護処置 34点
注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕^{しよく}処置の費用は、所定点数に含まれる。
2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。
- I001-2 象牙質レジンコーティング（1歯につき） 46点
注 区分番号M001の1に掲げる生活歯冠形成を行った場合、当該補綴^{てつ}に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。
- I002 知覚過敏^{ちかく}処置（1口腔1回につき）
- 1 3歯まで 46点
2 4歯以上 56点
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
- I002-2 う蝕^{しよく}薬物塗布^{くわう}処置（1口腔1回につき）
- 1 3歯まで 46点
2 4歯以上 56点
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
- I003 初期う蝕^{しよく}早期充填^か処置（1歯につき） 134点
注 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用は、所定点数に含まれる。
- I004 歯髄切断（1歯につき）
- 1 生活歯髄切断 230点
2 失活歯髄切断 70点
注1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、40点を所定点数に加算する。
2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれる。
- I005 抜髄（1歯につき）
- 1 単根管 230点
2 2根管 422点
3 3根管以上 596点
注1 区分番号I001の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、42点、234点又は408点を算定する。
2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、80点、272点又は446点を算定

する。

3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）	
1	単根管	156点
2	2根管	306点
3	3根管以上	446点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
1	単根管	30点
2	2根管	38点
3	3根管以上	54点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8	根管充填（1歯につき）	
1	単根管	72点
2	2根管	94点
3	3根管以上	122点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置（1歯につき）	
1	単根管	136点
2	2根管	164点
3	3根管以上	208点
	注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注1により当該管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。	
	2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号I021に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。	
	(外科後処置)	
I 0 0 9	外科後処置	
1	口腔 ^{くわう} 内外科後処置（1口腔 ^{くわう} 1回につき）	22点
2	口腔 ^{くわう} 外外科後処置（1回につき）	22点
I 0 0 9-2	創傷処置	
1	100平方センチメートル未満	52点
2	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点
3	500平方センチメートル以上	90点
	注 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	
I 0 0 9-3	歯科ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）	50点
I 0 0 9-4	上顎洞 ^{くわう} 洗浄（片側）	55点
I 0 0 9-5	口腔 ^{くわう} 内分泌物吸引（1日につき）	48点
	(歯周組織 ^{くわう} の処置)	
I 0 1 0	歯周疾患 ^{くわう} 処置（1口腔 ^{くわう} 1回につき）	14点

注 特定薬剤を用いて行った場合に算定する。

I 0 1 1 歯周基本治療

1	スケーリング（3分の1顎につき）	72点
2	スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）	
イ	前歯	60点
ロ	小白歯	64点
ハ	大白歯	72点
3	歯周ポケット搔爬 ^{そうは} （1歯につき）	
イ	前歯	60点
ロ	小白歯	64点
ハ	大白歯	72点

- 注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、38点を所定点数に加算する。
- 2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療(II)又は区分番号I 0 1 1 - 2 - 3に掲げる歯周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。
- 4 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
- 5 区分番号D 0 0 2の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)

1	1歯以上10歯未満	200点
2	10歯以上20歯未満	250点
3	20歯以上	350点

- 注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(I)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- 2 2回目以降の歯周病安定期治療(I)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
- 3 歯周病安定期治療(I)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(I)は算定できない。
- 4 歯周病安定期治療(I)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 5 歯周病安定期治療(II)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療(II)

1	1歯以上10歯未満	380点
2	10歯以上20歯未満	550点
3	20歯以上	830点

- 注1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真撮影、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以

下この表において「歯周病安定期治療Ⅱ」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回に限り算定する。

2 歯周病安定期治療Ⅱを開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療Ⅱに係る費用は算定できない。

3 歯周病安定期治療Ⅱを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

4 歯周病安定期治療Ⅰ又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 3 歯周病重症化予防治療

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 1歯以上10歯未満 | 150点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 200点 |
| 3 | 20歯以上 | 300点 |

注1 2回目以降の区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。

3 歯周病安定期治療Ⅰ又は歯周病安定期治療Ⅱを算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置(1口腔につき) 10点

注1 区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置(区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を除く。)を行った場合は、月1回に限り算定する。

2 区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を算定した月は、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

(その他の処置)

I 0 1 4 暫間固定

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 簡単なもの | 200点 |
| 2 | 困難なもの | 500点 |

I 0 1 4 - 2 暫間固定装置修理 70点

I 0 1 5 口唇プロテクター 290点

I 0 1 6 線刷子(1顎につき) 650点

I 0 1 7 口腔内装置(1装置につき)

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1 | 口腔内装置1 | 1,500点 |
| 2 | 口腔内装置2 | 800点 |
| 3 | 口腔内装置3 | 650点 |

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I 0 1 7 - 1 - 2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置(1装置につき)

- | | | |
|---|---------------------|--------|
| 1 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1 | 3,000点 |
| 2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2 | 2,000点 |

注 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合に、当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I 0 1 7 - 1 - 3 舌接触補助床(1装置につき)

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 新たに製作した場合 | 2,500点 |
| 2 | 旧義歯を用いた場合 | 1,000点 |

I 0 1 7 - 1 - 4 術後即時顎補綴装置(1顎につき) 2,500点

I 0 1 7 - 2 口腔内装置調整・修理(1口腔につき)

1	口腔内装置調整	
イ	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合	120点
ロ	歯ぎしりに対する口腔内装置の場合	120点
ハ	イ及びロ以外の場合	220点
2	口腔内装置修理	234点
注1	1のイについては、新たに製作した区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回に限り算定する。	
2	1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。	
3	1のハについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する顎関節治療用装置又は区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。	
4	同一の患者について1月以内に口腔内装置調整を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。	
5	2については、同一の患者について1月以内に口腔内装置修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。	
I017-3	顎外固定	
1	簡単なもの	600点
2	困難なもの	1,500点
I018	歯周治療用装置	
1	冠形態のもの（1歯につき）	50点
2	床義歯形態のもの（1装置につき）	750点
注1	区分番号D002に掲げる歯周病検査（2に限る。）を実施した患者に対して算定する。	
2	印象採得、特定保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。	
I019	歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）	
1	簡単なもの	20点
2	困難なもの	42点
3	著しく困難なもの	70点
I020	暫間固定装置の除去（1装置につき）	30点
I021	根管內異物除去（1歯につき）	150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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管內異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	
I022	有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき）	110点
I023	心身医学療法	
1	入院中の患者	150点
2	入院中の患者以外の患者	
イ	初診時	110点
ロ	再診時	80点
注1	区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
2	入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回、入院の日から起算して4週間を超える場合にあっては週1回に限り算定する。	

- 3 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の場合にあつては週2回、初診日から起算して4週間を超える場合にあつては週1回に限り算定する。
- 4 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。
- I 0 2 4 鼻腔栄養（1日につき） 60点
- I 0 2 5 酸素吸入（1日につき） 65点
- 注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。
- 2 人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。
- I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき） 3,000点
- I 0 2 7 人工呼吸
- 1 30分までの場合 242点
- 2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点
- 注 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれる。
- I 0 2 8 削除
- I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
- 1 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点
- 2 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点
- 注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。
- 2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。
- 3 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定する。
- 4 2について、1を算定した日は別に算定できない。
- 5 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。
- I 0 2 9 - 2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 120点
- 注1 区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番

号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

I029-3 口腔粘膜処置（1口腔につき） 30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、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、2回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して1月経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 70点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき） 100点

注1 経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜処置等を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 う蝕多発傾向者の場合 110点
- 2 在宅等療養患者の場合 110点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 130点

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実

施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

- 3 3については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕^{しよく}管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕^{しよく}に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

第2節 処置医療機器等加算

区分

I080及びI081 削除

I082 酸素加算

注1 区分番号I025からI027までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定薬剤料

区分

I100 特定薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分

I200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第9部 手術

通則

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
 - 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第3節から第6節までの所定点数を合算した点数により算定する。
 - 3 第1節に掲げられていない手術であって特殊なもの費用は、同節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。
 - 4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）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を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
 - 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算、通則第14号又は第15号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- イ 手術（区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を除く。）を行っ

- た場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 6 全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児（極低出生体重児及び新生児を除く。）に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の400、100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。
- 7 区分番号J016、J018、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060に掲げる手術については、頸部郭清術けいぶくわうじゆつと併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。
- 8 HIV抗体陽性の患者に対して、入院を必要とする観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。
- 9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。
- イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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
- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
- ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。） 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。
- 11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。
- 12 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。
- 13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する歯科

診療特別対応加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ 区分番号J000（1、2及び3に限る。）に掲げる抜歯手術を行った場合（注1の加算を算定した場合を除く。） 所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号J013（2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術以外の手術を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

16 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又はB000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点をそれぞれ所定点数に加算する。

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

- | | |
|-------|--------|
| 1 乳歯 | 130点 |
| 2 前歯 | 155点 |
| 3 臼歯 | 265点 |
| 4 埋伏歯 | 1,054点 |

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

2 4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

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

4 抜歯と同時に歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

J000-2 歯根分割搔爬術 260点

J000-3 上顎洞陥入歯等除去術

- | | |
|-----------------|--------|
| 1 抜歯窩から行う場合 | 470点 |
| 2 犬歯窩開さくにより行う場合 | 2,000点 |

J001 ヘミセクション（分割抜歯） 470点

J002 抜歯窩再搔爬手術 130点

J003 歯根嚢胞摘出手術

- | | |
|-----------|--------|
| 1 歯冠大のもの | 800点 |
| 2 拇指頭大のもの | 1,350点 |
| 3 鶏卵大のもの | 2,040点 |

J004 歯根端切除手術（1歯につき）

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| 1 2以外の場合 | 1,350点 |
| 2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 2,000点 |

注1 第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。

3 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、当該手術を実施した場合に算定する。

J004-2 歯の再植術 1,300点

	注 外傷性脱臼歯の再植術に限り算定する。	
J 0 0 4 - 3	歯の移植手術	1,300点
	注 自家移植を行った場合に限り算定する。	
J 0 0 5	削除	
J 0 0 6	歯槽骨整形手術、骨瘤 ^{りゅう} 除去手術	110点
J 0 0 7	顎骨切断端形成術	4,400点
J 0 0 8	歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む。）	
	1 軟組織に局限するもの	600点
	2 硬組織に及ぶもの	1,300点
J 0 0 9	浮動歯肉切除術	
	1 3分の1顎程度	400点
	2 2分の1顎程度	800点
	3 全顎	1,600点
J 0 1 0	顎堤形成術	
	1 簡単なもの（1顎につき）	3,000点
	2 困難なもの（2分の1顎未満）	4,000点
	3 困難なもの（2分の1顎以上）	6,500点
J 0 1 1	上顎結節形成術	
	1 簡単なもの	2,000点
	2 困難なもの	3,000点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 2	おとがい神経移動術	1,300点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 3	口腔内 ^{くわう} 消炎手術	
	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120点
	2 歯肉膿瘍 ^{のう} 等	180点
	3 骨膜下膿瘍 ^{のう} 、口蓋膿瘍 ^{のう} 等	230点
	4 顎炎又は顎骨骨髓炎等	
	イ 3分の1顎未満の範囲のもの	750点
	ロ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ハ 全顎にわたるもの	5,700点
J 0 1 4	口腔底 ^{くわう} 膿瘍 ^{のう} 切開術	700点
J 0 1 5	口腔底腫瘍 ^{くわう} 摘出術	7,210点
J 0 1 5 - 2	口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点
J 0 1 6	口腔底 ^{くわう} 悪性腫瘍手術	29,360点
J 0 1 7	舌腫瘍 ^{くわう} 摘出術	
	1 粘液嚢胞 ^{のう} 摘出術	1,220点
	2 その他のもの	2,940点
J 0 1 7 - 2	甲状舌管嚢胞 ^{のう} 摘出術	8,970点
J 0 1 8	舌悪性腫瘍手術	
	1 切除	26,410点
	2 亜全摘	75,070点
J 0 1 9	口蓋腫瘍 ^{くわう} 摘出術	
	1 口蓋粘膜に局限するもの	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	8,050点
J 0 2 0	口蓋混合腫瘍 ^{くわう} 摘出術	5,600点
J 0 2 1	口蓋悪性腫瘍手術	

	1 切除（単純）	5,600点
	2 切除（広汎）	18,000点
J 0 2 2	顎・口蓋裂形成手術	
	1 軟口蓋のみのもの	15,770点
	2 硬口蓋に及ぶもの	24,170点
	3 顎裂を伴うもの	
	イ 片側	25,170点
	ロ 両側	31,940点
J 0 2 3	歯槽部骨皮質切離術（コルチコトミー）	
	1 6歯未満の場合	1,700点
	2 6歯以上の場合	3,400点
J 0 2 4	口唇裂形成手術（片側）	
	1 口唇のみの場合	13,180点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	24,350点
J 0 2 4 - 2	口唇裂形成手術（両側）	
	1 口唇のみの場合	18,810点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	36,620点
J 0 2 4 - 3	軟口蓋形成手術	9,700点
J 0 2 4 - 4	鼻咽腔閉鎖術	23,790点
J 0 2 5	削除	
J 0 2 6	舌繫癍痕性短縮矯正術	2,650点
J 0 2 7	頬、口唇、舌小帯形成術	560点
J 0 2 8	舌形成手術（巨舌症手術）	9,100点
J 0 2 9	削除	
J 0 3 0	口唇腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	3,050点
J 0 3 1	口唇悪性腫瘍手術	33,010点
J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点
J 0 3 3	頬腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	5,250点
J 0 3 4	頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
J 0 3 5	頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310点
J 0 3 5 - 2	口腔粘膜血管腫凝固術（一連につき）	2,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。	
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術	
	1 上顎に限局するもの	6,660点
	2 篩骨蜂巣に及ぶもの	14,500点
J 0 3 7	上顎洞口腔瘻閉鎖術	
	1 簡単なもの	150点
	2 困難なもの	1,000点
	3 著しく困難なもの	5,800点
J 0 3 8	上顎骨切除術	15,310点
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術	

	1	搔爬 ^{そうは}	9,160点
	2	切除	34,420点
	3	全摘	68,480点
J 0 4 0		下顎骨部分切除術	16,780点
J 0 4 1		下顎骨離断術	32,560点
J 0 4 2		下顎骨悪性腫瘍手術	
	1	切除	40,360点
	2	切断（おとがい部を含むもの）	79,270点
	3	切断（その他のもの）	64,590点
J 0 4 3		顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）	
	1	長径3センチメートル未満	2,820点
	2	長径3センチメートル以上	13,390点
J 0 4 4		顎骨嚢胞開窓術	2,040点
J 0 4 4 - 2		埋伏歯開窓術	2,820点
J 0 4 5		口蓋隆起形成術	2,040点
J 0 4 6		下顎隆起形成術	1,700点
		注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 4 7		腐骨除去手術	
	1	歯槽部に限局するもの	600点
	2	顎骨に及ぶもの	
	イ	片側の3分の1未満の範囲のもの	1,300点
	ロ	片側の3分の1以上の範囲のもの	3,420点
		注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
J 0 4 8		口腔外消炎手術	
	1	骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等	
	イ	2センチメートル未満のもの	180点
	ロ	2センチメートル以上5センチメートル未満のもの	300点
	ハ	5センチメートル以上のもの	750点
	2	顎炎又は顎骨骨髓炎	
	イ	3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ロ	全顎にわたるもの	5,700点
J 0 4 9		外歯瘻手術	1,500点
J 0 5 0		歯性扁桃周囲膿瘍切開手術	870点
J 0 5 1		がま腫切開術	820点
J 0 5 2		がま腫摘出術	7,140点
J 0 5 3		唾石摘出術（一連につき）	
	1	表在性のもの	640点
	2	深在性のもの	3,770点
	3	腺体内に存在するもの	6,550点
		注 2及び3について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
J 0 5 4		舌下腺腫瘍摘出術	7,180点
J 0 5 5		顎下腺摘出術	10,210点
J 0 5 6		顎下腺腫瘍摘出術	9,640点
J 0 5 7		顎下腺悪性腫瘍手術	33,010点
J 0 5 8		削除	
J 0 5 9		耳下腺腫瘍摘出術	

	1	耳下腺浅葉摘出術	27,210点
	2	耳下腺深葉摘出術	34,210点
J 0 6 0		耳下腺悪性腫瘍手術	
	1	切除	33,010点
	2	全摘	44,020点
J 0 6 1		唾液腺膿瘍切開術	900点
J 0 6 2		唾液腺管形成手術	13,630点
J 0 6 3		歯周外科手術	
	1	歯周ポケット搔爬術	80点
	2	新付着手術	160点
	3	歯肉切除手術	320点
	4	歯肉剥離搔爬手術	630点
	5	歯周組織再生誘導手術	
	イ	1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	840点
	ロ	2次手術（非吸収性膜の除去）	380点
	6	歯肉歯槽粘膜形成手術	
	イ	歯肉弁根尖側移動術	600点
	ロ	歯肉弁歯冠側移動術	600点
	ハ	歯肉弁側方移動術	770点
	ニ	遊離歯肉移植術	770点
	ホ	口腔前庭拡張術	2,820点
	注1	4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、110点を所定点数に加算する。	
	2	5については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。	
	3	区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療(II)を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。	
	4	簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	5	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、4又は5について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、60点を所定点数に加算する。	
	6	1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、6のニ及びホは手術野ごとに算定する。	
J 0 6 3 - 2		骨移植術（軟骨移植術を含む。）	
	1	自家骨移植	
	イ	簡単なもの	1,780点
	ロ	困難なもの	16,830点
	2	同種骨移植（生体）	28,660点
	3	同種骨移植（非生体）	
	イ	同種骨移植（特殊なもの）	39,720点
	ロ	その他の場合	21,050点
	注	骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
J 0 6 3 - 3		骨（軟骨）組織採取術	
	1	腸骨翼	3,150点
	2	その他のもの	4,510点
	注	2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。	

J 0 6 4	削除	
J 0 6 5	歯槽骨骨折非観血的整復術	
	1 1 歯又は2 歯にわたるもの	680点
	2 3 歯以上にわたるもの	1, 300点
J 0 6 6	歯槽骨骨折観血的整復術	
	1 1 歯又は2 歯にわたるもの	1, 300点
	2 3 歯以上にわたるもの	2, 700点
J 0 6 7	上顎骨折非観血的整復術	1, 570点
J 0 6 8	上顎骨折観血的手術	16, 400点
J 0 6 9	上顎骨形成術	
	1 単純な場合	27, 880点
	2 複雑な場合及び2 次的再建の場合	45, 510点
	3 骨移動を伴う場合	72, 900点
	注1 1 について、上顎骨を複数に分割した場合は、5, 000点を所定点数に加算する。	
	2 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 0	顎 ^{きょう} 骨骨折観血的整復術	18, 100点
J 0 7 0 - 2	顎 ^{きょう} 骨変形治癒骨折矯正術	38, 610点
J 0 7 1	下顎骨折非観血的整復術	1, 240点
	注 連続した歯に対して三内式線 ^{さつ} 副子以上の結紮法を行った場合は、650点を所定点数に加算する。	
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	
	1 片側	13, 000点
	2 両側	27, 320点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術	
	1 片側	28, 210点
	2 両側	47, 020点
J 0 7 3	口腔 ^{くわう} 内軟組織異物（人工物）除去術	
	1 簡単なもの	30点
	2 困難なもの	
	イ 浅在性のもの	680点
	ロ 深在性のもの	1, 290点
	3 著しく困難なもの	4, 400点
J 0 7 4	顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 簡単なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の2 分の1 顎程度未満の場合	850点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	1, 680点
	2 困難なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の3 分の2 顎程度未満の場合	2, 900点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	4, 180点
J 0 7 5	下顎骨形成術	
	1 おとがい形成の場合	7, 780点
	2 短縮又は伸長の場合	30, 790点
	3 再建の場合	51, 120点
	4 骨移動を伴う場合	54, 210点
	注1 2 については、両側を同時に行った場合は、3, 000点を所定点数に加算する。	
	2 4 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして	

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。

J 0 7 5 - 2	下顎骨延長術	
1	片側	30,790点
2	両側	47,550点
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術	39,700点
J 0 7 7	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
J 0 7 8	顎関節脱臼観血的手術	26,210点
J 0 7 9	顎関節形成術	40,870点
J 0 8 0	顎関節授動術	
1	徒手的授動術	
イ	単独の場合	440点
ロ	パンピングを併用した場合	990点
ハ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,400点
2	顎関節鏡下授動術	10,520点
3	開放授動術	25,100点
J 0 8 0 - 2	顎関節人工関節全置換術	59,260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。	
J 0 8 1	顎関節円板整位術	
1	顎関節鏡下円板整位術	22,100点
2	開放円板整位術	27,300点
J 0 8 2	歯科インプラント摘出術（1個につき）	
1	人工歯根タイプ	460点
2	ブレードタイプ	1,250点
3	骨膜下インプラント	1,700点
	注 骨の開さくを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 8 3	顎骨インプラント摘出術	
1	2分の1顎未満の範囲のもの	2,040点
2	2分の1顎以上の範囲のもの	6,270点
J 0 8 4	創傷処理	
1	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250点
2	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680点
3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	
イ	頭頸部 <small>けい</small> のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）	8,600点
ロ	その他のもの	2,400点
4	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	470点
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	850点
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320点
注1	切、刺、割創又は挫創 <small>きつ</small> の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
3	汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を所定点数に加算する。	
J 0 8 4 - 2	小児創傷処理（6歳未満）	

1	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,250点
2	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	1,400点
3	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	2,220点
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	3,430点
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	450点
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	500点
7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	950点
8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,740点
注1	切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
3	汚染された挫創に対して区分番号J085に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を所定点数に加算する。	
J085	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	1,260点
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	4,300点
注1	当初の1回に限り算定する。	
2	骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
J086	上顎洞開窓術	1,300点
J086-2	内視鏡下上顎洞開窓術	3,600点
J087	上顎洞根治手術	7,990点
J087-2	上顎洞炎術後出血止血法	6,660点
J088	リンパ節摘出術	
1	長径3センチメートル未満	1,200点
2	長径3センチメートル以上	2,880点
J089	分層植皮術	
1	25平方センチメートル未満	3,520点
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,270点
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000点
4	200平方センチメートル以上	25,820点
J089-2	全層植皮術	
1	25平方センチメートル未満	10,000点
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500点
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210点
4	200平方センチメートル以上	40,290点
注	広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	
J090	皮膚移植術（生体・培養）	6,110点
注1	生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。	
2	生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
J090-2	皮膚移植術（死体）	
1	200平方センチメートル未満	8,000点

	2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	16,000点
	3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	32,000点
	4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	80,000点
J 0 9 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
	1	25平方センチメートル未満	4,510点
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	13,720点
	3	100平方センチメートル以上	22,310点
J 0 9 2		動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	41,120点
J 0 9 3		遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	94,460点
J 0 9 4		削除	
J 0 9 5		複合組織移植術	19,420点
J 0 9 6		自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	131,310点
J 0 9 7		粘膜移植術	
	1	4平方センチメートル未満	6,510点
	2	4平方センチメートル以上	7,820点
J 0 9 8		血管結紮術	3,750点
J 0 9 9		動脈形成術、吻合術	21,700点
J 0 9 9 - 2		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	16,640点
		注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 0		血管移植術、バイパス移植術	
	1	頭、頸部動脈	55,050点
	2	その他の動脈	30,290点
J 1 0 0 - 2		中心静脈注射用植込型カテーテル設置	10,800点
		注1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を所定点数に加算する。	
		2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 1		神経移植術	23,520点
J 1 0 1 - 2		神経再生誘導術	21,590点
J 1 0 2		交感神経節切除術	26,030点
J 1 0 3		過長茎状突起切除術	6,440点
J 1 0 4		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	
	1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280点
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050点
	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230点
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160点
		注 口腔領域の腫瘍に限り算定する。	
J 1 0 4 - 2		皮膚悪性腫瘍切除術	
	1	広汎切除	28,210点
	2	単純切除	11,000点
		注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。	
J 1 0 5		癭痕拘縮形成手術	12,660点
J 1 0 6		気管切開術	3,080点
J 1 0 7		気管切開孔閉鎖術	1,250点
J 1 0 8		顔面神経麻痺形成手術	
	1	静的なもの	19,110点

2	動的なもの	64,350点
J 1 0 9	広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	
1	1回法によるもの	14,500点
2	2回法によるもの	
イ	1次手術	11,500点
ロ	2次手術	4,500点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
2	1及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、4,000点を所定点数に加算する。	
J 1 1 0	広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき）	1,800点
注	区分番号J 1 0 9に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M 0 2 5 - 2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回に限り算定する。	
	第2節 輸血料	
区分		
J 2 0 0	輸血	
注	医科点数表の区分番号K 9 2 0に掲げる輸血の例により算定する。	
J 2 0 0 - 2	輸血管理料	
注	医科点数表の区分番号K 9 2 0 - 2に掲げる輸血管理料の例により算定する。	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J 2 0 0 - 3	削除	
J 2 0 0 - 4	上顎洞手術用内視鏡加算	1,000点
注	区分番号J 0 8 7及びJ 0 8 7 - 2に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。	
J 2 0 0 - 4 - 2	レーザー機器加算	
1	レーザー機器加算1	50点
2	レーザー機器加算2	100点
3	レーザー機器加算3	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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。	
2	1については、区分番号J 0 0 8（1に限る。）、J 0 0 9（1及び2に限る。）、J 0 1 7（1に限る。）、J 0 1 9（1に限る。）、J 0 2 7、J 0 3 0（1に限る。）、J 0 3 3（1に限る。）及びJ 0 5 1に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。	
3	2については、区分番号J 0 0 8（2に限る。）、J 0 0 9（3に限る。）及びJ 0 1 7（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。	
4	3については、区分番号J 0 1 5、J 0 1 9（2に限る。）、J 0 2 0、J 0 3 0（2に限る。）、J 0 3 3（2に限る。）、J 0 3 4、J 0 5 2及びJ 0 5 4に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。	
J 2 0 0 - 4 - 3	超音波切削機器加算	1,000点
注	区分番号J 0 6 9、J 0 7 5及びJ 0 7 5 - 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加算する。	
J 2 0 0 - 4 - 4	口腔粘膜蛍光観察評価加算	200点
注	区分番号J 0 1 8に掲げる手術に当たって、口腔粘膜蛍光観察機器を使用した場	

合に加算する。

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注1 1については、区分番号J 0 8 6からJ 0 8 7-2までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J 0 1 9の2、J 0 3 8からJ 0 4 3まで、J 0 6 8からJ 0 7 0-2まで、J 0 7 2、J 0 7 5及びJ 0 7 6に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

第4節 薬剤料

区分

J 2 0 1 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

第5節 特定薬剤料

区分

J 3 0 0 特定薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第6節 特定保険医療材料料

区分

J 4 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 麻酔

通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、麻酔に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置及び手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に処置若しくは手術を行った場合又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置及び手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
- 5 第10部に掲げる麻酔料以外の麻酔料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 麻酔料

区分

K 0 0 0	伝達麻酔（下顎孔又は眼窩 ^か 下孔に行うもの）	42点
K 0 0 1	浸潤麻酔	30点
K 0 0 2	吸入鎮静法（30分まで）	70点

注 1 実施時間が30分を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に10点を加算する。

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

K 0 0 3	静脈内鎮静法	600点
---------	--------	------

注 区分番号K 0 0 2に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

K 0 0 4	歯科麻酔管理料	750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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が行った場合に算定する。

第2節 薬剤料

区分

K 1 0 0	薬剤	薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
---------	----	---

注 1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

K 2 0 0	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数
---------	----------	------------------

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第11部 放射線治療

通則

- 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号L 0 0 0からL 0 0 3までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L 0 0 0	放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）	
1	1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合	2,700点
2	非対向2門照射、3門照射又は腔内 ^{くう} 照射を行った場合	3,100点
3	4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合	4,000点
4	強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合	5,000点

注 1 線量分布図を作成し、区分番号L 0 0 1に掲げる体外照射、区分番号L 0 0 3の1に掲げる外部照射、区分番号L 0 0 3の2に掲げる腔内^{くう}照射又は区分番号L 0 0 3の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回に限り算定する。

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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。

- 3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。

L001 体外照射

- | | | |
|-----|---|--------|
| 1 | エックス線表在治療 | |
| イ | 1回目 | 110点 |
| ロ | 2回目 | 33点 |
| 2 | 高エネルギー放射線治療 | |
| イ | 1回目 | |
| (1) | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 840点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 1,320点 |
| (3) | 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 1,800点 |
| ロ | 2回目 | |
| (1) | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 420点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 660点 |
| (3) | 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 900点 |
| 3 | 強度変調放射線治療（IMRT） | 3,000点 |
| 注1 | 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 | |
| 2 | 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。 | |
| 3 | 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。 | |
| 4 | 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。 | |
| 5 | 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。 | |
| 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、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 | |
| イ | 骨構造の位置情報によるもの | 300点 |
| ロ | 腫瘍の位置情報によるもの | 450点 |

L001-2 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- | | | |
|---|------------|---------|
| 1 | 定位放射線治療の場合 | 63,000点 |
| 2 | 1以外の場合 | 8,000点 |

L002 電磁波温熱療法（一連につき）

- | | | |
|---|---------------|--------|
| 1 | 深在性悪性腫瘍に対するもの | 9,000点 |
| 2 | 浅在性悪性腫瘍に対するもの | 6,000点 |

L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき）

- | | | |
|---|--|---------|
| 1 | 外部照射 | 80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 |
| ロ | その他の場合 | 5,000点 |
| 3 | 組織内照射 | |
| イ | 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 | 23,000点 |
| ロ | その他の場合 | 19,000点 |
| 4 | 放射性粒子照射（本数に関係なく） | 8,000点 |

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。

2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

4 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

5 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

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、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科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。

L 0 0 4 血液照射 110点

第2節 特定保険医療材料料

区分

L 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数、第2節に掲げる医療機器等及び第3節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

2 歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。

3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊なもの費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、M003-3、区分番号M006（2のロに限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場

合

所定点数の100分の50に相当する点数

- 5 歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、その割合は、製作技工に要する費用がおおむね100分の70、製作管理に要する費用がおおむね100分の30である。
- 6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。
- イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数
- ロ 区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- 7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。
- イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数
- ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2の口及びハに限る。）、M003-3、M006（2の口に限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- 8 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生局長等へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- 9 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ、別に算定できない。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

M000 補綴時診断料（1装置につき）

1 補綴時診断（新製の場合） 90点

2 補綴時診断（1以外の場合） 70点

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等について、患者に対し、説明を行った場合に算定する。

2 1については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。

3 2については、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。

4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）

1 歯冠補綴物 100点

2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 330点

3 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 440点

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提

供した場合に算定する。

2 当該所定点数には、注1の歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において装着した日から起算して2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。

3 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。

イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填

ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着

4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき） 1,800点

注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M001 歯冠形成（1歯につき）

1 生活歯歯冠形成

イ 金属冠 306点

ロ 非金属冠 306点

ハ 既製冠 120点

2 失活歯歯冠形成

イ 金属冠 166点

ロ 非金属冠 166点

ハ 既製冠 114点

3 窩洞形成

イ 単純なもの 60点

ロ 複雑なもの 86点

注1 1のイ及びロ、2のイ及びロ並びに3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。

2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4 1のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

5 2のイについて、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

6 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

7 2のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。

- 8 2の口について、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。
- 9 2の口について、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンプリッジのための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。
- 10 3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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。
- 11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- M001-2 う蝕歯即時充填形成（1歯につき） 128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、レーザー照射により無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。
- 2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。
- M001-3 う蝕歯インレー修復形成（1歯につき） 120点
注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。
- M002 支台築造（1歯につき）
- 1 間接法
- イ メタルコアを用いた場合
- (1) 大白歯 176点
- (2) 小白歯及び前歯 150点
- ロ ファイバーポストを用いた場合
- (1) 大白歯 176点
- (2) 小白歯及び前歯 150点
- 2 直接法
- イ ファイバーポストを用いた場合
- (1) 大白歯 154点
- (2) 小白歯及び前歯 128点
- ロ その他の場合 126点
- 注1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。
- 2 保険医療材料（築造物の材料を除く。）、薬剤等の費用は、所定点数に含まれる。
- M002-2 支台築造印象（1歯につき） 34点
注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- M003 印象採得
- 1 歯冠修復（1個につき）
- イ 単純印象 32点
- ロ 連合印象 64点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
- イ 単純印象
- (1) 簡単なもの 42点
- (2) 困難なもの 72点
- ロ 連合印象 230点
- ハ 特殊印象 272点
- ニ ブリッジ
- (1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 282点
- (2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 334点
- ホ 口蓋補綴、顎補綴

	(1) 印象採得が困難なもの	222点
	(2) 印象採得が著しく困難なもの	402点
	3 口腔内装置等（1装置につき）	42点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	
M003-2	テンポラリークラウン（1歯につき）	34点
	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。	
	2 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれる。	
M003-3	咬合印象	140点
M004	リテイナー	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	100点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	300点
M005	装着	
	1 歯冠修復（1個につき）	45点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	
	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	150点
	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	300点
	ロ 有床義歯	
	(1) 少数歯欠損	60点
	(2) 多数歯欠損	120点
	(3) 総義歯	230点
	ハ 有床義歯修理	
	(1) 少数歯欠損	30点
	(2) 多数歯欠損	60点
	(3) 総義歯	115点
	ニ 口蓋補綴、顎補綴	
	(1) 印象採得が困難なもの	150点
	(2) 印象採得が著しく困難なもの	300点
	3 口腔内装置等の装着の場合（1装置につき）	30点
	注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算1として、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。	
	2 接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算2として、接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。	
	3 2のイについて、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれる。	
M005-2	仮着（ブリッジ）（1装置につき）	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	40点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	80点
M006	咬合採得	
	1 歯冠修復（1個につき）	18点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	

	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	76点
	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	150点
	ロ 有床義歯	
	(1) 少数歯欠損	57点
	(2) 多数歯欠損	187点
	(3) 総義歯	283点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M007	仮床試適（1床につき）	
	1 少数歯欠損	40点
	2 多数歯欠損	100点
	3 総義歯	190点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M008	ブリッジの試適	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	40点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 (歯冠修復)	80点
M009	充填（1歯につき）	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	106点
	ロ 複雑なもの	158点
	2 充填2	
	イ 単純なもの	59点
	ロ 複雑なもの	107点
	注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。	
	2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。	
M010	金属歯冠修復（1個につき）	
	1 インレー	
	イ 単純なもの	190点
	ロ 複雑なもの	284点
	2 4分の3冠（前歯）	370点
	3 5分の4冠（小臼歯）	310点
	4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）	454点
	注1 2について、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 3については、大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。	
	3 3について、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。	
M011	レジン前装金属冠（1歯につき）	
	1 前歯	1,174点
	2 小臼歯	1,174点
M012からM014まで	削除	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	124点
	ロ 複雑なもの	176点
	2 硬質レジンジャケット冠	768点
M015-2	CAD/CAM冠（1歯につき）	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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

M016	乳歯冠（1歯につき）	
	1 乳歯金属冠の場合	200点
	2 1以外の場合	390点
M016-2	小児保険装置	600点
	注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。	
	2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M016-3	既製金属冠（1歯につき） （欠損補綴）	200点
M017	ポンティック（1歯につき）	434点
	注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ 前歯部の場合	746点
	ロ 小臼歯部の場合	200点
	ハ 大臼歯部の場合	60点
M017-2	高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）	2,500点
	注 高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	
	イ 1歯から4歯まで	588点
	ロ 5歯から8歯まで	724点
	ハ 9歯から11歯まで	962点
	ニ 12歯から14歯まで	1,391点
	2 総義歯（1顎につき）	2,172点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	
	イ 1歯から4歯まで	642点
	ロ 5歯から8歯まで	866点
	ハ 9歯から11歯まで	1,080点
	ニ 12歯から14歯まで	1,696点
	2 総義歯（1顎につき）	2,704点
M020	鑄造鉤（1個につき）	
	1 双子鉤	251点
	2 二腕鉤	231点
M021	線鉤（1個につき）	
	1 双子鉤	220点
	2 二腕鉤（レストつき）	152点
	3 レストのないもの	132点
M021-2	コンビネーション鉤（1個につき）	232点
M022	間接支台装置（1個につき）	109点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M023	バー（1個につき）	
	1 鑄造バー	454点
	2 屈曲バー	264点
	注 鑄造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、60点を所定点数に加算する	

。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M024 削除

M025 口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）

- 1 印象採得が困難なもの 1,500点
- 2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点

注1 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴は、所定点数に区分番号M018に掲げる有床義歯から区分番号M023に掲げるバー及び区分番号M026に掲げる補綴隙の所定点数を加算した点数とする。

2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

- 1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき） 20,000点
- 2 床義歯形態のもの（1顎につき） 15,000点

注1 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行う場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

2 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

（その他の技術）

M026 補綴隙（1個につき）

65点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

M027及びM028 削除

（修理）

M029 有床義歯修理（1床につき）

252点

注1 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき50点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき30点を所定点数に加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1 硬質材料を用いる場合

イ 局部義歯（1床につき）

- (1) 1歯から4歯まで 216点
- (2) 5歯から8歯まで 268点
- (3) 9歯から11歯まで 370点
- (4) 12歯から14歯まで 572点

ロ 総義歯（1顎につき）

790点

2 軟質材料を用いる場合（1顎につき）

1,200点

注1 2については、下顎総義歯又は区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴に限る。

- 2 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 1については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。
- 4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき50点を所定点数に加算する。
- 5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1顎につき30点を所定点数に加算する。

M031からM033まで 削除

M034 歯冠補綴物修理（1歯につき） 70点
注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

M035からM040まで 削除

M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき） 1,200点
注 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

第2節 削除

第3節 特定保険医療材料料

区分

M100 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第13部 歯科矯正

通則

- 1 歯科矯正の費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数及び第2節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊なものの費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

第1節 歯科矯正料

区分

N000 歯科矯正診断料 1,500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、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

- 2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回に限り算定する。
- 3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N001 顎口腔機能診断料 2,300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、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

- 2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マ

ルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するとき、それぞれ1回に限り算定する。

3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N002 歯科矯正管理料 240点

注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N003 歯科矯正セファログラム（一連につき） 300点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N004 模型調製（1組につき）

1 平行模型 500点

2 予測模型 300点

注1 1については、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するとき、それぞれ1回に限り算定する。

2 1について、顎態模型を調製した場合は、200点を所定点数に加算する。

3 2については、予測歯1歯につき60点を所定点数に加算する。

4 印象採得料、咬合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N005 動的処置（1口腔1回につき）

1 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年以内に行った場合

イ 同一月内の第1回目 250点

ロ 同一月内の第2回目以降 100点

2 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年を超えた後に行った場合

イ 同一月内の第1回目 200点

ロ 同一月内の第2回目以降 100点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N006 印象採得（1装置につき）

1 マルチブラケット装置 40点

2 その他の装置

イ 印象採得が簡単なもの 143点

ロ 印象採得が困難なもの 265点

ハ 印象採得が著しく困難なもの 400点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N007 咬合採得（1装置につき）

1 簡単なもの 70点

2	困難なもの	140点
3	構成咬合	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N008	装着	
1	装置（1装置につき）	
	イ 可撤式装置	300点
	ロ 固定式装置	400点
2	帯環（1個につき）	80点
3	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	100点
注1	1のイについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
2	1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。	
3	1のロについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
4	3について、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれる。	
N008-2	植立（1本につき）	500点
N009	撤去	
1	帯環（1個につき）	30点
2	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	60点
3	歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき）	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N010	セパレイティング（1箇所につき）	40点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N011	結紮（1顎1回につき）	50点
	注 結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 （矯正装置）	
N012	床装置（1装置につき）	
1	簡単なもの	1,500点
2	複雑なもの	2,000点
N012-2	スライディングプレート（1装置につき）	1,500点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N013	リトラクター（1装置につき）	2,000点
	注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料を含む。）を所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号N012-2に掲げるスライディングプレートは別に算定できない。	
N014	プロトラクター（1装置につき）	2,000点
N014-2	牽引装置（1歯につき）	500点
	注1 区分番号J044-2に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。	
	2 区分番号N022に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。	
	3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N015	拡大装置（1装置につき）	2,500点
	注 スケレトンタイプの場合は、500点を所定点数に加算する。	
N016	アクチバートル（FKO）（1装置につき）	3,000点

N017	リングルアーチ（1装置につき）	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,500点
N018	マルチブラケット装置（1装置につき）	
	1 ステップⅠ	
	イ 3装置目までの場合	600点
	ロ 4装置目以降の場合	250点
	2 ステップⅡ	
	イ 2装置目までの場合	800点
	ロ 3装置目以降の場合	250点
	3 ステップⅢ	
	イ 2装置目までの場合	1,000点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	4 ステップⅣ	
	イ 2装置目までの場合	1,200点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の1装置に限り算定する。	
N019	保定装置（1装置につき）	
	1 プレートタイプリテーナー	1,500点
	2 メタルリテーナー	6,000点
	3 スプリングリテーナー	1,500点
	4 リングルアーチ	1,500点
	5 リングルバー	2,500点
	6 ツースポジショナー	3,000点
	7 フィクスドリテーナー	1,000点
	注1 1について、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 2について、 ^こ 鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。	
N020	^こ 鉤（1個につき）	
	1 簡単なもの	90点
	2 複雑なもの	160点
	注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。	
N021	帯環（1個につき）	200点
	注 帯環製作のろう着の費用は、所定点数に含まれる。	
N022	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	200点
N023	フック（1個につき）	70点
	注 ろう着の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N024	弾線（1本につき）	160点
N025	トルキングアーチ（1本につき）	350点
N026	附加装置（1箇所につき）	
	1 パワーチェーン	20点
	2 コイルスプリング	20点
	3 ピグテイル	20点
	4 アップライトスプリング	40点
	5 エラスティクス	20点
	6 超弾性コイルスプリング	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N027	矯正用ろう着（1箇所につき）	60点

- 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- N 0 2 8 床装置修理（1装置につき） 234点
- 注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。
- 第2節 特定保険医療材料料

区分

- N 1 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
- 注 特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第14部 病理診断

通則

- 1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。
- 2 第14部に掲げる病理診断・判断料以外の病理診断の費用の算定は、医科点数表の例による。

区分

- O 0 0 0 口腔^{くわう}病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）
- 1 組織診断料 450点
 - 2 細胞診断料 200点

注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（医科点数表の区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N 0 0 3－2に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号N 0 0 4に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N 0 0 0からN 0 0 4までに掲げる病理標本作製料は別に算定できない。

4 口腔^{くわう}病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔^{くわう}病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 口腔^{くわう}病理診断管理加算1
- (1) 組織診断を行った場合 120点
 - (2) 細胞診断を行った場合 60点
- ロ 口腔^{くわう}病理診断管理加算2

(1) 組織診断を行った場合 320点

(2) 細胞診断を行った場合 160点

5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

0001 口腔^{くわう}病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 150点

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

2 区分番号0000に掲げる口腔^{くわう}病理診断料を算定した場合は、算定できない。

別表第三

調剤報酬点数表

[目次]

- 第1節 調剤技術料
- 第2節 薬学管理料
- 第3節 薬剤料
- 第4節 特定保険医療材料料
- 第5節 経過措置

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。
- 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 調剤技術料

区分

00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）

- | | |
|----------|-----|
| 1 調剤基本料1 | 42点 |
| 2 調剤基本料2 | 26点 |
| 3 調剤基本料3 | |

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合 21点
 - ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16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薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準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ついては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき9点を算定する。
 - 3 複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合において、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
 - 4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
 - 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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。
 - 6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点
 - ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点
 - ハ 後発医薬品調剤体制加算3 28点
 - 7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤し

た場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

- 8 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
- 10 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

01 調剤料

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））

イ 7日分以下の場合	28点
ロ 8日分以上14日分以下の場合	55点
ハ 15日分以上21日分以下の場合	64点
ニ 22日分以上30日分以下の場合	77点
ホ 31日分以上の場合	86点

注1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。
- 2 嚥下困難者^{えん}に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤^{えん}加算として、80点を所定点数に加算する。
- 3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数	
ロ 43日分以上の場合	240点
- 2 屯服薬 21点

注 1回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
- 3 浸煎薬（1調剤につき） 190点

注 4調剤以上の部分については算定しない。
- 4 湯薬（1調剤につき）

イ 7日分以下の場合	190点
ロ 8日分以上28日分以下の場合	
(1) 7日目以下の部分	190点
(2) 8日目以上の部分（1日分につき）	10点
ハ 29日分以上の場合	400点

注 4調剤以上の部分については算定しない。

- 5 注射薬 26点
注 1 回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
- 6 外用薬（1調剤につき） 10点
注 4調剤以上の部分については算定しない。
- 注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。
- 2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。
- 3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1調剤につき8点を各区分の所定点数に加算する。
- 4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）及び休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。
- 5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方箋受付1回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあつては、この限りでない。
- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。
- イ 内服薬及び屯服薬
- | | |
|----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 | 20点 |
| (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 | 90点 |
| (3) 液剤 | 45点 |
- ロ 外用薬
- | | |
|-----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 | 90点 |
| (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 | 75点 |
| (3) 液剤 | 45点 |
- 7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。
- イ 液剤の場合 35点
- ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点

ハ 軟・硬膏剤^{こう}の場合 80点

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。

第2節 薬学管理料

区分

10 薬剤服用歴管理指導料

- | | | |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 | 43点 |
| 2 | 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 57点 |
| 3 | 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 | 43点 |
| 4 | 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | 43点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

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薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以

下「医科点数表」という。)の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

- 4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。
- 5 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - ロ 残薬調整に係るものの場合 30点
- 6 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
- 8 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。
- 9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
- 10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導(当該調剤と同日に行う場合を除く。)を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
- 11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。
- 12 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。
- 13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指

導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

1 1 から 1 3 まで 削除

1 3 の 2 かかりつけ薬剤師指導料

76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薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合

40点

ロ 残薬調整に係るものの場合

30点

4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

7 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除き、算定しない。

1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料

291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薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在

宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

- 2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

14 削除

14の2 外来服薬支援料 185点

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

- 2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

- 3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

14の3 服用薬剤調整支援料

- 1 服用薬剤調整支援料1 125点
- 2 服用薬剤調整支援料2 100点

注1 1については、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- 2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じて、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、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、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

- 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薬局において、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲

げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

- 3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 5 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 6 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500点
- 2 1以外の場合 200点

注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 4 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 5 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 4 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 5 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

15の4 退院時共同指導料 600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を

担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

15の5 服薬情報等提供料

- 1 服薬情報等提供料1 30点
- 2 服薬情報等提供料2 20点

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

3 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- 2 残薬調整に係るものの場合 30点

注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。

15の7 経管投薬支援料

100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。

16から19まで 削除

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点

注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

- 30 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
- 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第5節 経過措置
- 1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注5、区分番号15の2の注4及び区分番号15の3の注4の規定は適用しない。