

厚生労働省告示第六十九号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九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、平成二十二年四月一日から適用する。ただし、平成二十二年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A308の注1に係る届出を行っている病棟であつて、この告示による改正後の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A308の注1に係る届出を行っていないものにおける回復期リハビリテーション病棟入院料の算定については、同年九月三十日までの間は、なお従前の例による。

平成二十二年三月五日

厚生労働大臣 長妻 昭

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 処方せん料

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2のただし書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っては、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基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、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 270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 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135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。

3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

4 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、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点）を加算する。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、所定点数に230点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に345点）を加算する。

5 小児科を標榜する保険医療機関（注4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4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点を加算する。

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（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、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。

第2節 再診料

区分

A001 再診料 69点

注1 保険医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）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（以下この表において「許可病床」と

- いう。)のうち同法第7条第2項第5号に規定する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 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。
 - 3 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4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、所定点数に180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点)を加算する。
 - 4 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4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3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。
 - 5 区分番号A000に掲げる初診料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)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、所定点数に50点を加算する。ただし、注3のただし書又は注4に規定する場合には、この限りでない。
 - 6 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、所定点数に52点を加算する。
 - 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6の外来管理加算は算定しない。
 - 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(診療所に限る。)において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。
 - 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に適合してい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。)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、所定点数に1点を加算する。

A002 外来診療料

70点

- 注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する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 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までに掲げるもの
- ロ 糞便検査
区分番号D003に掲げるもの
- ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、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）、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）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 睫毛抜去

ル 耳処置

ヲ 耳管処置

ワ 鼻処置

カ 口腔、咽頭処置

ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置

タ ネブライザー

レ 超音波ネブライザー

ソ 介達牽引

ツ 消炎鎮痛等処置

- 3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 4 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4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、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。
- 5 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4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4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。

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、7対1特別入院基本料及び10対1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、特別入院基本料等又は区分番号A307に掲げる小児入院医療管理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、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

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	7対1入院基本料	1,555点
2	10対1入院基本料	1,300点
3	13対1入院基本料	1,092点
4	15対1入院基本料	934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。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、575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であつて7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であつて、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、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。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 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 注1から注3までの規定にかかわらず、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。以下この表において同じ。）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、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。
- 6 注5に規定する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、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、所定点数に含まれるものとする。
- 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 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・乳幼児救急医療管理加算
 - ホ 超急性期脳卒中加算
 - ヘ 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（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。）
 - ル 乳幼児加算・幼児加算
 - ヲ 難病等特別入院診療加算
 - ワ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - カ 看護配置加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - ヨ 看護補助加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - タ 地域加算
 - レ 離島加算
 - ソ 療養環境加算
 - ツ H I V感染者療養環境特別加算
 - ネ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ナ 重症者等療養環境特別加算
 - ラ 小児療養環境特別加算
 - ム 無菌治療室管理加算
 - ウ 放射線治療病室管理加算
 - キ 緩和ケア診療加算

- 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 がん診療連携拠点病院加算
- マ 栄養管理実施加算
- ケ 栄養サポートチーム加算（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。）
- フ 医療安全対策加算
- コ 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
- エ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- テ ハイリスク妊娠管理加算
- ア ハイリスク分娩^{べん}管理加算
- サ 慢性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。）
- キ 急性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算
- シ 総合評価加算
- エ 呼吸ケアチーム加算
- ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院基本料1

- イ 入院基本料A 1,758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。）を受ける場合にあっては、1,744点）
- ロ 入院基本料B 1,705点（生活療養を受ける場合にあっては、1,691点）
- ハ 入院基本料C 1,424点（生活療養を受ける場合にあっては、1,410点）
- ニ 入院基本料D 1,369点（生活療養を受ける場合にあっては、1,355点）
- ホ 入院基本料E 1,342点（生活療養を受ける場合にあっては、1,328点）
- へ 入院基本料F 1,191点（生活療養を受ける場合にあっては、1,177点）
- ト 入院基本料G 934点（生活療養を受ける場合にあっては、920点）
- チ 入院基本料H 887点（生活療養を受ける場合にあっては、873点）
- リ 入院基本料I 785点（生活療養を受ける場合にあっては、771点）

2 療養病棟入院基本料2

- イ 入院基本料A 1,695点（生活療養を受ける場合にあっては、1,681点）
- ロ 入院基本料B 1,642点（生活療養を受ける場合にあっては、1,628点）
- ハ 入院基本料C 1,361点（生活療養を受ける場合にあっては、1,347点）
- ニ 入院基本料D 1,306点（生活療養を受ける場合にあっては、1,292点）
- ホ 入院基本料E 1,279点（生活療養を受ける場合にあっては、1,265点）
- へ 入院基本料F 1,128点（生活療養を受ける場合にあっては、1,114点）
- ト 入院基本料G 871点（生活療養を受ける場合にあっては、857点）
- チ 入院基本料H 824点（生活療養を受ける場合にあっては、810点）
- リ 入院基本料I 722点（生活療養を受ける場合にあっては、708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（以下この表において「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の入院基本料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、563点（生活療養を受ける場合にあっては、549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 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15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、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」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「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、入院又は転棟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。
- 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 在宅患者緊急入院診療加算
 - ニ 診療録管理体制加算
 - ホ 乳幼児加算・幼児加算
 - へ 地域加算
 - ト 離島加算
 - チ HIV感染者療養環境特別加算
 - リ 療養病棟療養環境加算
 - ヌ 重症皮膚潰瘍^{かいはう}管理加算
 - ル 栄養管理実施加算
 - ヲ 医療安全対策加算
 - ワ 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
 - カ 慢性期病棟等退院調整加算
- 7 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、当該患者については、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。

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,447点
2	10対1入院基本料	1,192点
3	13対1入院基本料	949点
4	15対1入院基本料	886点
5	18対1入院基本料	757点
6	20対1入院基本料	713点

注1 病院（特定機能病院（医療法第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。）を除く。）の結核病棟（同法第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、550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であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、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、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。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、7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟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・乳幼児救急医療管理加算
- 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 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 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヌ 看護配置加算
- ル 看護補助加算
- ヲ 地域加算
- ワ 離島加算
- カ 療養環境加算
- ヨ HIV感染者療養環境特別加算
- タ 二類感染症患者療養環境特別加算
- レ 栄養管理実施加算
- ソ 医療安全対策加算
- ツ 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
- ネ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ナ ハイリスク妊娠管理加算
- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム 総合評価加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1	10対1入院基本料	1,240点
2	13対1入院基本料	920点
3	15対1入院基本料	800点
4	18対1入院基本料	712点
5	20対1入院基本料	658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、550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であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、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、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。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3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

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・乳幼児救急医療管理加算
- 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 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 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 HIV感染者療養環境特別加算
- レ 精神科措置入院診療加算
- ソ 精神科応急入院施設管理加算
- ツ 精神科隔離室管理加算
- ネ 精神病棟入院時医学管理加算
- ナ 精神科地域移行実施加算
- ラ 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。）
- ム 児童・思春期精神科入院医療管理加算
- ウ 強度行動障害入院医療管理加算
- キ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- ノ 摂食障害入院医療管理加算
- オ 栄養管理実施加算
- ク 医療安全対策加算
- ヤ 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
- マ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ケ ハイリスク妊娠管理加算
- フ 後発医薬品使用体制加算

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	1,555点
	ロ 10対1入院基本料	1,300点
2	結核病棟の場合	
	イ 7対1入院基本料	1,447点
	ロ 10対1入院基本料	1,192点
	ハ 13対1入院基本料	949点
	ニ 15対1入院基本料	886点
3	精神病棟の場合	
	イ 7対1入院基本料	1,311点

ロ	10対1入院基本料	1,240点
ハ	13対1入院基本料	920点
ニ	15対1入院基本料	839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の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟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3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100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（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3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注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。	
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・乳幼児救急医療管理加算	
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	急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）	
チ	乳幼児加算・幼児加算	
リ	難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟に限る。）	
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	看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）	
ヲ	地域加算	

- ワ 離島加算
- カ 療養環境加算
- ヨ HIV感染者療養環境特別加算
- タ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
- レ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ソ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ツ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
- ネ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）
- ナ 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
- ラ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
- ム 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
- ウ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
- キ 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）
- ノ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
- オ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
- ク 児童・思春期精神科入院医療管理加算（精神病棟に限る。）
- ヤ 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。）
- マ 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。）
- ケ 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。）
- フ がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。）
- コ 栄養管理実施加算
- エ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）
- テ 医療安全対策加算
- ア 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
- サ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- キ ハイリスク妊娠^{べん}管理加算
- ユ ハイリスク分娩^{べん}管理加算（一般病棟に限る。）
- メ 慢性期病棟等退院調整加算（結核病棟及び一般病棟（特定入院基本料を算定するものに限る。）に限る。）
- ミ 急性期病棟等退院調整加算（一般病棟（特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）
- シ 新生児特定集中治療室退院調整加算（一般病棟に限る。）
- エ 救急搬送患者地域連携紹介加算（一般病棟に限る。）
- ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）
- モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- セ 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。）

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,555点
2	10対1入院基本料	1,300点
3	13対1入院基本料	1,092点

注1 専門病院（主として悪性腫瘍^{しゅよう}、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。以下この表において同じ。）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 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。
- 4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2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注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。
- 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 臨床研修病院入院診療加算
 - ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
 - 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（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。）
 - リ 乳幼児加算・幼児加算
 - ヌ 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。）
 - 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 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - ワ 地域加算
 - カ 離島加算
 - ヨ 療養環境加算
 - タ HIV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 重症者等療養環境特別加算
 - ツ 小児療養環境特別加算
 - ネ 無菌治療室管理加算
 - ナ 放射線治療病室管理加算
 - ラ 緩和ケア診療加算
 - ム 強度行動障害入院医療管理加算
 - ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - キ 摂食障害入院医療管理加算
 - ノ がん診療連携拠点病院加算
 - オ 栄養管理実施加算
 - ク 栄養サポートチーム加算（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。）
 - ヤ 医療安全対策加算
 - マ 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
 - ケ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - フ ハイリスク妊娠管理加算
 - コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）
 - エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - テ 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

- サ 総合評価加算
- キ 呼吸ケアチーム加算
- ユ 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。）

A 1 0 6 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	1,555点
2	10対1入院基本料	1,300点
3	13対1入院基本料	1,092点
4	15対1入院基本料	954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）に規定する肢体不自由児施設、重症心身障害児施設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。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 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

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A 2 3 8 - 3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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1,300点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

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 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
- へ 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
- コ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ク 重症者等療養環境特別加算
- ケ 強度行動障害入院医療管理加算
- ク 栄養管理実施加算

- ツ 医療安全対策加算
- ネ 褥瘡患者管理加算
- ナ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム 救急搬送患者地域連携受入加算
- ウ 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。）

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 | 760点 |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 590点 |
| ハ 31日以上 | 500点 |
| 2 有床診療所入院基本料 2 | |
| イ 14日以内の期間 | 680点 |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 510点 |
| ハ 31日以上 | 460点 |
| 3 有床診療所入院基本料 3 | |
| イ 14日以内の期間 | 500点 |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 370点 |
| ハ 31日以上 | 340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 別に厚生労働大臣が定める施設基準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、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7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100点を所定点数に加算する。

3 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日につき所定点数に15点を加算する。

4 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（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）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 | 88点 |
| ロ 医師配置加算 2 | 60点 |

5 看護配置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（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）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 | 25点 |
| ロ 看護配置加算 2 | 10点 |
| ハ 夜間看護配置加算 1 | 80点 |

- ニ 夜間看護配置加算 2 30点
- 6 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・乳幼児救急医療管理加算
 - 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 乳幼児加算・幼児加算
 - ト 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。）
 - チ 特殊疾患入院施設管理加算
 - リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ヌ 地域加算
 - ル 離島加算
 - ヲ HIV感染者療養環境特別加算
 - ワ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - カ 小児療養環境特別加算
 - ヨ 無菌治療室管理加算
 - タ 放射線治療病室管理加算
 - レ 重症皮膚潰瘍^{かいよう}管理加算
 - ソ 栄養管理実施加算
 - ツ 医療安全対策加算
 - ネ 褥瘡^{じよくそ}患者管理加算
 - ナ ハイリスク妊娠管理加算
 - ム 急性期病棟等退院調整加算
 - ウ 総合評価加算
 - キ 後発医薬品使用体制加算

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 | 975点（生活療養を受ける場合にあつては、961点） |
| 2 | 入院基本料B | 871点（生活療養を受ける場合にあつては、857点） |
| 3 | 入院基本料C | 764点（生活療養を受ける場合にあつては、750点） |
| 4 | 入院基本料D | 602点（生活療養を受ける場合にあつては、588点） |
| 5 | 入院基本料E | 520点（生活療養を受ける場合にあつては、506点） |
- 注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であつて、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、450点（生活療養を受ける場合にあつては、436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、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び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の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15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、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。
- 6 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 乳幼児加算・幼児加算
 - ニ 地域加算
 - ホ 離島加算
 - ヘ HIV感染者療養環境特別加算
 - ト 診療所療養病床療養環境加算
 - チ 重症皮膚潰瘍^{かいよう}管理加算
 - リ 栄養管理実施加算
 - ヌ 医療安全対策加算
 - ル 褥瘡^{じよくそう}患者管理加算
 - ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

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） 120点

注 急性期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。）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、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（医療法第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。）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に適合している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・乳幼児救急医療管理加算（1日につき）

- 1 救急医療管理加算 800点
- 2 乳幼児救急医療管理加算 200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。）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、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 乳幼児救急医療管理加算は、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、入院した日から起算して7日を限度として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） 12,000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、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 連携医療機関である場合 1,300点
- 2 1以外の場合 650点

注 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に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C 0 0 3に掲げる在宅末期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。）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。

A 2 0 7 診療録管理体制加算（入院初日） 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。）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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

- 1 15対1補助体制加算 810点
- 2 20対1補助体制加算 610点

3	25対1 補助体制加算	490点
4	50対1 補助体制加算	255点
5	75対1 補助体制加算	180点
6	100対1 補助体制加算	138点

注 病院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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	急性期看護補助体制加算 1	120点
2	急性期看護補助体制加算 2	80点

注 病院勤務医及び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。

A 2 0 8 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。）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。）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。

A 2 0 9 削除

A 2 1 0 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。）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。）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、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。	
A 2 1 2 - 2	削除	
A 2 1 3	看護配置加算（1日につき）	12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。）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	109点
	2 看護補助加算 2	84点
	3 看護補助加算 3	56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。）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。	
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	12点
	4 4級地	10点

- 5 5級地 6点
6 6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4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4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。））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 HIV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 HIV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。））のうち、HIV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。））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。））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 |
| 3 療養病棟療養環境加算 3 | 90点 |
| 4 療養病棟療養環境加算 4 | 30点 |
- 注 療養病棟であって、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 3 診療所療養病床療養環境加算 (1日につき)
- | | |
|-------------------|------|
| 1 診療所療養病床療養環境加算 1 | 100点 |
| 2 診療所療養病床療養環境加算 2 | 40点 |
- 注 診療所の療養病床であって、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 4 無菌治療室管理加算 (1日につき) 3,000点
- 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、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。))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、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。))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^{かいよう}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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重症皮膚潰瘍^{かいよう}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^{かいよう}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) 400点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。))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。)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)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 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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第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4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 精神病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含む。）のうち、精神病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） 10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、精神病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病棟に入院した患者（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） 350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7日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき） 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（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、児童・思春期精神科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。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 1 - 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に適合している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、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。

A 2 3 1 - 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。
- A 2 3 1 - 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。
- A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 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、別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節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携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、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 3 3 栄養管理実施加算（1日につき） 12点
- 注 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節の短期滞在手術基本料のうち、栄養管理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 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点
- 注 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。）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回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 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。
- A 2 3 4 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 35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節の短期滞在手術基本料のうち、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 組織的な感染防止対策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、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A 2 3 5 褥瘡患者管理加算（入院中1回） 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、褥瘡患者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、必要があって褥瘡管理が行われた場合に、入院中1回に限り所定点数に加算する。

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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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。ただし、区分番号A 2 3 5に掲げる褥瘡患者管理加算は、別に算定できない。

A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき） 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、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。）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） 3,000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。）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 慢性期病棟等退院調整加算

1 慢性期病棟等退院調整加算 1

イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点

ロ 退院加算（退院時1回）

(1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 140点

(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 340点

2 慢性期病棟等退院調整加算 2

イ 退院支援計画作成加算（入院中1回） 100点

ロ 退院加算（退院時1回）

(1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点

(2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

注1 退院支援計画作成加算は、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、長期にわたり入院してい

る患者であって、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、慢性期病棟等退院調整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、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

2 退院加算は、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、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

1 急性期病棟等退院調整加算 1 140点

2 急性期病棟等退院調整加算 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が、退院困難な要因を有する入院中の患者（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歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）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、急性期病棟等退院調整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、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算（退院時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が、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A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（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、新生児特定集中治療室退院調整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、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 500点

注 急性期医療を担う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、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、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5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回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 3 8 - 2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B 0 0 5 - 2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)は、別に算定できない。

A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 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、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 4に掲げる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、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、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。ただし、区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)は、別に算定できない。

A 2 3 9 削除

A 2 4 0 総合評価加算（入院中1回） 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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第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（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、総合評価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、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場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 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。）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） 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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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、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 9,700点

ロ 4日以上7日以内の期間 8,775点

ハ 8日以上14日以内の期間 7,490点

2 救命救急入院料2

イ 3日以内の期間 11,200点

ロ 4日以上7日以内の期間 10,140点

ハ 8日以上14日以内の期間 8,890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 9,700点

(2) 4日以上7日以内の期間 8,775点

(3) 8日以上14日以内の期間 7,490点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 9,700点

(2) 4日以上7日以内の期間 8,775点

(3) 8日以上60日以内の期間 7,890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 11,200点

(2) 4日以上7日以内の期間 10,140点

(3) 8日以上14日以内の期間 8,890点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 11,200点

(2) 4日以上7日以内の期間 10,140点

(3) 8日以上14日以内の期間 8,890点

(4) 15日以上60日以内の期間 7,890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及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。

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、1日につき所定点数に1,000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救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。

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救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点を加算する。

6 注5に規定する加算を算定する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、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

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、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、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

8 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を除く。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）

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

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

9,200点

ロ 8日以上14日以内の期間

7,700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 9,200点
 - (2) 8日以上14日以内の期間 7,700点
- ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
 - (1) 7日以内の期間 9,200点
 - (2) 8日以上60日以内の期間 7,890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 1,500点
- ロ 8日以上14日以内の期間 1,000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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）
- 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（使用した酸素及び室素の費用を除く。）
- 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

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき） 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、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、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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）
- 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

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 5,700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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）
- 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

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 10,000点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 6,000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、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1,000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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）

- 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

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 7,000点
- 2 新生児集中治療室管理料 10,000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、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A303-2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1,000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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）

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） 5,400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1,000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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

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

A 3 0 4 削除

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 8,890点
- 2 8日以上14日以内の期間 7,690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法第6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、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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）

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

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 1,943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つて、当該他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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1,300点を所定点数に加算する。

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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入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。

A 3 0 7 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 4,500点
- 2 小児入院医療管理料2 4,000点
- 3 小児入院医療管理料3 3,600点
- 4 小児入院医療管理料4 3,000点
- 5 小児入院医療管理料5 2,100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日につき所定点数に100点を加算する。
- 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、1日につき所定点数に600点を加算する。
- 4 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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）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。
- 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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）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。
- 6 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、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、児童・思春期精神科入院医療管理加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 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 1,720点
（生活療養を受ける場合にあつては、1,706点）
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点
（生活療養を受ける場合にあつては、1,586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基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料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1を算定する患者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、重症患者回復病棟加算として、患者1人につき1日につき所定点数に50点を加算する。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者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日につき所定点数に60点を加算する。
- 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、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき所定点数に40点を加算する。
- 5 診療に係る費用（注2、注3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7部リハビリテーションの費用、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（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)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。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

- | | |
|----------------|--------|
| 1 亜急性期入院医療管理料1 | 2,050点 |
| 2 亜急性期入院医療管理料2 | 2,050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病室を有する保険医療機関（病院（亜急性期入院医療管理料2については、許可病床数が200床未満のものに限る。）に限る。）において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期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、亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として、亜急性期入院医療管理料2については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が亜急性期入院医療管理料に係る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。

- 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室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。
- 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、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、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（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 9 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 | 1,943点 |
| 2 | 特殊疾患病棟入院料 2 | 1,570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A 2 3 8 - 3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算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1,300点を所定点数に加算する。
- 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、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算並びに救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき） 3,780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算定する。ただし、悪性腫瘍しゅよう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A 1 0 0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 診療に係る費用（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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、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C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号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。

A 3 1 1 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 | 3,451点 |
| ロ | 31日以上 | 3,031点 |
| 2 | 精神科救急入院料 2 | |
| イ | 30日以内の期間 | 3,251点 |
| ロ | 31日以上 | 2,831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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、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 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下の場合) 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2 (イ以外の場合) 10点

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 1,920点
 - ロ 31日以上期間 1,600点
- 2 精神科急性期治療病棟入院料2
 - イ 30日以内の期間 1,820点
 - ロ 31日以上期間 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、当該施設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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、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 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下の場合) 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2 (イ以外の場合) 10点

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 3,451点
- 2 31日以上期間 3,031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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加

算、精神科応急入院施設管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第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一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、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 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点

A312 精神療養病棟入院料(1日につき) 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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・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一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、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 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点

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、1日につき40点を所定点数に加算する。

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 60日以内の期間 1,450点

ロ 61日以上期間 1,180点

2 認知症治療病棟入院料2

イ 60日以内の期間 1,070点

ロ 61日以上期間 970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、当該施設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、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。

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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・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

第4節 短期滞在手術基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | 短期滞在手術基本料 1 (日帰りの場合) | 2,800点 |
| 2 | 短期滞在手術基本料 2 (1泊2日の場合)
(生活療養を受ける場合にあつては、4,772点) | 4,800点 |
| 3 | 短期滞在手術基本料 3 (4泊5日までの場合)
(生活療養を受ける場合にあつては、5,600点) | 5,670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 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(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、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総たん白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LD)、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、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)及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原(定性、半定量)及びHCV抗体価(定性、定量)

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性たん白(CRP)定性及びC反応性たん白(CRP)

- 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、がん診療連携拠点病院加算及び栄養管理実施加算を除く。）
 - 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、第 2 章第 1 部医学管理等、第 3 部検査、第 4 部画像診断、第 5 部投薬、第 6 部注射、第 7 部リハビリテーション、第 8 部精神科専門療法、第 9 部処置及び第 13 部病理診断のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料 3 に含まれるものとする。
- イ 入院基本料（特別入院基本料等を除く。）
 - ロ 入院基本料等加算（区分番号 A 2 0 4 - 2 に掲げる臨床研修病院入院診療加算、区分番号 A 2 1 8 に掲げる地域加算、区分番号 A 2 1 8 - 2 に掲げる離島加算、区分番号 A 2 3 3 に掲げる栄養管理実施加算及び区分番号 A 2 3 4 に掲げる医療安全対策加算を除く。）
 - ハ 医学管理等（区分番号 B 0 0 1 - 4 に掲げる手術前医学管理料及び区分番号 B 0 0 1 - 5 に掲げる手術後医学管理料に限る。）
 - ニ 検査（区分番号 D 2 0 6、D 2 9 5 から D 3 2 5 まで及び D 4 0 1 から D 4 1 9 までに掲げる検査を除く。）
 - ホ 画像診断（第 2 章第 4 部通則第 4 号及び第 6 号に規定する画像診断管理加算 1 並びに同部通則第 5 号及び第 7 号に規定する画像診断管理加算 2 並びに区分番号 E 0 0 3 の 3 に掲げる動脈造影カテーテル法（イに限る。）を除く。）
 - ヘ 投薬（除外薬剤・注射薬を除く。）
 - ト 注射（除外薬剤・注射薬を除く。）
 - チ リハビリテーション（薬剤料に限る。）
 - リ 精神科専門療法（薬剤料に限る。）
 - ヌ 処置（1,000 点未満のものに限る。）
 - ル 病理診断（第 2 章第 13 部第 1 節の病理標本作製料に限る。）

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。

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、所定点数に220点を加算する。
- 2 特定薬剤治療管理料 470点
- 注1 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 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 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として算定する。
- 4 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 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 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、所定点数に2,740点を加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。

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、ロの所定点数に150点を加算する。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 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400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、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B 0 0 0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。

5 小児科療養指導料 250点

注1 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、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B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B 0 0 1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A 0 0 0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B 0 0 1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。

- 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。
- 7 難病外来指導管理料 250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。
- 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 130点
- 注 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特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月には月2回に限り、その他の月には月1回に限り算定する。
- 10 入院栄養食事指導料 130点
- 注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

- 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、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
 イ 遠隔モニタリングによる場合 460点
 ロ イ以外の場合 320点
 注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等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、イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。
- 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に掲げる埋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埋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、所定点数に140点を加算する。
- 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。
- 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看護師又は保健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に掲げる人工内耳埋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 480点
 ロ イ以外の場合 400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、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に掲げる人工内耳埋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。
- 15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,305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 尿沈渣顕微鏡検査
 ハ 糞便検査
 潜血反応検査、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、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像
 ホ 出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

へ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GT）、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（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、マグネシウム、P及び HPO_4 、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）、遊離脂肪酸、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 D_3 （1, 25(OH) $_2\text{D}_3$ ）、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、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（ T_3 ）、サイロキシン（ T_4 ）、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（ FT_3 ）、C-ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（ FT_4 ）、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）

チ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価（定性、定量）

ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（ CH_{50} ）、免疫グロブリン、補体蛋白（ C_3 ）、補体蛋白（ C_4 ）、トランスフェリン、 β_2 -マイクログロブリン（ $\beta_2\text{-m}$ ）

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）

16 喘息治療管理料

イ 1月目 75点
ロ 2月目以降 25点

注1 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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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4、区分番号A001に掲げる再診料の注3又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注4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、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

- (1) 1月目 2,525点
- (2) 2月目以降6月目まで 1,975点
- 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 500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 埋込型補助人工心臓指導管理料 6,000点
- 注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる埋込型補助人工心臓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、体内埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、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。
- 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 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、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。

23 がん患者カウンセリング料 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

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せんを交付する場合

イ 初診時 560点

ロ 再診時 380点

2 1以外の場合

イ 初診時 670点

ロ 再診時 490点

注1 小児科を標榜する保険医療機関であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は第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については、算定しない。

3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5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4及び注5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3及び注4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4及び注5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。

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1 400点

2 地域連携小児夜間・休日診療料2 550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、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。

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小児科を標榜する保険医療機関において、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は、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。

- 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 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、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（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 - 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せんを交付する場合
- 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 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、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、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C 1 0 1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1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料を除く。）、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っ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、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
- B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料
- 1 初回 230点
 2 2回目から4回目まで 184点
 3 5回目 180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、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。
- 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。
- B 0 0 1 - 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L 0 0 2に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L 0 0 4に掲げる脊椎麻酔又は区分番号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、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、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）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（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、末梢血液像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、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LD)、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、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及び血液ガス分析

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。

B001-7 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って、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、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っ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、1回に限り算定する。

B002 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A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料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 1,000点

2 1以外の場合 600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に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、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、当該入院中2回に限り算定できる。

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に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

B005 退院時共同指導料2 300点

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。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。

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地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の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が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、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。）又は居宅介護支援事業者の介護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、所定点数に2,000点を加算する。

4 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 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、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や退院後に利用可能な介護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。ただし、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（居宅介護支援事業者の介護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。

B005-2 地域連携診療計画管理料 900点

注1 転院後又は退院後の地域における患者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「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別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、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別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に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 3 地域連携診療計画退院時指導料(I)

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（計画管理病院を除く。）が、区分番号B 0 0 5 - 2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、計画管理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、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（計画管理病院を除く。）が、患者の同意を得た上で、注1に規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う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には、地域連携診療計画退院計画加算として、所定点数に100点を加算する。
- 3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者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)の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。
- 4 当該患者に対して行われた区分番号B 0 0 5 - 1 - 2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 区分番号A 2 3 8に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A 2 3 8 - 2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A 2 3 8 - 5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、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 - 3 - 2 地域連携診療計画退院時指導料(II)

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（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理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、所定点数を算定する。
- 2 注1の規定に基づく計画管理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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 5 - 4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)

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、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)

350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^{べん}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 750点

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

B 0 0 5 - 7 認知症専門診断管理料 500点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関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に対して、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、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 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。
- 3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 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、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。

B 0 0 6 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。

B 0 0 6 - 2 削除

B 0 0 6 - 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。

B 0 0 7 退院前訪問指導料 410点

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

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。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点

2 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に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点

3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 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及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3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回に限り、月4回を限度として算定する。

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、1回につき所定点数に50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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

B 0 0 9 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項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護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、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、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疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター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、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、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、所定点数に200点を加算する。
- 8 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、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。
- 9 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、所定点数に100点を加算する。
- 10 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、所定点数に50点を加算する。
- 11 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、患者の同意を得て、精神科を標榜する^{ぼう}別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患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算する。
- 12 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、所定点数に50点を加算する。

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。

B011及び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手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。
- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方せん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 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。

B015からB018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在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、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については325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（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。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。
- 2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
 - 3 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
 - 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って算定する。
 - 5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

- 1 同一建物居住者以外の場合 830点
- 2 同一建物居住者の場合 200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、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、その同意を得て、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。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（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。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。
- 2 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。

- 3 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訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。
- 4 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
- 5 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には、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、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、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（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場合を含む。）には、所定点数に10,000点を加算する。
- 6 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注5のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。
- 7 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は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 8 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若しくはその連携保険医療機関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。
- 9 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

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の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
 - 2 1以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500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（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（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。
- 2 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。
 - 3 在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料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、所定点数に100点を加算する。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。
 - 4 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、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

5 区分番号C002-2に掲げる特定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。

C002-2 特定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の場合

- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
- ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点

2 1以外の場合

- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
- ロ 処方せんを交付しない場合 1,800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（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、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

2 特定施設入居時等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。

3 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、所定点数に100点を加算する。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。

4 特定施設入居時等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、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

5 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。

C003 在宅末期医療総合診療料（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せんを交付する場合 1,495点
- 2 1以外の場合 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しゅようの患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、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 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。

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、在宅末期医療総合診療料に含まれるものとする。

4 在宅末期医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。

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、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1 保健師、助産師又は看護師による場合

- イ 週3日目まで 555点
- ロ 週4日目以降 655点

2 准看護師による場合

- イ 週3日目まで 505点
- ロ 週4日目以降 605点

- 注1 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。以下注7及び注8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、助産師若しくは看護師又は准看護師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者については1月に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 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、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。
 - 3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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日につき所定点数に265点を加算する。
 - 4 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回に限り、所定点数に520点を加算する。
 - 5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。
 - 6 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、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
 - イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った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・指導を行った場合 430点
 - ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点
 - 7 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、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回に限り所定点数に300点を加算する。
 - 8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、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回に限り所定点数に200点を加算する。

9 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。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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、所定点数に2,000点を加算する。

10 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、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、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、所定点数に250点を加算する。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、所定点数に500点を加算する。

11 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、助産師又は看護師による場合	
イ 週3日目まで	430点
ロ 週4日目以降	530点
2 准看護師による場合	
イ 週3日目まで	380点
ロ 週4日目以降	480点

注1 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。以下注7及び注8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、助産師若しくは看護師又は准看護師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に掲げる在宅患者訪問看護・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者については1月に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 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、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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日につき所定点数に265点を加算する。

4 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回に限り、所定点数に520点を加算する。

- 5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、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、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。
- 6 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、複数名訪問看護加算として、週1日に限り、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 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った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・指導を行った場合 430点
 - ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点
- 7 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、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、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。
- 8 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又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、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、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。
- 9 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。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。
- 10 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、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、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、所定点数に250点を加算する。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、所定点数に500点を加算する。
- 11 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 0 5 - 2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 60点

注 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 5 - 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、訪問を行う看護師等に対して、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月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

2 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、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、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、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、所定点数に100点を加算する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385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薬剤管理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。）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、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月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、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

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。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 530点
- 2 同一建物居住者の場合 450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（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栄養食事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。)であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、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(同一建物居住者に限る。)であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

2 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。

C 0 1 0 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、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A 0 0 0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B 0 0 1の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1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B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B 0 0 1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B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)、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に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C 0 0 3に掲げる在宅末期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。

C 0 1 1 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看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き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（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、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、紹介が行われた月に限り、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、所定点数に200点を加算する。 | |
| C101 | 在宅自己注射指導管理料 | 820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、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 | |
| 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。 | |
| C102 | 在宅自己腹膜灌流指導管理料 | 3,800点 |
| | 注1 在宅自己連続携行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、在宅自己連続携行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 | 1,300点 |
| | 2 その他の場合 | 2,500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、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。 | |

- C 1 0 4 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。
- C 1 0 5 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。
- C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料 1,800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、所定点数に含まれるものとする。
- C 1 0 7 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。
- C 1 0 7—2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250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、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。
- C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500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、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C 1 0 9 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B 0 0 1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 0 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点
注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、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。
- C 1 1 1 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I 2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。
- C 1 1 2 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患者に対して、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。
- C 1 1 3 削除
- C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500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B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1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。

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。

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 | 400点 |
| 2 | 月40回以上測定する場合 | 580点 |
| 3 | 月60回以上測定する場合 | 860点 |
| 4 | 月80回以上測定する場合 | 1,140点 |
| 5 | 月100回以上測定する場合 | 1,320点 |
| 6 | 月120回以上測定する場合 | 1,500点 |
- 注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）
- ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）
- ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- 2 4から6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 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）
- ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- C 1 5 1 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。
- C 1 5 2 間歇注入シリンジポンプ加算 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、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 酸素ポンベ加算
- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 携帯用酸素ポンベ | 880点 |
| 2 | 1以外の酸素ポンベ | 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、酸素ポンベを使用した場合に、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、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に掲げる酸素ポンベ加算の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、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、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若しくは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又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しく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、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。
- C 1 6 2 在宅成分栄養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を行っている入院中の患者以外の患者に対して、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。
- C 1 6 3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600点
注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 6 4 人工呼吸器加算
1 陽圧式人工呼吸器 7,000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 6,000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 7,000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。
- C 1 6 5 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210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、経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C 1 6 6 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。
- C 1 6 7 疼痛管理用送信器加算 600点
注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、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^{とう}の患者に対して、疼痛管理^{とう}用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 8 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。

C 1 6 9 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。

C 1 7 0 排痰^{たん}補助装置加算 1,800点

注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰^{たん}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。

第3節 薬剤料

区分

C 2 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

区分

C 3 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検査の検査料は、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、第1款の各区分の所定点数に1日につき110点を加算する。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、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、B-J蛋白定性、尿グルコース	9点
3	ポルフィリン定性、アマラーゼ（定性、半定量）	10点
4	ビリルビン	12点
5	ウロビリルン、尿中ウロビリノゲン、先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト、尿浸透圧	16点
6	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	17点
7	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）	41点
8	尿中アルブミン定性	49点
9	尿中黄体形成ホルモン（LH）定性、尿中フィブリン分解産物（FDP）	72点

- 10 尿中マイクロトランスフェリン、尿中ウロポルフィリン、尿中マイクロアルブミン、尿中デルタアミノレブリン酸、尿中ポリアミン 115点
- 11 尿中ミオイノシトール 120点
- 12 尿中コプロポルフィリン 150点
- 13 尿中ポルフォビリノゲン 200点
- 14 尿中IV型コラーゲン 210点
- 15 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
- 16 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又は区分番号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若しくは区分番号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又は区分番号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若しくは区分番号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 尿沈渣顕微鏡検査 25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、9点を加算する。

D002-2 フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定 30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 潜血反応検査 9点
- 2 糞便中虫卵検出(集卵法)、糞便中ウロビリルン、糞便中ウロビリノゲン 15点
- 3 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
- 4 糞便中虫体検出 23点
- 5 糞便中脂質 25点
- 6 糞便中ヘモグロビン定性 37点
- 7 糞便中虫卵培養検査 40点
- 8 糞便中ヘモグロビン 42点
- 9 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン 57点
- 10 糞便中キモトリプシン 80点

D004 穿刺液・採取液検査

- 1 胃酸度測定 15点
- 2 ヒューナー検査 20点
- 3 胃液又は十二指腸液一般検査 55点
- 4 髄液一般検査 62点
- 5 精液一般検査 70点
- 6 頸管粘液検査 75点
- 7 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性、涙液中総IGE定性 100点
- 8 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ 135点
- 9 膺分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量 170点
- 10 マイクロバブルテスト 200点

11	関節液中コンドロカルシン	300点
12	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白 (S P - A)	380点
13	I g G インデックス	460点
14	髄液オリゴクロナルバンド	560点
15	髄液M B P	620点
16	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
17	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
18	その他	検査の種類の違いにより区分番号D 0 0 7 に掲げる血液化学検査又は区分番号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若しくは区分番号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又は区分番号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若しくは区分番号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	2,000点
2	抗悪性腫瘍剤感受性検査 (H D R A 法又はC D - D S T 法)	2,000点
	(血液学的検査)	

D 0 0 5	血液形態・機能検査	
1	赤血球沈降速度	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、鼻汁喀痰中好酸球検査	15点
4	好酸球数	17点
5	末梢血液像	18点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ27点を加算する。	
6	末梢血液一般検査	21点
7	血中微生物検査	40点
8	赤血球抵抗試験	45点
9	自己溶血試験、血液粘稠度、ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c})	50点
10	ヘモグロビンF (HbF)	60点
11	動的赤血球膜物性検査	130点
12	デオキシチミジンキナーゼ (T K) 活性	240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 (T d T)	250点
14	骨髓像	880点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ40点を加算する。	
15	モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査 (一連につき)	1,000点

D 0 0 6	出血・凝固検査	
1	出血時間	15点
2	プロトロンビン時間、凝固時間、トロンボテスト	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、クリオフィブリノゲン検査	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、ヘパプラスチンテスト	29点
8	血小板凝集能	50点

9	血小板粘着能	65点
10	アンチトロンビンⅢ	70点
11	フィブリン分解産物 (FDP)、プラスミン、全血凝固溶解時間測定 (Ratnoff法等)、血清全プラスミン測定法 (血清SK活性化プラスミン値)、プラスミン活性値、 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	95点
13	プラスミノゲン、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	フィブリノゲン分解産物	120点
15	D-Dダイマー定性、 α_2 -マクログロブリン、アンチプラスミン、フォン・ウィルブランド因子活性	140点
16	PIVKAⅡ、D-Dダイマー	150点
17	凝固因子インヒビター、フォン・ウィルブランド因子抗原	160点
18	プロテインS、 α_2 -プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	170点
19	血小板第4因子 (PF ₄)、 β -トロンボグロブリン	180点
20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体 (TAT)、プロトロンビンフラグメントF1+2	200点
21	トロンボモジュリン	215点
22	フィブリンモノマー複合体、凝固因子 (Ⅱ、V、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、X、XI、XII、XIII)	240点
23	プロテインC、tPA・PAI-1複合体	260点
24	フィブリノペプチド	300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24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	750点
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査) ^{しゅよう}	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行われる場合に算定する。	
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査	1,200点
D006-4	遺伝学的検査	4,000点
D006-5	染色体検査 (すべての費用を含む。)	2,600点
注	分染法を行った場合は、400点を加算する。	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400点
D006-7	WT1 mRNA核酸増幅検査、サイトケラチン (CK) 19mRNA、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型 (生化学的検査(I))	2,000点
D007	血液化学検査	
1	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白 ^{たん} 、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ (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 ^こ 、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LD)、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	11点
2	リン脂質	15点
3	遊離脂肪酸	16点
4	HDL-コレステロール、前立腺 ^{せん} 酸ホスファターゼ、P及びHPO ₄ 、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
5 LDL-コレステロール、 ^{たん} 蛋白分画	18点
6 銅	23点
7 リパーゼ	24点
8 イオン化カルシウム	26点
9 マンガン	27点
10 ムコ ^{たん} 蛋白	29点
11 ケトン体、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)	31点
12 アデノシンデアミナーゼ	32点
13 グアナーゼ	35点
14 リポプロテイン	45点
15 有機モノカルボン酸、胆汁酸、アルカリホスファターゼ・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、乳酸脱水素酵素・アイソザイム、重炭酸塩	48点
16 AST・アイソザイム	49点
17 アンモニア、リポ ^{たん} 蛋白分画(アガロース法)	50点
18 CK・アイソザイム、グリコアルブミン	55点
19 コレステロール分画	57点
20 カタラーゼ、ケトン体分画	60点
21 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
22 G-6-PDH、リポ ^{たん} 蛋白分画(ポリアクリルアミド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)、グリココール酸	80点
23 CK-MB	90点
24 ^{すい} 膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)、乳酸脱水素酵素・アイソザイム 1型、アポリ ^{たん} 蛋白	95点
25 シスチンアミノペプチダーゼ(CAP)	100点
26 ヘパリン、リポ ^{たん} 蛋白(a)	110点
27 心筋トロポニンI、シアル化糖鎖抗原KL-6、フェリチン、アルコール、ペントシジン、イヌリン	120点
28 サーフアクタントプロテインA(SP-A)、心筋トロポニンT(定性、定量)、ガラクトース、アルミニウム、シスタチンC	130点
29 サーフアクタントプロテインD(SP-D)	140点
30 血液ガス分析、亜鉛、ミオグロビン、ヒト心臓由来脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白(H-FABP)、P-III-P、IV型コラーゲン、アルブミン非結合型ビリルビン、ピルビン酸キナーゼ(PK)	150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。	
31 アンギオテンシンI転換酵素(ACE)、IV型コラーゲン・7S、ビタミンB ₁₂	160点
32 葉酸	170点
33 アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	180点
34 アセトアミノフェン、 ^{ちっ} 脛分泌液中インスリン様成長因子結合 ^{たん} 蛋白1型(IGFBP-1)、ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖I	190点
35 レムナント様リポ ^{たん} 蛋白(RLP)コレステロール、トリプシン、MDA-LDL	200点
36 赤血球コプロポルフィリン、 ^{すい} 膵ホスホリパーゼA ₂ (^{すい} 膵PLA ₂)	210点
37 リポ ^{たん} 蛋白リパーゼ、肝細胞増殖因子(HGF)、CKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230点

38	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性、 ^{ちつ} 腔分泌液中 α -フェトプロテイン	250点
39	ビタミンB ₁	270点
40	赤血球プロトポルフィリン、ビタミンB ₂	280点
41	プロカルシトニン (PCT)	320点
42	ビタミンC	330点
43	1, 25ジヒドロキシビタミンD ₃ (1, 25 (OH) ₂ D ₃)	400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9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	95点
	ロ 8項目又は9項目	104点
	ハ 10項目以上	123点
	注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。	

(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)、17-ヒドロキシコルチコステロイド (17-OHCS)	60点
3	17-ケトステロイド (17-KS)、ホモバニール酸 (HVA)	70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)	100点
7	レニン活性	110点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)、甲状腺 ^{せん} 刺激ホルモン (TSH)、ガストリン、レニン定量	115点
9	サイロキシシン (T ₄)、インスリン (IRI)	120点
10	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)	125点
11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)、サイロキシシン結合能 (TBC)、遊離サイロキシシン (FT ₄)、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール、アルドステロン、サイロキシシン結合 ^{たん} 蛋白 (TBG)、テストステロン、サイログロブリン、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端 ^{じゆう} フラグメント (NT-proBNP)	140点
12	ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン β (HCG β) 分画、グルカゴン、カルシトニン	150点
13	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)	160点
14	オステオカルシン、骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、尿中 β クロスラプス、セクレチン、プロジェステロン、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG)、遊離テストステロン、 β クロスラプス (尿を除く。)、低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	170点
15	サイクリックAMP (C-AMP)、エストリオール (E ₃)、エストロジェン、副甲状腺 ^{せん} ホルモン関連 ^{たん} 蛋白C端フラグメント (C-PThrP)	180点
16	副甲状腺 ^{せん} ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画、DHEA-S	190点
17	尿中デオキシピリジノリン、副甲状腺 ^{せん} ホルモン関連 ^{たん} 蛋白 (PThrP)、17-ケトジェニックステロイド (17-KGS)、エストラジオール (E ₂)	200点
18	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、17-ケトジェニックステロイド分画 (17-KGS分画)、カテコールアミン、17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、エリ	

	スロポエチン、17 α -ヒドロキシプロジェステロン、抗IA-2抗体、プレグナンジオール	220点
19	メタネフリン、ソマトメジンC、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)、メタネフリン・ノルメタネフリン分画、アルギニンバソプレッシン	240点
20	プレグナントリオール、ノルメタネフリン	250点
21	インスリン様成長因子結合タンパク3型(IGFBP-3)	280点
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21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	630点
	ハ 8項目以上	900点
D009	腫瘍 ^{しゅよう} マーカー	
1	尿中BTA	80点
2	癌 ^{がん} 胎児性抗原(CEA)、 α -フェトプロテイン(AFP)、組織ポリペプチド抗原(TPA)、扁平上皮癌 ^{がん} 関連抗原(SCC抗原)	115点
3	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3、前立腺 ^{せん} 酸ホスファターゼ抗原	130点
4	エラスターゼ1	135点
5	PSA、CA19-9	140点
6	塩基性フェトプロテイン(BFP)、CA72-4、CA-50、SPan-1抗原、シアリルTn抗原、神経特異エノラーゼ(NSE)、PIVKAII	150点
7	尿中NMP22、シアリルLe ^x -i(SLX)抗原、CA125、尿中サイトケラチン	
8	8・サイトケラチン18総量	160点
8	シアリルLe ^x (CSLEX)抗原、フリーPSA/トータルPSA比、BCA225、I型プロコラーゲン-C-プロペプチド、I型コラーゲンCテロペプチド、SP	
1	1、血清中抗p53抗体	170点
9	サイトケラチン19フラグメント、ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180点
10	尿中遊離型フコース、CA602、AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L ₃ %)、CA54/61、癌 ^{がん} 関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190点
11	γ -セミノプロテイン、CA130、尿中ヒト ^{しゅよう} 絨毛性ゴナドトロピン β 分画コア(HCG β -CF)	200点
12	腭癌 ^{すいがん} 胎児性抗原(POA)	220点
13	乳頭分泌液中CEA、乳頭分泌液中HER2タンパク、血清中HER2タンパク	320点
14	インターロイキン2受容体(IL-2R)	460点
注1	診療 ^{しゆりょう} 及び腫瘍 ^{しゅよう} マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍 ^{しゅよう} の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍 ^{しゅよう} 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 ^{しゅよう} 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14までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ 2項目	230点
	ロ 3項目	290点
	ハ 4項目以上	420点
D010	特殊分析	
1	尿中糖分析	38点

2	結石分析	120点
3	チロシン	200点
4	総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比	300点
5	アミノ酸	
イ	1種類につき	320点
ロ	5種類以上	1,300点
6	アミノ酸分析（定性）	350点
7	脂肪酸分画	450点
8	先天性代謝異常症検査	1,200点

注 当該保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。

（免疫学的検査）

D 0 1 1 免疫血液学的検査

1	A B O血液型、Rh(D)血液型	21点
2	クームス試験	
イ	直接	30点
ロ	間接	34点
3	Rh（その他の因子）血液型	160点
4	赤血球不規則抗体検査	170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K 8 9 8に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

5	α -D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び α -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	200点
6	P A I g G（血小板関連 I g G）	210点
7	A B O血液型亜型	260点
8	抗血小板抗体検査	270点

D 0 1 2 感染症免疫学的検査

1	梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O価）	15点
2	トキソプラズマ抗体価（半定量）	27点
3	抗ストレプトキナーゼ価（A S K価）	29点
4	T P H A試験（定性）、マイコプラズマ抗体価	32点
5	抗連鎖球菌多糖体抗体（A S P）、梅毒脂質抗原使用検査	34点
6	T P H A試験	53点
7	アデノウイルス抗原（定性）、迅速ウレアーゼ試験	60点
8	ロタウイルス抗原	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体（定性、半定量）、クラミジア・ニューモニエ I g G抗体価	70点
10	クラミジア・ニューモニエ I g A抗体価	75点
11	クロストリジウム・ディフィシル抗原、ウイルス抗体価（半定量）（1項目当たり）、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌 ^{せき} 抗体価（半定量）	80点

注 同一検体についてウイルス抗体価の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。

12	H T L V - I抗体価（半定量）	85点
13	トキソプラズマ抗体価、トキソプラズマ I g M抗体価	95点
14	抗デオキシリボヌクレアーゼ B 価（A D N a s e B）、抗溶連菌エステラーゼ抗体（A S E）	100点
15	抗抗酸菌抗体価、H I V - 1抗体価	120点

16	H I V - 1, 2 抗体価	130点
17	A 群 β 溶連菌迅速試験、ノイラミニダーゼ	140点
18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ b 型抗原、インフルエンザウイルス抗原、カンジダ抗原、糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原、RS ウイルス抗原、FTA - A B S 試験	150点
19	D - アラビニトール、抗クラミジア・ニューモニエ I gM 抗体価	160点
20	大腸菌 O157 L P S 抗原、クラミジアトラコマチス抗原、アスペルギルス抗原、マイコプラズマ抗原 (咽頭内)	170点
21	淋菌抗原同定検査、大腸菌 O157 L P S 抗体、単純ヘルペスウイルス特異抗原、大腸菌抗原同定検査	180点
22	クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原、H T L V - I 抗体価	190点
23	ブルセラ凝集反応、アデノウイルス抗原、尿中肺炎球菌 荚膜抗原、抗アニサキス I gG ・ A 抗体価、レプトスピラ抗体価	210点
24	ツツガムシ抗体価、グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価、(1 → 3) - β - D - グルカン、サイトメガロウイルス抗体価	220点
25	赤痢アメーバ抗体価、グロブリンクラス別ウイルス抗体価	230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精密測定を行った場合は、2 項目を限度として算定する。	
26	尿中レジオネラ抗原、上皮細胞中水痘ウイルス抗原	240点
27	エンドトキシン検査、抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	270点
28	H I V - 1 抗体価 (ウエスタンブロット法)	280点
29	百日咳菌抗体価、結核菌群抗原、ダニ特異 I gG 抗体価、ワイルフェリックス反応	300点
30	H I V - 2 抗体価 (ウエスタンブロット法)	380点
31	白血球中サイトメガロウイルス pp65 抗原	410点
32	H T L V - I 抗体価 (ウエスタンブロット法)	450点
33	H I V 抗原	600点
D 0 1 3	肝炎ウイルス関連検査	
1	H B s 抗原 (定性、半定量)	29点
2	H B s 抗体価 (半定量)	32点
3	H B s 抗原、H B s 抗体価	90点
4	H B e 抗原、H B e 抗体価	110点
5	H C V 抗体価 (定性、定量)、H C V コア蛋白質	120点
6	H B c 抗体価、I gM - H A 抗体価、H A 抗体価、I gM - H B c 抗体価、H C V コア抗体価	150点
7	H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	160点
8	H C V 特異抗体価測定による群別判定	240点
9	B 型肝炎ウイルスコア関連抗原 (H B cr A g)	290点
10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	330点
11	H C V 特異抗体価	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 11 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	494点
D 0 1 4	自己抗体検査	
1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子	30点

3	サイロイドテスト、マイクロゾームテスト	37点
4	Donath-Landsteiner試験（寒冷溶血反応）	55点
5	LEテスト	68点
6	抗核抗体価（蛍光抗体法を除く。）、インスリン抗体	110点
7	抗核抗体価（蛍光抗体法）	115点
8	抗ガラクトース欠損IgG抗体価、マトリックスメタロプロテインナーゼ-3（MP-3）	120点
9	抗J _o -1抗体、抗サイログロブリン抗体、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体、抗RNP抗体	150点
10	抗Sm抗体、抗SS-A/Ro抗体、抗SS-B/La抗体、抗Scl-70抗体、C ₁ q結合免疫複合体	170点
11	抗DNA抗体価	180点
12	抗セントロメア抗体	190点
13	モノクローナルRF結合免疫複合体	200点
14	C ₃ d結合免疫複合体、IgG型リウマチ因子、抗シトルリン化ペプチド抗体、抗ミトコンドリア抗体	210点
15	抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI（抗CLβ ₂ GPI）複合体抗体、抗LKM-1抗体	230点
16	抗カルジオリピン抗体、TSHレセプター抗体	250点
17	血清中抗デスモグレイン3抗体、血清中抗BP180NC16a抗体	270点
18	ループスアンチコアグラント、細胞質性抗好中球細胞質抗体価、抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）、抗糸球体基底膜抗体	290点
19	血清中抗デスモグレイン1抗体	300点
20	TSH刺激性レセプター抗体（TSA _b ）	350点
21	IgG4	400点
22	抗GM1IgG抗体、抗GQ1bIgG抗体	460点
23	抗アセチルコリンレセプター抗体価	900点
24	グルタミン受容体自己抗体	1,000点
注	本区分の9及び10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。	

D015 血漿蛋白質免疫学的検査

1	C反応性たんぱく（CRP）定性、C反応性たんぱく（CRP）	16点
2	赤血球コプロポルフィリン定性、G-6-Pase	30点
3	G-6-PDH定性、赤血球プロトポルフィリン定性	34点
4	血清補体価（CH ₅₀ ）、免疫グロブリン	38点
5	クリオグロブリン	42点
6	血清アミロイドA（SAA）たんぱく	48点
7	トランスフェリン	60点
8	補体たんぱく（C ₃ ）、補体たんぱく（C ₄ ）	70点
9	セルロプラスミン	90点
10	非特異的IgE	100点
11	特異的IgE	110点
注	特異的IgE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。	
12	β ₂ -マイクログロブリン（β ₂ -m）、プレアルブミン	115点
13	レチノール結合たんぱく（RBP）	140点
14	α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）	150点
15	C ₃ プロアクチベータ	160点

16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン (HRT)	170点
17	ヘモペキシン	180点
18	血中APRスコア、アトピー鑑別試験、ヒトTARC	200点
19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210点
20	尿蛋白免疫電気泳動	220点
21	免疫電気泳動法 (同一検体に対して一連につき)	240点
22	C ₁ インアクチベータ	290点
23	免疫グロブリンL鎖κ/λ比	340点
24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン-γ	600点
D016	細胞機能検査	
1	表面免疫グロブリン (一連につき)	170点
2	顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき)	200点
3	フローサイトメトリー法によるT細胞・B細胞百分率検査、モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査 (一連につき)	210点
4	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
5	フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査	270点
6	リンパ球幼若化検査 (一連につき)	350点
	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	42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、所定点数に32点を加算する。	
2	保温装置使用アメーバ検査	45点
3	その他のもの	40点
D018	細菌培養同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	140点
2	消化管からの検体	140点
3	血液又は穿刺液	150点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	130点
5	その他の部位からの検体	120点
6	簡易培養検査	60点
	注 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、80点を加算する。	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	140点
2	2菌種	180点
3	3菌種以上	230点
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	130点
D020	抗酸菌分離培養検査	
1	抗酸菌分離培養検査1	200点
2	抗酸菌分離培養検査2	180点
D021	抗酸菌同定検査 (種目数にかかわらず一連につき)	290点
D022	抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく)	300点
	注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	白血球中細菌核酸同定検査 (1菌種当たり)	130点
2	淋菌核酸同定検査、クラミジアトラコマチス核酸同定検査	210点
3	HBV核酸定量検査	290点
4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査	300点

5	DNAポリメラーゼ	310点
6	HCV核酸同定検査、HPV核酸同定検査	360点
	注 HPV核酸同定検査については、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、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。	
7	抗酸菌群核酸同定検査、結核菌群核酸同定検査	410点
8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査	430点
9	HCV核酸定量検査、血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査、SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	450点
10	HIV-I核酸定量検査	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、130点を加算する。	
11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点
12	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000点
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蛋白 ^{たん} 2' (PBP2')	55点
2	尿素呼気試験	70点
3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (TDH) 検査	150点
4	大腸菌ベロトキシン検査	200点
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 ^さ 顕微鏡検査	
ニ	糞便 ^{ふん} 検査	
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	血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器 ^{しゅよう} 腫瘍核酸増幅同定検査)	
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 梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗ストレプトリジンO価 (ASO価)、トキソプラズマ抗体価 (半定量)、梅毒脂質抗原使用検査、TPHA試験、TPHA試験 (定性) 及びHIV-1抗体価	
ヲ	肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原 (定性、半定量)、HBs抗体価 (半定量)、HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価 (定性、定量) 及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	
ワ	自己抗体検査	

寒冷凝集反応及びリウマトイド因子
 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(CH₅₀)
 及び免疫グロブリン

ヨ 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	血液学的検査判断料	125点
3	生化学的検査(I)判断料	144点
4	生化学的検査(II)判断料	144点
5	免疫学的検査判断料	144点
6	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、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あっては、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 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

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D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。

D027 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D026に掲げる検体検査判断料の注3本文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、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30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 深部体温計による深部体温測定

チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

リ 脳波検査の注2に掲げるもの

ヌ 脳波検査判断料

ル 神経・筋検査判断料

ヲ ラジオアイソトープ検査判断料

ワ 内視鏡検査の通則第3号に掲げるもの

カ 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算

ヨ 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、^{すい}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D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15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 深部体温計による深部体温測定

チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

リ 脳波検査の注2に掲げるもの

ヌ 脳波検査判断料

ル 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加算する。

D 2 0 0	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。）	80点
	2 フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む。）	80点
	3 機能的残気量測定	130点
	4 呼気ガス分析	100点
	5 左右別肺機能検査	1, 010点
D 2 0 1	換気力学的検査	
	1 呼吸抵抗測定	70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
D 2 0 2	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
D 2 0 3	肺胞機能検査	
	1 肺拡散能力検査	135点
	2 死腔量測定、肺内シャント検査	135点
D 2 0 4	基礎代謝測定	85点
D 2 0 5	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。	
D 2 0 6	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、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・誘発試験又は冠動脈造影を行った場合は、それぞれ800点、2, 000点、200点、200点、200点、600点又は1, 400点を加算する。	
	3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。	
	4 厚生労働大臣の定める施設基準を満たす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所定点数に300点を加算する。	
	5 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。	
	6 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。	
	7 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。	
D 2 0 7	体液量等測定	
	1 体液量測定、細胞外液量測定	60点
	2 血流量測定、皮弁血流検査、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使用皮膚表面温度測定、血管伸展性検査	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、開始日に限り1, 300点	

を加算する。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	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	バリストカルジオグラフ	90点
	注 2方向以上の記録による場合は所定点数に90点を加算する。	
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	320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	1,500点
	注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500点
D210-3	埋込型心電図検査	90点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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 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。	
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800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D200に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同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、所定点数に100点を加算する。	
D211-2	喘息運動負荷試験	800点
	注 喘息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。	
D212	リアルタイム解析型心電図	500点
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500点
D213	心音図検査	150点
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査	
1	2検査	80点
2	3又は4検査	130点
3	5又は6検査	180点
4	7検査以上	220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4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 260点
(超音波検査等)

通則

区分番号D 2 1 5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 胸腹部 530点
- ロ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢^{しやう}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 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限り算定する。

- 4 ドブラ法（1日につき）
- イ 胎児心音観察、末梢^{しやう}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 3,600点

注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。
この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号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、パルスドブラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
- 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 ドブラ法について、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。

D 2 1 6 サーモグラフィ検査（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、負荷の種類又は回数にかかわらず所定点数に100点を加算する。

D 2 1 6 - 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。

D 2 1 7	骨塩定量検査	
1	DEXA法による腰椎 ^{つひ} 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、大腿骨同時撮影加算として、所定点数に90点を加算する。	
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)	
D 2 1 8	分娩 ^{べん} 監視装置による諸検査	
1	1時間以内の場合	400点
2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550点
3	1時間30分を超えた場合	700点
D 2 1 9	ノンストレステスト(一連につき)	200点
D 2 2 0	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。	
D 2 2 1	削除	
D 2 2 2	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)	600点
D 2 2 3	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30点
	注 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 5-3	24時間自由行動下血圧測定	200点
D 2 2 6	中心静脈圧測定(1日につき)	
1	4回以下の場合	100点
2	5回以上の場合	200点
	注 カテーテルの交換 ^{がい} の有無にかかわらず一連として算定する。	
D 2 2 7	頭蓋 ^{がい} 内圧持続測定	

1	1時間以内又は1時間につき	100点
2	3時間を超えた場合（1日につき）	400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	150点
2	2時間を超えた場合（1日につき）	450点
注1	バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、開始日に限り所定点数に1,300点を加算する。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	人工臓腑（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	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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 2	食道内圧測定検査	650点
D 2 3 3	直腸肛門機能検査	
1	1項目行った場合	800点
2	2項目以上行った場合	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）	1,000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。）	600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、これらの検査の別にかかわらず250点を加算する。	
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）	400点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届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）	700点
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	670点
2	視覚誘発電位	670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	670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	800点
D 2 3 6-2	光トポグラフィー	670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	神経磁気診断	5,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 3 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 1以外の場合	3,300点
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	140点
	注 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。 (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))	200点
	2 誘発筋電図 (神経伝導速度測定を含む。) (1神経につき)	150点
	3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 (一連につき)	400点
	注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。	
	2 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 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	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行われる場合に限り算定する。	
D 2 4 0	神経・筋負荷テスト	
	1 テンシロンテスト (ワグ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	140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 (耳鼻咽喉科学的検査)	310点
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	300点
2	チンパノメトリー	350点
3	耳小骨筋反射検査	450点
4	遊戯聴力検査	450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	150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200点、刺激又は負荷を加えた場合には1種目につき120点を加算する。	
D 2 5 1	音声言語 ^{ごうご} 医学的検査	
1	喉頭 ^{こうとう} 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 ^{へんたんと} マッサージ法	40点
D 2 5 3	嗅覚 ^{きゅうかく} 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 ^{でんきあじかく} 検査（一連につき） （眼科学的検査）	300点

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、D 2 8 2 - 3に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。

D 2 5 5	精密眼底検査（片側）	56点
D 2 5 5 - 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D 2 5 5に掲げる精密眼底検査（片側）、D 2 5 7に掲げる細隙燈頭微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はD 2 7 3に掲げる細隙燈頭微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 6	眼底カメラ撮影	
1	通常の方法の場合	56点

2	蛍光眼底法の場合	400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加算する。	
D 2 5 6 - 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D 2 5 6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。	
D 2 5 7	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加算する。	
D 2 5 8	網膜電位図（E R G）	230点
D 2 5 8 - 2	網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）	500点
D 2 5 9	精密視野検査（片側）	38点
D 2 6 0	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	300点
D 2 6 1	屈折検査	69点
D 2 6 2	調節検査	74点
D 2 6 3	矯正視力検査	
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	69点
	2 1以外の場合	69点
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、55点を加算する。	
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	110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	60点
	2 1以外の場合	38点
D 2 6 8	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38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 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）	38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加算する。	
D 2 7 4	前房隅角検査	38点
D 2 7 5	圧迫隅角検査	76点
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 8	眼球電位図（E O G）	260点
D 2 7 9	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160点
D 2 8 0	レーザー前房蛋白質細胞数検査	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	PL（Preferential Looking）法	100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	56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 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 2 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 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 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のある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料は算定せず、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料又は区分番号 A 0 0 2 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
	（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
	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 種類のみ在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 種類のみ在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	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 種類のみ在所定点数により算定する。	
	（負荷試験等）	
D 2 8 6	肝及び腎 <small>じん</small> 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ピー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ピー又は 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 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。	
D288	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。	
D289	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、キシローゼ試験、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、すべて所定点数に含まれるものとする。	
D290	卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト	100点
D290-2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	100点
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定	
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
D291-2	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、注射及び処置のコストは、所定点数に含まれるものとする。	
D291-3	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、年2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 1-3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
3	心機能検査（心拍出量測定を含む。）	990点
4	肺局所機能検査、脳局所血流検査	1,820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、所定点数に300点を加算する。
- 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加算する。

D 2 9 5	関節鏡検査（片側）	600点
D 2 9 6	喉頭直達鏡検査	190点
D 2 9 6-2	鼻咽腔直達鏡検査	220点
D 2 9 7	削除	
D 2 9 8	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
D 2 9 8-2	内視鏡下嚥下機能検査	600点
D 2 9 9	喉頭ファイバースコープ	600点
D 3 0 0	中耳ファイバースコープ	240点
D 3 0 0-2	顎関節鏡検査（片側）	1,000点
D 3 0 1	気管支鏡検査、気管支カメラ	500点
D 3 0 2	気管支ファイバースコープ	2,500点
注	気管支肺泡洗浄法検査を同時に行った場合は、200点を加算する。	
D 3 0 3	胸腔鏡検査	6,000点
D 3 0 4	縦隔鏡検査	7,000点
D 3 0 5	食道鏡検査、食道カメラ	400点

D 3 0 6	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、60点を加算する。	
	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、所定点数に200点を加算する。	
D 3 0 7	胃鏡検査、ガストロカメラ	500点
D 3 0 8	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、600点を加算する。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、60点を加算する。	
	3 胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、600点を加算する。	
	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、所定点数に200点を加算する。	
D 3 0 9	胆道ファイバースコープ	1,400点
D 3 1 0	小腸ファイバースコープ	
	1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	3,000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、60点を加算する。	
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、60点を加算する。	
D 3 1 3	大腸ファイバースコープ	
	1 S状結腸	900点
	2 下行結腸及び横行結腸	1,350点
	3 上行結腸及び盲腸	1,550点
	注1 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。	
	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、所定点数に200点を加算する。	
D 3 1 4	腹腔鏡検査	1,800点
D 3 1 5	腹腔ファイバースコープ	1,800点
D 3 1 6	クルドスコープ	400点
D 3 1 7	膀胱尿道ファイバースコープ	950点
D 3 1 7 - 2	膀胱尿道鏡検査	890点
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）	1,000点
	注 膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 3 1 9	腎盂尿管ファイバースコープ（片側）	1,500点
D 3 2 0	ヒステロスコピー	220点
D 3 2 1	コルポスコピー	150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	800点
D 3 2 4	血管内視鏡検査	1,700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、 ^{すい} 膵臓カテーテル法	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、それぞれ所定点数に10,800点又は3,600点を加算する。	
	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	13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、14点を加算する。	
	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、100点を加算する。	
D 4 0 2	後頭下 ^{せん} 穿刺	300点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 3	腰椎 ^{ついでん} 穿刺、胸椎 ^{ついでん} 穿刺、頸椎 ^{けいいでん} 穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	150点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
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、100点を加算する。	
D 4 0 4-2	骨髓生 ^{せん} 検	730点
	注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。	
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、100点を加算する。	
D 4 0 6	上顎洞 ^{がく} 穿刺（片側）	60点
D 4 0 6-2	扁桃 ^{のうよう} 周囲炎又は扁桃 ^{せん} 周囲膿瘍における試験 ^{せん} 穿刺（片側）	180点
D 4 0 7	腎嚢胞 ^{じんのう} 又は水腎症 ^{じん} 穿刺	240点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 8	ダグラス ^か 窩 ^{せん} 穿刺	240点
D 4 0 9	リンパ節 ^{せん} 等 ^{せん} 穿刺又は針生 ^{せん} 検	200点
D 4 0 9-2	センチネル ^{せん} リンパ節 ^{せん} 生 ^{せん} 検	
	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については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。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 ^{せん} 又は針生 ^{せん} 検（片側）	200点
D 4 1 1	甲状腺 ^{せん} 穿刺 ^{せん} 又は針生 ^{せん} 検	150点
D 4 1 2	経皮的 ^{せん} 針生 ^{せん} 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 3	前立腺 ^{せん} 針生検法	1,400点
D 4 1 4	内視鏡下生検法（1 臓器につき）	310点
D 4 1 4-2	超音波内視鏡下 ^{せん} 穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	4,000点
D 4 1 5	経気管肺生検法	4,000点
D 4 1 6	臓器 ^{せん} 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 ^{じん} を含む。）	5,550点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、2,000点を加算する。	
D 4 1 7	組織試験採取、切採法	
	1 皮膚、筋肉（皮下、筋膜、腱 ^{けん} 及び腱鞘 ^{けんしやう} を含み、心筋を除く。）	500点
	2 骨、骨盤 ^{せきつゐ} 、脊椎	2,300点
	3 眼	
	イ 後眼部	650点
	ロ その他（前眼部を含む。）	350点
	4 耳	400点
	5 鼻 ^{くう} 、副鼻腔	400点
	6 口腔 ^{くう}	400点
	7 咽頭 ^{いん} 、喉頭 ^{こう}	650点
	8 甲状腺	650点
	9 乳腺 ^{せん}	650点
	10 直腸	650点
	11 精巢 ^{こう} （睾丸）、精巢上体 ^{こう} （副睾丸）	400点
	12 末梢 ^{しやう} 神経	620点
	13 心筋	5,000点
	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、100点を加算する。	
D 4 1 8	子宮腔部 ^{ちつ} 等 ^{けい} 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）	180点
	2 胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）	180点
	3 動脈血採取（1日につき）	50点
	注 血液回路から採血した場合は算定しない。	
	4 前房水採取	350点

第5節 薬剤料

区分

D 5 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。
	注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

D 6 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、所定点数に1日につき110点を加算する。
- 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回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、画像診断管理加算2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回に限り所定点数に180点を加算する。
- 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、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、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^{せきつい} 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 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15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^{せきくう}を行った場合は、148点を加算する。

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^{すい}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
- ロ イ以外の場合 1,180点
- 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 気管支鏡挿入 区分番号D301に掲げる気管支鏡検査の所定点数
- ロ 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
- ハ 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^{くう}注入及び穿刺^{せん}注入
- イ 注腸 300点
- ロ その他のもの 120点
- 7 嚥下^{えん}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E101-3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E101-3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おいては、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、所定点数に120点を加算する。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。

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、所定点数に100点を加算する。
- 3 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してシンチグラムを行った場合は、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30又は100分の15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、所定点数に100点を加算する。

- 2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15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、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 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点
- 2 ¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点

注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに¹⁸F DG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。

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

- 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 DG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 DG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。

E102 核医学診断 375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E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E201に掲げる非放射線性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

- 2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）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、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、所定点数に120点を加算する。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。
- 4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。

区分

E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）

1 CT撮影

- | | |
|--------------------------|------|
| イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 | 900点 |
| ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 | 820点 |
| ハ イ又はロ以外の場合 | 600点 |

2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点

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

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っては、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、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（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 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、所定点数に600点を加算する。

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L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6 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、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、所定点数に800点を加算する。

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 1.5テスラ以上の機器による場合 | 1,330点 |
| 2 1以外の場合 | 1,000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限り算定する。

2 1及び2を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

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、所定点数に250点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、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、所定点数に300点を加算する。

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、処方せんを交付した場合は、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（処方せんを交付した場合は除く。）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。

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） 9点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、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、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
 - 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、1処方につき3点を加算する。
 - 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、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
 - 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、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
 - 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^{しゅよう}を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤^{しゅよう}処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。

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点を加算する。

使用薬剤 単位
内服薬及び浸煎薬^{せん} 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つて入院期間が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7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）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。
- 3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、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。
- 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

F 3 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 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 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、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せんを交付した場合に、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せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
- 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。
- 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、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。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せん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、処方せんの交付1回につき70点を加算する。
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 | 8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（処方せんの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、所定点数に10点を加算する。
 - 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、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、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、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G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍^{しゅよう}剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈^{そく}塞栓を伴う抗悪性腫瘍^{しゅよう}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に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍^{しゅよう}等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。
 - イ 外来化学療法加算1 550点（15歳未満の患者に対して行った場合は、750点）
 - ロ 外来化学療法加算2 420点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）
- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 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

- | | | |
|--------|--|------|
| G000 | 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） | 18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C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍 ^{しゅよう} 患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。 | |
| G001 | 静脈内注射（1回につき） | 30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、42点を加算する。 | |
| | 3 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍 ^{しゅよう} 患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。 | |
| 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 |
| G003 | 抗悪性腫瘍 ^{しゅよう} 剤局所持続注入（1日につき） | 165点 |
| | 注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍 ^{しゅよう} 剤を動脈内、静脈内又は腹腔 ^{くう} 内に局所持続注入した場合に算定する。 | |
| G003-2 | 削除 | |
| G003-3 | 肝動脈 ^{そく} 塞栓を伴う抗悪性腫瘍 ^{しゅよう} 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）	95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）	95点
	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）	47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、42点を加算する。	
	3 血漿成分製剤 <small>（しようせいぶんせいざい）</small> 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、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
	4 区分番号C 1 0 1、C 1 0 4又はC 1 0 8に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料 <small>（しゅよう）</small> 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 <small>（しようせいぶんせいざい）</small> 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、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
	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C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	
	5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。	
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ものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。	
	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、所定点数に2,000点を加算する。	
G 0 0 5-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 <small>（しよう）</small>	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、所定点数に500点を加算する。	
G 0 0 5-4	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、所定点数に500点を加算する。	
G 0 0 6	埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）	125点
G 0 0 7	腱鞘内注射 <small>（けんしやう）</small>	25点
G 0 0 8	骨髓内注射	
	1 胸骨	80点
	2 その他	90点
G 0 0 9	脳脊髄腔注射 <small>（せき）</small>	
	1 脳室	300点
	2 後頭下 <small>（ごう）</small>	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、60点を加算する。	

G 0 1 0	関節腔 ^{くう} 内注射	80点
G 0 1 0 - 2	滑液囊 ^{のうせん} 穿刺後の注入	80点
G 0 1 1	気管内注入	100点
G 0 1 2	結膜下注射	25点
G 0 1 2 - 2	自家血清の眼球注射	25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 ^{のう} 囊内注射	60点
G 0 1 6	硝子体内注射	580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 ^{しゅよう} に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）	
イ	閉鎖式接続器具を使用した場合	100点
ロ	イ以外の場合	50点
2	無菌製剤処理料2（1以外のもの）	40点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈血栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があ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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、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

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リハビリテーションの費用は、第1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、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^{ひん}牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達^{ひん}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^{さう}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、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又は集団コミュニケーション療法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、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） 200点
- 2 心大血管疾患リハビリテーション料(II)（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、治療開始日から150日以内に限り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、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から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）

イ	ロ以外の場合	245点
ロ	廃用症候群の場合	235点
2	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)	
イ	ロ以外の場合	200点
ロ	廃用症候群の場合	190点
3	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)	
イ	ロ以外の場合	100点
ロ	廃用症候群の場合	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、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、手術又は急性増悪から180日以内に限り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日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H002 運動器リハビリテーション料

1	運動器リハビリテーション料(I) (1単位)	175点
2	運動器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)	165点
3	運動器リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)	80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（1については、病院又は有床診療所に限る。）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、手術又は急性増悪から150日以内に限り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 運動器リハビリテーション料(I)に係る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個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する。

3 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であ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、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

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、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H003 呼吸器リハビリテーション料

1	呼吸器リハビリテーション料(I) (1単位)	170点
2	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)	80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日以内の間に限り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って入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

3 注1 本文の規定にかかわらず、注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料 300点

注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、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)又はがん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、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん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に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

H004 摂食機能療法(1日につき) 185点

注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。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。

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つ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月以内の期間に限り、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 220点
- 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点
- 3 18歳以上の患者の場合 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） 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、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 3,000点
- 2 1以外の場合 150点

注1 1日に1回を限度として算定する。

- 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料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

I 0 0 1 入院精神療法（1回につき）

- 1 入院精神療法(I) 360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月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。

- 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回を限度として算定する。

- 3 区分番号A 2 3 1に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1回につき）

- 1 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
- 2 1以外の場合

- イ 30分以上の場合 400点
- ロ 30分未満の場合 330点

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週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B 0 0 0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・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

- 3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。

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 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。
 - 3 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
- 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） 420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 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。
 - 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にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。
 - 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回を、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回をそれぞれ限度として算定する。
 - 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100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月に限り週2回を限度として算定する。
- 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月に限り週2回を限度として算定する。
- 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 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回を限度として算定する。
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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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 当該療法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にあっては、週5日を限度として算定する。
3 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っては、早期加算として、所定点数に20点を加算する。
4 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。

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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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 当該療法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にあっては、週5日を限度として算定する。
3 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っては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。
4 精神科デイ・ケアを算定した場合は、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 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。

I 0 1 0 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 当該療法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にあっては、週5日を限度として算定する。
3 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っては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。
4 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、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 - 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。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

1,040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 当該療法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にあっては、週5日を限度として算定する。
3 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っては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。
4 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、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、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。

I011-2 精神科退院前訪問指導料 380点

注1 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、所定点数に320点を加算する。

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) 575点

2 精神科訪問看護・指導料(II) 160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に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

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

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

4 注1に規定する場合であつて、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。

5 注3に規定する場合であつて、看護・指導時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。

6 精神科訪問看護・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C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。

7 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。

I013 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対

して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第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4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っては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

3 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。

第2節 薬剤料

区分

I 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処置の費用は、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処置の処置料は、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 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、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、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する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあつては、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は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
- 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 | 45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 | 55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 | 85点 |
| 4 | 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 | 155点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 270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又はC112に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は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。

J001 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 | 225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 | 420点 |
| 5 | 6,000平方センチメートル以上 | 1,250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J000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。

J001-2 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）	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 - 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 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、100点を加算する。	
J 0 0 3	局所陰圧閉鎖処置（1日につき）	
1	被覆材を貼付した場合	
イ	100平方センチメートル未満	1,600点
ロ	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	1,680点
ハ	200平方センチメートル以上	1,900点
注	初回の貼付に限り、イにあつては1,690点を、ロにあつては2,650点を、ハにあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。	
2	その他の場合	900点
J 0 0 4	流注膿瘍穿刺	190点
J 0 0 5	脳室穿刺	500点
注	6歳未満の乳幼児の場合は、100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、100点を加算する。	
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	150点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
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、100点を加算する。	
J 0 0 9	人工気胸（排気を含む。）	250点
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、100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	260点
	2 その他	280点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
J 0 1 2	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100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	1,000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	1,000点
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を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、75点を加算する。	
	3 区分番号C 1 0 3、C 1 0 7、C 1 0 9又はC 1 1 2に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は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を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、75点を加算する。	
	3 区分番号C 1 0 3、C 1 0 7、C 1 0 9又はC 1 1 2に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は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）	550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、100点を加算する。	
J 0 1 9 - 2	胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）	550点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
J 0 2 0	胃持続ドレナージ（開始日）	50点

	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100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、100点を加算する。	
J 0 2 2	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	45点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、50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 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又はC 1 0 7に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は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又はC 1 0 7に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は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又はC 1 0 7に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は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）	65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又はC 1 0 7に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は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又はC 1 0 7に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は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 7	高気圧酸素治療（1日につき）	
	1 救急的なもの	
	イ 1人用高圧酸素治療	5,000点
	ロ 多人数用高圧酸素治療	6,000点
	2 非救急的なもの	200点
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	100点
J 0 3 1	直腸ブジー法	100点
J 0 3 2	肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）	150点
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	200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
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

イ	4時間未満の場合	2,075点
ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ	5時間以上の場合	2,370点

2 その他の場合

1,580点

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、所定点数に300点を加算する。

2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。

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、1日につき120点を加算する。

4 カニューレー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）を限度として算定する。

6 1の場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。

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。

J 0 3 8 - 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、所定点数に300点を加算する。

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、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

働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。

J 0 3 9	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、1日につき500点を加算する。	
	2 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回を限度として、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	100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。	
J 0 4 3-4	胃瘻カテーテル交換法	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 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。	
	（救急処置）	
J 0 4 4	救命のための気管内挿管	500点
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。	

J 0 4 5 - 2	一酸化窒素吸入療法	920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 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、所定点数に920点を加算する。	
J 0 4 6	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
J 0 4 7	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
J 0 4 8	心膜穿刺	500点
J 0 4 9	食道圧迫止血チューブ挿入法	2,700点
J 0 5 0	気管内洗浄（1日につき）	240点
	注1 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
	2 気管内洗浄と同時に ^{かくたん} 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。	
J 0 5 1	胃洗浄	250点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
J 0 5 2	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。	
J 0 5 2 - 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 ^{こう} 処置）	
J 0 5 3	皮膚科軟膏 ^{こう} 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 ^{こう} 処置の費用は算定しない。	
J 0 5 4	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315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）	350点
J 0 5 4 - 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	2,800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、所定点数に	

2,000点を加算する。

J 0 5 5	いぼ焼灼法	
	1 3 箇所以下	210点
	2 4 箇所以上	260点
J 0 5 5 - 2	イオントフォレーゼ	220点
J 0 5 5 - 3	臍肉芽腫切除術	220点
J 0 5 6	いぼ冷凍凝固法	
	1 3 箇所以下	210点
	2 4 箇所以上	260点
J 0 5 7	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
J 0 5 7 - 2	面皰圧出法	49点
J 0 5 7 - 3	鶏眼・胼胝処置	170点
	注 月 1 回に限り算定する。	
	(泌尿器科処置)	
J 0 5 8	膀胱穿刺	80点
J 0 5 9	陰嚢水腫穿刺	80点
J 0 5 9 - 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 又は C 1 0 9 に掲 げる在宅自己導尿指導管理料又は 在宅寝たきり患者処置指導管理料 を算定している患者に対して行 った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。)	1,080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 又は C 1 0 9 に掲 げる在宅自己導尿指導管理料又は 在宅寝たきり患者処置指導管理料 を算定している患者に対して行 った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 又は C 1 0 9 に掲 げる在宅自己導尿指導管理料又は 在宅寝たきり患者処置指導管理料 を算定している患者に対して行 った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	180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	180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 ^じ 処置（1日につき） （産婦人科処置）	50点
J 0 7 1	羊水 ^{せん} 穿刺（羊水過多症の場合）	120点
J 0 7 2	腔 ^{ちつ} 洗浄（熱性洗浄を含む。） 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	47点
J 0 7 3	子宮腔 ^{くう} 洗浄（薬液注入を含む。）	47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	340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 ^{べん} 時のもの 2 分娩 ^{べん} 外のもの	520点 45点
J 0 7 8	子宮腔 ^{ちつ} 部薬物焼灼 ^{しやく} 法	100点
J 0 7 9	子宮腔 ^{ちつ} 部焼灼 ^{しやく} 法	180点
J 0 8 0	子宮頸 ^{けい} 管拡張及び分娩 ^{べん} 誘発法 1 ラミナリア 2 コルポイリントル 3 金属拡張器（ヘガール等） 4 メトロイリントル	120点 120点 180点 340点
J 0 8 1	分娩 ^{べん} 時鈍性頸 ^{けい} 管拡張法	380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 3	妊娠子宮嵌頓 ^{かんどん} 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）	600点
J 0 8 6	眼処置 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。	25点
J 0 8 6 - 2	義眼処置 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	25点
J 0 8 7	前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 注 顕微鏡下に行った場合は、180点を加算する。	180点
J 0 8 8	霰 ^{しゆ} 粒腫 ^{せん} の穿刺	45点
J 0 8 9	睫毛 ^{しよう} 拔去 1 少数の場合 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 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回を限度として算定する。	25点 45点
J 0 9 0	結膜異物除去（1眼 ^{けん} 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 ^{のう} 涙囊 ^{のう} 洗浄	45点
J 0 9 2	涙囊 ^{のう} ブジー法（洗浄を含む。）	45点
J 0 9 3	強膜マッサージ	150点
J 0 9 4	削除 （耳鼻咽喉 ^{いんこう} 科処置）	
J 0 9 5	耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	25点

	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）	30点
	2 ポリツェル球による耳管通気法	20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。）	12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12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	12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12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。）	27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 当該処置と同一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	150点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50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） （整形外科的処置）	24点
J 1 1 6	関節穿刺（片側）	100点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100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 ^{けん} 圧砕法	80点
J 1 1 7	鋼線等による直達 ^{けん} 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、所定点数に50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 ^{けん} 牽引の所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8	介達 ^{けん} 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 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、 ^{けい} 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 ^{こう} 処置（1日につき）	24点
	（栄養処置）	
J 1 2 0	鼻腔 ^{くう} 栄養（1日につき）	60点
	注 区分番号C 1 0 5又はC 1 0 9に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導 ^{くう} 管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔 ^{くう} 栄養の費用は算定しない。	
J 1 2 1	滋養 ^{かん} 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 3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、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

J 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	内反足矯正ギブス包帯（片側）	950点
	5	上肢、下肢（片側）	1,200点
	6	体幹から四肢にわたるギブス包帯（片側）	1,700点
J 1 2 3		体幹ギブス包帯	1,250点
J 1 2 4		鎖骨ギブス包帯（片側）	1,250点
J 1 2 5		ギブスベッド	1,400点
J 1 2 6		斜頸矯正ギブス包帯	1,500点
J 1 2 7		先天性股関節脱臼ギブス包帯	2,000点
J 1 2 8		脊椎側弯矯正ギブス包帯	3,000点
J 1 2 9		治療装具の採型ギブス	
	1	義肢装具採型法（1肢につき）	200点
	2	義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）	700点
	3	体幹硬性装具採型法	700点
	4	義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1,050点
J 1 2 9 - 2		練習用仮義足又は仮義手	
	1	義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）	700点
	2	義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1,050点
J 1 2 9 - 3		義肢装具採寸法（1肢につき）	200点
J 1 2 9 - 4		治療装具採型法（1肢につき）	700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（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。

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手術の手術料は、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。）、K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254（1を算定する場合に限る。）、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K800-3、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 6 区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、K684、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に適合しているものと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。
- 7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K3

- 46、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が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に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463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、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。
- 11 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号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、所定点数に1,000点を加算する。
- 12 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（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合の手術料は、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4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4のただし書に規定する時間である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。
- 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、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、白蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 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。

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） 2,000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所定点数に460点を加算する。
 - 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） 1,850点
 - 4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 2,200点
 - 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） 1,450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所定点数に460点を加算する。
 - 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 1 皮膚切開術

- 1 長径10センチメートル未満 470点
- 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 820点
- 3 長径20センチメートル以上 1,470点

K 0 0 2 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 1,020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 2,300点
 - 3 3,000平方センチメートル以上 4,810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においては、5回を限度として算定する。
- 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、所定点数に1,000点を加算する。

K 0 0 3 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	14,170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	4,360点
	3	長径6センチメートル以上	7,290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	4,160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	21,700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（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	
K008		腋臭症手術	
	1	皮弁法	5,730点
	2	皮膚有毛部切除術	3,000点
	3	その他のもの	1,660点
		（形成）	
K009		皮膚剥削術	
	1	25平方センチメートル未満	1,490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	6,970点
	4	200平方センチメートル以上	10,490点
K010		癬痕拘縮形成手術	
	1	顔面	9,740点
	2	その他	8,060点

K 0 1 1	顔面神経麻痺形成手術 ^ひ	
	1 静的なもの	14,700点
	2 動的なもの	39,000点
K 0 1 2	削除	
K 0 1 3	分層植皮術	
	1 25平方センチメートル未満	3,330点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,590点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,660点
	4 200平方センチメートル以上	20,150点
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部 ^{けい} 、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。	
K 0 1 3-2	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	21,700点
	4 200平方センチメートル以上	31,350点
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部 ^{けい} 、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。	
K 0 1 4	皮膚移植術(生体・培養)	4,700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。	
K 0 1 4-2	皮膚移植術(死体)	
	1 200平方センチメートル未満	5,190点
	2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	6,920点
	3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	10,380点
	4 1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	25,320点
	5 3,000平方センチメートル以上	28,930点
K 0 1 5	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	3,760点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	8,800点
	3 100平方センチメートル以上	15,600点
K 0 1 6	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	32,850点
K 0 1 7	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	64,500点
K 0 1 8	削除	
K 0 1 9	複合組織移植術	11,700点
K 0 2 0	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	73,800点
K 0 2 1	粘膜移植術	
	1 4平方センチメートル未満	5,010点
	2 4平方センチメートル以上	5,500点
K 0 2 1-2	粘膜弁手術	
	1 4平方センチメートル未満	8,920点
	2 4平方センチメートル以上	9,430点
K 0 2 2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	13,520点
K 0 2 2-2	象皮病根治手術	
	1 大腿 ^{たい}	21,060点
	2 下腿 ^{たい}	14,690点

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、^{けん}腱、^{けんしやう}腱鞘)

K 0 2 3	筋膜切離術、筋膜切開術	840点
K 0 2 4	筋切離術	2,370点
K 0 2 5	股関節内転筋切離術	3,390点
K 0 2 6	股関節筋群解離術	9,340点
K 0 2 6 - 2	股関節周囲 ^{けん} 筋腱 ^こ 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。	
K 0 2 7	筋炎手術	
	1 腸腰筋、殿筋、 ^{たい} 大腿筋	2,060点
	2 その他の筋	1,210点
K 0 2 8	^{けんしやう} 腱鞘切開術 (関節鏡下によるものを含む。)	2,050点
K 0 2 9	筋肉内異物摘出術	2,840点
K 0 3 0	四肢・躯幹軟部 ^{しゆよう} 腫瘍摘出術	
	1 肩、上腕、前腕、 ^{たい} 大腿、 ^{たい} 下腿、躯幹	6,060点
	2 手、足	3,750点
K 0 3 1	四肢・躯幹軟部 ^{しゆよう} 悪性腫瘍手術	
	1 肩、上腕、前腕、 ^{たい} 大腿、 ^{たい} 下腿、躯幹	15,860点
	2 手、足	10,200点
K 0 3 2	削除	
K 0 3 3	筋膜移植術	
	1 指 (手、足)	6,070点
	2 その他のもの	8,180点
K 0 3 4	^{けん} 腱切離・切除術 (関節鏡下によるものを含む。)	3,300点
K 0 3 5	^{けんぼく} 腱剥離術 (関節鏡下によるものを含む。)	8,790点
K 0 3 5 - 2	^{けん} 腱滑膜切除術	6,760点
K 0 3 6	削除	
K 0 3 7	^{けん} 腱縫合術	8,710点
K 0 3 7 - 2	アキレス ^{けん} 腱断裂手術	8,710点
K 0 3 8	^{けん} 腱延長術	8,980点
K 0 3 9	^{けん} 腱移植術 (人工 ^{けん} 腱形成術を含む。)	
	1 指 (手、足)	10,470点
	2 その他のもの	13,910点
K 0 4 0	^{けん} 腱移行術	
	1 指 (手、足)	10,470点
	2 その他のもの	13,910点
K 0 4 0 - 2	指伸筋 ^{けん} 腱脱臼 ^{きゆう} 観血的整復術	10,470点
K 0 4 1	削除	
	(四肢骨)	
K 0 4 2	^{せん} 骨穿孔術	1,730点
K 0 4 3	^は 骨搔爬術	
	1 肩甲骨、上腕、 ^{たい} 大腿	8,580点
	2 前腕、 ^{たい} 下腿	5,150点
	3 鎖骨、 ^{しつがい} 膝蓋骨、手、足その他	3,590点
K 0 4 3 - 2	骨関節結核 ^{ろう} 瘻孔摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、 ^{たい} 大腿	8,580点
	2 前腕、 ^{たい} 下腿	5,150点
	3 鎖骨、 ^{しつがい} 膝蓋骨、手、足その他	3,590点

K 0 4 3 - 3	骨髓炎手術（骨結核手術を含む。）	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580点
	2 前腕、下腿	5,150点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
K 0 4 4	骨折非観血的整復術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600点
	2 前腕、下腿	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	5,430点
	2 前腕、下腿	3,600点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	1,660点
K 0 4 6	骨折観血的手術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	14,470点
	2 前腕、下腿、手舟状骨	11,390点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	7,290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
K 0 4 7 - 2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500点
K 0 4 7 - 3	超音波骨折治療法（一連につき）	5,000点
	注 開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	
K 0 4 8	骨内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	6,050点
	2 前腕、下腿	4,180点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	2,900点
K 0 4 9	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
K 0 5 0	腐骨摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	11,510点
	2 前腕、下腿	8,020点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420点
K 0 5 1	骨全摘術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	21,450点
	2 前腕、下腿	10,040点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160点
K 0 5 1 - 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。	
K 0 5 2	骨腫瘍切除術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	13,390点
	2 前腕、下腿	7,210点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340点
K 0 5 2 - 2	多発性軟骨性外骨腫摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	13,390点
	2 前腕、下腿	7,210点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340点
K 0 5 2 - 3	多発性骨腫摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	13,390点

	2	前腕、下腿	7,210点
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,340点
K053		骨悪性腫瘍手術	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700点
	2	前腕、下腿	20,200点
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	14,470点
K054		骨切り術	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700点
	2	前腕、下腿	15,860点
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	6,100点
K055		削除	
K055-2		大腿骨頭回転骨切り術	33,900点
K055-3		大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	28,900点
K056		偽関節手術	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	21,700点
	2	前腕、下腿、手舟状骨	20,020点
	3	鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	11,150点
K057		変形治癒骨折矯正手術	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	24,050点
	2	前腕、下腿	21,190点
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	12,130点
K058		骨長調整手術	
	1	骨端軟骨発育抑制術	12,570点
	2	骨短縮術	11,510点
	3	骨延長術（指（手、足））	12,610点
	4	骨延長術（指（手、足）以外）	20,540点
K059		骨移植術（軟骨移植術を含む。）	
	1	自家骨移植	10,790点
	2	同種骨移植（生体）	12,870点
	3	同種骨移植（非生体）	11,830点
		注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。 （四肢関節、靭帯）	
K060		関節切開術	
	1	肩、股、膝	2,770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	2,770点
K060-3		化膿性又は結核性関節炎搔爬術	
	1	肩、股、膝	15,400点
	2	胸鎖、肘、手、足	10,100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	1,580点
	2	胸鎖、肘、手、足	1,000点
	3	肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	800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	21,700点
	2 胸鎖、肘、手、足	14,470点
	3 肩鎖、指（手、足）	11,600点
K 0 6 4	先天性股関節脱臼観血的整復術	16,250点
K 0 6 5	関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 肩、股、膝	9,560点
	2 胸鎖、肘、手、足	4,600点
	3 肩鎖、指（手、足）	2,950点
K 0 6 5 - 2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 肩、股、膝	11,700点
	2 胸鎖、肘、手、足	9,460点
	3 肩鎖、指（手、足）	6,100点
K 0 6 6	関節滑膜切除術	
	1 肩、股、膝	13,650点
	2 胸鎖、肘、手、足	9,800点
	3 肩鎖、指（手、足）	6,500点
K 0 6 6 - 2	関節鏡下関節滑膜切除術	
	1 肩、股、膝	13,800点
	2 胸鎖、肘、手、足	13,100点
	3 肩鎖、指（手、足）	12,350点
K 0 6 6 - 3	滑液膜摘出術	
	1 肩、股、膝	13,650点
	2 胸鎖、肘、手、足	9,800点
	3 肩鎖、指（手、足）	6,500点
K 0 6 6 - 4	関節鏡下滑液膜摘出術	
	1 肩、股、膝	13,800点
	2 胸鎖、肘、手、足	13,100点
	3 肩鎖、指（手、足）	12,350点
K 0 6 6 - 5	膝蓋骨滑液囊切除術	9,800点
K 0 6 6 - 6	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	13,100点
K 0 6 6 - 7	掌指関節滑膜切除術	6,500点
K 0 6 6 - 8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	12,350点
K 0 6 7	関節鼠摘出手術	
	1 肩、股、膝	10,000点
	2 胸鎖、肘、手、足	8,680点
	3 肩鎖、指（手、足）	3,970点
K 0 6 7 - 2	関節鏡下関節鼠摘出手術	
	1 肩、股、膝	14,100点
	2 胸鎖、肘、手、足	14,690点
	3 肩鎖、指（手、足）	9,230点
K 0 6 8	半月板切除術	8,800点
K 0 6 8 - 2	関節鏡下半月板切除術	12,610点
K 0 6 9	半月板縫合術	9,800点
K 0 6 9 - 2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	11,700点
K 0 6 9 - 3	関節鏡下半月板縫合術	14,470点
K 0 7 0	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
K 0 7 1	削除	

K 0 7 2	關節切除術		
	1	肩、股、膝	14,820点
	2	胸鎖、肘、手、足	12,360点
	3	肩鎖、指（手、足）	4,360点
K 0 7 3	關節内骨折観血的手術		
	1	肩、股、膝	16,800点
	2	胸鎖、肘、手、足	13,130点
	3	肩鎖、指（手、足）	7,980点
K 0 7 4	靱帯断裂縫合術		
	1	十字靱帯	13,130点
	2	膝側副靱帯	12,740点
	3	指（手、足）その他の靱帯	6,450点
K 0 7 4 - 2	關節鏡下靱帯断裂縫合術		
	1	十字靱帯	16,900点
	2	膝側副靱帯	12,700点
	3	指（手、足）その他の靱帯	12,090点
K 0 7 5	非観血的關節授動術		
	1	肩、股、膝	1,320点
	2	胸鎖、肘、手、足	1,260点
	3	肩鎖、指（手、足）	490点
K 0 7 6	観血的關節授動術		
	1	肩、股、膝	38,890点
	2	胸鎖、肘、手、足	21,700点
	3	肩鎖、指（手、足）	8,460点
K 0 7 7	観血的関節制動術		
	1	肩、股、膝	21,060点
	2	胸鎖、肘、手、足	11,970点
	3	肩鎖、指（手、足）	5,550点
K 0 7 8	観血的關節固定術		
	1	肩、股、膝	18,400点
	2	胸鎖、肘、手、足	14,300点
	3	肩鎖、指（手、足）	5,540点
K 0 7 9	靱帯断裂形成手術		
	1	十字靱帯	21,700点
	2	膝側副靱帯	14,470点
	3	指（手、足）その他の靱帯	12,580点
K 0 7 9 - 2	關節鏡下靱帯断裂形成手術		
	1	十字靱帯	31,200点
	2	膝側副靱帯	13,500点
	3	指（手、足）その他の靱帯	12,610点
K 0 8 0	關節形成手術		
	1	肩、股、膝	39,750点
	2	胸鎖、肘、手、足	21,700点
	3	肩鎖、指（手、足）	10,570点
	注	關節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、所定点数に880点を加算する。	
K 0 8 0 - 2	内反足手術		25,930点
K 0 8 0 - 3	肩胛板断裂手術		18,700点
K 0 8 0 - 4	關節鏡下肩胛板断裂手術		27,040点
K 0 8 1	人工骨頭挿入術		

	1 肩、股	15,000点
	2 肘、手、足	14,470点
	3 指（手、足）	6,980点
K082	人工関節置換術	
	1 肩、股、膝	28,990点
	2 胸鎖、肘、手、足	21,700点
	3 肩鎖、指（手、足）	10,240点
K082-2	人工関節抜去術	
	1 肩、股、膝	23,250点
	2 胸鎖、肘、手、足	15,860点
	3 肩鎖、指（手、足）	10,730点
K082-3	人工関節再置換術	
	1 肩、股、膝	50,850点
	2 胸鎖、肘、手、足	26,300点
	3 肩鎖、指（手、足）	15,340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）	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、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	
	1 肩甲帯	28,080点
	2 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	18,710点
	3 指（手、足）	3,330点
K084-2	肩甲帯離断術	28,080点
K085	四肢関節離断術	
	1 肩、股、膝	20,020点
	2 肘、手、足	10,100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）	6,100点
	2 その他	8,760点
K088	切断四肢再接合術	
	1 四肢	96,600点
	2 指（手、足） （手、足）	54,600点
K089	爪甲除去術	640点
K090	ひょう疽手術	
	1 軟部組織のもの	990点
	2 骨、関節のもの	1,280点
K090-2	風棘手術	990点
K091	陥入爪手術	
	1 簡単なもの	1,400点

2	爪床爪母 <small>そう そう</small> 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	9,230点
K094	足三関節固定（ランブリヌディ）手術	19,500点
K095	削除	
K096	手掌、足底腱膜 <small>けん</small> 切離・切除術	2,750点
K097	手掌、足底異物摘出術	3,190点
K098	手掌屈筋腱縫合術	8,530点
K099	指癭痕拘縮手術	5,290点
K099-2	デュプイトレン拘縮手術	
1	1指	8,020点
2	2指から3指	17,290点
3	4指以上	22,880点
K100	多指症手術	
1	軟部形成 <small>けん</small> のみのもの	2,640点
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,190点
K101	合指症手術	
1	軟部形成 <small>けん</small> のみのもの	5,630点
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700点
K101-2	指癒着症手術	
1	軟部形成 <small>けん</small> のみのもの	5,630点
2	骨関節、腱の形成を要するもの	10,700点
K102	巨指症手術	
1	軟部形成 <small>けん</small> のみのもの	6,410点
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840点
K103	屈指症手術、斜指症手術	
1	軟部形成 <small>けん</small> のみのもの	8,850点
2	骨関節、腱の形成を要するもの	11,840点
K104	削除	
K105	裂手、裂足手術	19,500点
K106	母指化手術	24,900点
K107	指移植手術	63,750点
K108	母指対立再建術	12,810点
K109	神経血管柄付植皮術（手、足）	31,650点
K110	第四足指短縮症手術	9,060点
K110-2	第一足指外反症矯正手術	9,060点
K111	削除	
	（ <small>せき</small> 脊柱、 <small>か</small> 骨盤）	
K112	腸骨窩膿瘍切開術	4,670点
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	8,920点
K114	及びK115	削除
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	13,520点
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	2,570点
K117-2	頸椎非観血的整復術	2,570点
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570点
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	21,700点
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	18,710点
K120	恥骨結合離開観血的手術	6,430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	12,120点
K 1 2 5	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折を除く。）	22,450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 7	削除	
K 1 2 8	脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術	9,820点
K 1 2 9 及び K 1 3 0	削除	
K 1 3 1	椎弓切除術	12,100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6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。	
K 1 3 1 - 2	内視鏡下椎弓切除術	12,100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6,050点を加算する。ただし、加算点数は24,200点を限度とする。	
K 1 3 2	椎弓形成手術	21,700点
	注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に10,850点を加算する。ただし、加算点数は43,400点を限度とする。	
K 1 3 3	黄色靭帯骨化症手術	22,100点
K 1 3 4	椎間板摘出術	
	1 前方摘出術	26,780点
	2 後方摘出術	18,090点
	3 側方摘出術	21,700点
	4 経皮的髄核摘出術	12,930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 椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。	
K 1 3 4 - 2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術	
	1 前方摘出術	50,400点
	2 後方摘出術	25,800点
K 1 3 5	脊椎、骨盤腫瘍切除術	25,610点
K 1 3 6	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	46,650点
K 1 3 7	骨盤切断術	37,420点
K 1 3 8	脊椎披裂手術	
	1 神経処置を伴うもの	20,540点
	2 その他のもの	12,700点
K 1 3 9	脊椎骨切り術	40,350点
K 1 4 0	骨盤骨切り術	25,870点
K 1 4 1	白蓋形成手術	21,710点
K 1 4 1 - 2	寛骨白移動術	28,000点
K 1 4 2	脊椎固定術	
	1 前方椎体固定	37,240点
	2 後方又は後側方固定	29,900点
	3 後方椎体固定	37,420点
	4 前方後方同時固定	75,000点
	注 椎間が2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに、1 にあつては18,620点、2 にあつては14,950点、3 にあつては18,710点、4 にあつては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1 にあつては74,480点、2 にあつては59,800点、3 にあつては74,840	

	点、4にあつては150,000点を限度とする。	
K 1 4 2 - 2	脊椎側彎症手術	
1	固定術	37,420点
2	矯正術	
イ	初回挿入	112,260点
ロ	交換術	37,420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18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。	
K 1 4 2 - 3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	67,940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33,970点を加算する。ただし、加算点数は135,880点を限度とする。	
K 1 4 3	仙腸関節固定術	22,450点
K 1 4 4	体外式脊椎固定術	22,000点
注	固定に伴って使用した保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	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	1,940点
K 1 4 6	頭蓋開溝術	11,100点
K 1 4 7	穿頭術（トレパナチオン）	1,840点
K 1 4 8	試験開頭術	12,190点
K 1 4 9	減圧開頭術	
1	キアリ奇形、 ^{せき} 脊髄空洞症の場合	21,700点
2	その他の場合	18,460点
K 1 5 0	^{のうよう} 脳膿瘍 ^{のう} 排膿術	18,090点
K 1 5 1	削除	
K 1 5 1 - 2	広範囲頭蓋底腫瘍 ^{がいのしゅよう} 切除・再建術	142,380点
K 1 5 2	耳性頭蓋内合併症手術	38,090点
K 1 5 2 - 2	耳科的硬脳膜外膿瘍 ^{のうよう} 切開術	38,090点
K 1 5 3	鼻性頭蓋内合併症手術	35,360点
K 1 5 4	機能的定位脳手術	
1	片側の場合	39,450点
2	両側の場合	52,500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）	87,750点
K 1 5 5	脳切截術（開頭して行うもの）	10,480点
K 1 5 6	延髄における ^{せき} 脊髄視床路切截術	31,500点
K 1 5 7	三叉神経節後線維切截術	24,830点
K 1 5 8	視神経管開放術	27,040点
K 1 5 9	顔面神経減圧手術（乳様突起經由）	39,000点
K 1 5 9 - 2	顔面神経管開放術	39,000点
K 1 6 0	脳神経手術（開頭して行うもの）	28,940点
K 1 6 0 - 2	頭蓋内微小血管減圧術	37,950点
K 1 6 1	頭蓋骨腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術	18,070点

K 1 6 2	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	24,050点
K 1 6 3	頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450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	28,440点
	2 硬膜下のもの	28,940点
	3 脳内のもの	36,170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	28,890点
K 1 6 4-4	定位的脳内血腫除去術	15,860点
K 1 6 5	脳内異物摘出術	35,100点
K 1 6 6	脳膿瘍全摘術	28,080点
K 1 6 7	頭蓋内腫瘤摘出術	49,350点
K 1 6 8	脳切除術	27,040点
K 1 6 9	頭蓋内腫瘍摘出術	
	1 松果体部腫瘍	116,670点
	2 その他のもの	92,860点
K 1 7 0	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,050点
K 1 7 1	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700点
K 1 7 2	脳動静脈奇形摘出術	127,800点
K 1 7 3	脳・脳膜脱手術	24,050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）	32,700点
	2 シヤント手術	18,700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	54,860点
	2 2箇所以上	72,340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	66,600点
	2 2箇所以上	91,950点
K 1 7 7	脳動脈瘤頸部クリッピング	
	1 1箇所	103,710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 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。	
K 1 7 8	脳血管内手術	
	1 1箇所	61,350点
	2 2箇所以上	81,800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 1 7 8-2	経皮的脳血管形成術	33,150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	23,250点
	2 頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）	14,430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 1 7 9	髄液漏閉鎖術	30,290点
K 1 8 0	頭蓋骨形成手術	

1	頭蓋骨 <small>がい</small> のみのもの	12,650点
2	硬膜形成を伴うもの	18,200点
3	骨移動を伴うもの	31,500点
	注 3については、先天奇形 <small>がい</small> に対して行われた場合に限り算定する。	
K 1 8 1	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）	
1	片側の場合	39,450点
2	両側の場合	52,500点
K 1 8 1 - 2	脳刺激装置交換術	12,070点
K 1 8 1 - 3	頭蓋内電極拔去術 （脊髄、末梢神経、交感神経）	12,880点
K 1 8 2	神経縫合術	
1	指（手、足）	12,640点
2	その他のもの	18,850点
K 1 8 2 - 2	神経交差縫合術	
1	指（手、足）	27,940点
2	その他のもの	38,100点
K 1 8 3	脊髄硬膜切開術	18,070点
K 1 8 4	減圧脊髄切開術	18,850点
K 1 8 5	脊髄切截術	27,040点
K 1 8 6	脊髄硬膜内神経切断術	27,040点
K 1 8 7	脊髄視床路切截術	28,340点
K 1 8 8	神経剥離術	10,900点
K 1 8 9	脊髄ドレナージ術	340点
K 1 9 0	脊髄刺激装置植込術	26,850点
K 1 9 0 - 2	脊髄刺激装置交換術	10,470点
K 1 9 0 - 3	重症瘻性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置術	22,500点
K 1 9 0 - 4	重症瘻性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術	3,900点
K 1 9 0 - 5	重症瘻性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填	500点
	注 1月に1回に限り算定する。	
K 1 9 1	脊髄腫瘍摘出術	
1	髄外のもの	55,050点
2	髄内のもの	78,820点
K 1 9 2	脊髄血管腫摘出術	78,820点
K 1 9 3	神経腫切除術	
1	指（手、足）	5,770点
2	その他のもの	9,020点
	注 神経腫が2個以上の場合は、神経腫を1個増すごとに、指（手、足）の場合は2,800点を、その他の場合は4,000点を加算する。	
K 1 9 3 - 2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（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
K 1 9 3 - 3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（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	4,160点
K 1 9 4	神経捻除術	
1	後頭神経	4,410点
2	上眼窩神経	4,410点

3	眼窩下神経	4,410点
4	おとがい神経	4,410点
5	下顎神経	6,170点
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410点
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410点
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410点
K195	交感神経切除術	
1	頸動脈周囲	6,500点
2	股動脈周囲	6,170点
K195-2	尾動脈腺摘出術	6,170点
K196	交感神経節切除術	
1	頸部	18,200点
2	胸部	14,000点
3	腰部	12,490点
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500点
K196-3	ストップフェル手術	9,610点
K196-4	閉鎖神経切除術	9,610点
K196-5	末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）	9,610点
K197	神経移行術	18,200点
K198	神経移植術	18,090点

第4款 眼

区分

（涙道）

K199	涙点、涙小管形成術	550点
K200	涙嚢切開術	690点
K200-2	涙点プラグ挿入術	630点
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720点
K202	涙管チューブ挿入術	1,810点
K203	涙嚢摘出術	4,590点
K204	涙嚢鼻腔吻合術	21,750点
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720点
K206	涙小管形成手術	12,870点

（眼瞼）

K207	瞼縁縫合術（瞼板縫合術を含む。）	1,580点
K208	麦粒腫切開術	410点
K209	眼瞼膿瘍切開術	470点
K209-2	外眦切開術	470点
K210	削除	
K211	睫毛電気分解術（毛根破壊）	560点
K212	兔眼矯正術	5,150点
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360点
K214	霰粒腫摘出術	580点
K215	瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）	1,580点
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140点
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150点
K217	眼瞼内反症手術	1,660点
K218	眼瞼外反症手術	2,820点
K219	眼瞼下垂症手術	

	1 眼 ^{けん} 瞼 ^{けん} 挙筋前転法	7,200点
	2 筋膜移植法	14,250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 ^{けん} 瞼 ^{けん} ごと)	260点
	2 多数のもの	390点
K 2 2 2	結膜下異物除去術	390点
K 2 2 3	結膜 ^{のう} 嚢 ^{のう} 形成手術	
	1 部分形成	2,460点
	2 皮膚及び結膜の形成	10,470点
	3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	12,870点
K 2 2 3 - 2	内眦 ^し 形成術	12,870点
K 2 2 4	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130点
K 2 2 5	結膜 ^{しゅよう} 腫瘍 ^{しゅよう} 冷凍凝固術	800点
K 2 2 5 - 2	結膜 ^{しゅよう} 腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術	6,890点
K 2 2 5 - 3	結膜肉芽腫 ^{しゅ} 摘除術	800点
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6	眼窩 ^{かのうよう} 膿瘍 ^{のうよう} 切開術	1,390点
K 2 2 7	眼窩骨折 ^か 視 ^か 血 ^か の手術(眼窩 ^か ブローアウト骨折手術を含む。)	11,490点
K 2 2 8	眼窩骨折 ^か 整復術	20,400点
K 2 2 9	眼窩内異物除去術(表在性)	7,370点
K 2 3 0	眼窩内異物除去術(深在性)	
	1 視神経 ^か 周囲、眼窩 ^か 尖端	19,200点
	2 その他	10,240点
K 2 3 1 及び K 2 3 2	削除	
K 2 3 3	眼窩 ^か 内容 ^か 除去術	13,060点
K 2 3 4	眼窩 ^か 内腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術(表在性)	5,880点
K 2 3 5	眼窩 ^か 内腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術(深在性)	30,150点
K 2 3 6	眼窩 ^か 悪性腫瘍 ^{しゅよう} 手術	37,200点
K 2 3 7	眼窩 ^か 縁 ^か 形成手術(骨移植によるもの)	17,700点
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8	削除	
K 2 3 9	眼球内容除去術	3,930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	8,440点
	4 斜筋手術	8,590点
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,460点
K 2 4 3	義眼台包埋術	5,140点
K 2 4 4	眼筋移動術	18,600点
K 2 4 5	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	5,640点
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6	角膜・強膜縫合術	2,980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	980点
K 2 4 9	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990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	650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	7,700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	5,320点
K 2 5 8	削除	
K 2 5 9	角膜移植術	54,800点
K 2 6 0	強膜移植術	14,470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	11,230点
K 2 6 6	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	17,850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	21,300点
	3 濾過手術	25,930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	7,710点
K 2 7 1	毛様体光凝固術	3,590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	8,970点
	（眼房、網膜）	
K 2 7 4	前房、虹彩内異物除去術	7,870点
K 2 7 5	網膜復位術	32,100点
K 2 7 6	網膜光凝固術	
	1 通常のもの（一連につき）	11,200点
	2 その他特殊なもの（一連につき）	18,100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	39,600点
	（水晶体、硝子体）	
K 2 7 8	硝子体注入・吸引術	1,900点
K 2 7 9	硝子体切除術	16,500点
K 2 8 0	硝子体茎顕微鏡下離断術	
	1 網膜付着組織を含むもの	36,750点
	2 その他のもの	30,750点
K 2 8 1	増殖性硝子体網膜症手術	51,850点

K 2 8 2	水晶体再建術	
	1 眼内レンズを挿入する場合	12,100点
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430点
K 2 8 2 - 2	後発白内障手術	1,520点
K 2 8 3	削除	
K 2 8 4	硝子体置換術	5,300点
	第5款 耳鼻咽喉 ^{いんこう}	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5	耳介血腫開窓術 ^{しゅ}	380点
K 2 8 6	外耳道異物除去術	
	1 単純なもの	220点
	2 複雑なもの ^{ろう}	790点
K 2 8 7	先天性耳瘻管摘出術	3,000点
K 2 8 8	副耳(介)切除術	2,240点
K 2 8 9	耳茸摘出術	830点
K 2 9 0	外耳道骨増生(外骨腫 ^{しゅ})切除術	5,900点
K 2 9 0 - 2	外耳道骨腫切除術 ^{しゅ}	5,900点
K 2 9 1	耳介腫瘍摘出術 ^{しゅよう}	5,320点
K 2 9 2	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。) ^{しゅ}	5,020点
K 2 9 3	耳介悪性腫瘍手術 ^{しゅよう}	12,610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。) ^{しゅよう}	23,400点
K 2 9 5	耳後瘻孔閉鎖術 ^{ろう}	2,570点
K 2 9 6	耳介形成手術	
	1 耳介軟骨形成を要するもの	11,210点
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	6,850点
K 2 9 7	外耳道形成手術	11,960点
K 2 9 8	外耳道造設術・閉鎖症手術	22,620点
K 2 9 9	小耳症手術	
	1 軟骨移植による耳介形成手術	47,850点
	2 耳介挙上	9,450点
	(中耳)	
K 3 0 0	鼓膜切開術	690点
K 3 0 1	鼓室開放術	4,670点
K 3 0 2	上鼓室開放術	6,630点
K 3 0 3	上鼓室乳突洞開放術	13,780点
K 3 0 4	乳突洞開放術(アントロトミー)	6,810点
K 3 0 5	乳突削開術	13,650点
K 3 0 6	錐体部手術	25,480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 ^{さく} 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	4,790点
K 3 1 1	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき) ^{せん}	1,580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 ^{しゅよう}	26,130点
K 3 1 4	中耳悪性腫瘍手術 ^{しゅよう}	
	1 切除	27,300点

	2 側頭骨摘出術	52,800点
K 3 1 5	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490点
K 3 1 6	S状洞血栓（静脈炎）手術	17,290点
K 3 1 7	中耳根本手術	23,660点
K 3 1 8	鼓膜形成手術	17,200点
K 3 1 9	鼓室形成手術	32,900点
K 3 2 0	アブミ骨摘出術・可動化手術 （内耳）	27,000点
K 3 2 1	内耳開窓術	26,700点
K 3 2 2	経迷路的内耳道開放術	55,200点
K 3 2 3	内リンパ囊開放術	21,700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。）	18,850点
	2 全摘出	38,890点
K 3 2 6	削除	
K 3 2 7	内耳窓閉鎖術	18,920点
K 3 2 8	人工内耳埋込術 （鼻）	32,290点
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	900点
K 3 3 1-2	下甲介粘膜焼灼術	900点
K 3 3 2	削除	
K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術	1,640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	1,640点
K 3 3 4	鼻骨骨折観血の手術	5,380点
K 3 3 4-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	14,690点
K 3 3 5	鼻中隔骨折観血の手術	2,110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。）	2,110点
K 3 3 5-3	上顎洞鼻外手術	2,110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	3,190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	900点
	2 その他のもの	1,520点
K 3 3 8-2	削除	
K 3 3 9	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,590点
K 3 4 0	鼻茸摘出術	1,680点
K 3 4 0-2	出血性鼻茸摘出術	5,280点
K 3 4 1	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020点
K 3 4 2	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	10,850点
K 3 4 3	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
	1 切除	17,000点
	2 全摘	34,700点
K 3 4 4	経鼻腔的翼突管神経切除術	20,410点
K 3 4 5	萎縮性鼻炎手術（両側）	14,040点
K 3 4 6	後鼻孔閉鎖症手術	

1	単純なもの（膜性閉鎖）	2,800点
2	複雑なもの（骨性閉鎖）	20,800点
K 3 4 7	鼻中隔矯正術	5,280点
K 3 4 7 - 2	変形外鼻手術 （副鼻腔）	12,610点
K 3 4 8	削除	
K 3 4 9	上顎洞開窓術	2,000点
K 3 5 0	前頭洞充填術	8,460点
K 3 5 1	上顎洞血腫腫手術	10,400点
K 3 5 2	上顎洞根治手術	5,120点
K 3 5 2 - 2	鼻内上顎洞根治手術	5,120点
K 3 5 2 - 3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120点
K 3 5 3	鼻内篩骨洞根治手術	7,230点
K 3 5 4	篩骨洞根治手術	11,970点
K 3 5 5	鼻内前頭洞根治手術	7,430点
	注 自家腸骨片を充填した場合は3,150点を加算する。	
K 3 5 6	前頭洞根治手術	12,530点
K 3 5 7	鼻内蝶形洞根治手術	4,910点
K 3 5 8	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500点
K 3 5 9	前頭洞篩骨洞根治手術	14,470点
K 3 6 0	篩骨洞蝶形洞根治手術	14,470点
K 3 6 1	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200点
K 3 6 2	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	18,090点
K 3 6 2 - 2	経上顎洞的顎動脈結紮術	20,020点
K 3 6 3	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	20,670点
K 3 6 4	汎副鼻腔根本手術	22,300点
K 3 6 5	経上顎洞的翼突管神経切除術	21,700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	1,410点
K 3 6 9	咽頭異物摘出術	
1	簡単なもの	420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	3,430点
2	経鼻腔によるもの	3,890点
3	経副鼻腔によるもの	6,360点
4	外切開によるもの	11,600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	3,430点
2	経鼻腔によるもの	3,890点
3	経副鼻腔によるもの	6,360点
4	外切開によるもの	11,600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	11,100点
K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術	

	1 経口腔 <small>くう</small> によるもの	5,610点
	2 外切開 <small>がい</small> によるもの	11,400点
K 3 7 4	咽頭 <small>いん</small> 悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> 手術（軟口蓋 <small>がい</small> 悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> 手術を含む。）	23,800点
K 3 7 5	鼻咽腔線維腫手術	
	1 切除	6,180点
	2 摘出	24,180点
K 3 7 5-2	鼻咽腔閉鎖術	16,640点
K 3 7 6	上咽頭 <small>いん</small> 悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> 手術	21,700点
K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
	1 切除	1,430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 <small>けい</small> によるもの	20,000点
	2 経側頭下窩 <small>か</small> によるもの（下顎離断 <small>がく</small> によるものを含む。）	32,000点
K 3 7 9-2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	
	1 経頸部 <small>けい</small> によるもの	30,000点
	2 経側頭下窩 <small>か</small> によるもの（下顎離断 <small>がく</small> によるものを含む。）	50,000点
K 3 8 0	過長茎状突起切除術	4,520点
K 3 8 1	上咽頭形成手術	7,810点
K 3 8 2	咽頭瘻閉鎖術	9,820点
K 3 8 2-2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術 （喉頭、気管）	9,820点
K 3 8 3	喉頭切開・截開術	10,320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	4,000点
K 3 8 5	喉頭浮腫乱切術	2,040点
K 3 8 6	気管切開術	2,570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	3,890点
K 3 8 8-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410点
K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術	
	1 間接喉頭鏡 <small>こう</small> 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	28,990点
K 3 9 2	喉頭蓋切除術	2,450点
K 3 9 2-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450点
K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術	
	1 間接喉頭鏡 <small>こう</small> 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	33,100点
	2 全摘	40,170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。）	94,950点

K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,040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。）	10,300点
K 3 9 8	喉頭狭窄症手術	
	1 前方開大術	16,380点
	2 前壁形成手術	15,730点
	3 Tチューブ挿入術	9,000点
K 3 9 9	気管狭窄症手術	25,090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	16,250点
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	21,930点
K 4 0 1	気管口狭窄拡大術	2,690点
K 4 0 2	縦隔気管口形成手術	58,490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	33,410点
	2 開胸又は胸骨正中切開によるもの	58,490点
K 4 0 3 - 2	嚥下機能手術	
	1 輪状咽頭筋切断術	14,470点
	2 喉頭挙上術	14,130点
	3 喉頭気管分離術	21,700点
	4 喉頭全摘術	21,700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	150点
	3 臼歯	260点
	4 難抜歯	470点
	注 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算定する。	
	5 埋伏歯	1,050点
	注 完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。下顎の完全埋伏智歯（骨性）及び水平埋伏智歯の場合は、100点を加算する。	
	注 抜歯と同時にを行う歯槽骨の整形等の費用を含むものとする。	
K 4 0 5	削除	
K 4 0 6	口蓋腫瘍摘出術	
	1 口蓋粘膜に限局するもの	400点
	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720点
K 4 0 7	顎・口蓋裂形成手術	
	1 軟口蓋のみのももの	11,170点
	2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点
	3 顎裂を伴うもの	
	イ 片側	19,360点
	ロ 両側	29,040点
K 4 0 7 - 2	軟口蓋形成手術	7,800点
	（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）	
K 4 0 8	口腔底膿瘍切開術	700点
K 4 0 9	口腔底腫瘍摘出術	5,230点

K 4 1 0	口腔底 ^{くわう} 悪性 ^{しゅよう} 腫瘍手術	18,500点
K 4 1 1	頬 ^{きょう} 粘膜腫瘍摘出術	4,730点
K 4 1 2	頬 ^{きょう} 粘膜悪性 ^{しゅよう} 腫瘍手術	17,300点
K 4 1 3	舌腫瘍摘出術	
	1 粘液 ^{のう} 嚢胞摘出術	1,220点
	2 その他のもの	3,140点
K 4 1 4	舌根 ^{せんしゅ} 甲状腺腫摘出術	6,550点
K 4 1 4 - 2	甲状 ^{のう} 舌管嚢胞摘出術	6,550点
K 4 1 5	舌悪性腫瘍手術	
	1 切除	14,470点
	2 亜全摘	49,350点
K 4 1 6 及び K 4 1 7	削除	
K 4 1 8	舌形成手術 (巨舌症手術)	5,840点
K 4 1 8 - 2	舌繫 ^{ほんこん} 痕 ^{ほんこん} 痕性短縮矯正術	2,650点
K 4 1 9	頬 ^{きょう} 、口唇、舌小帯形成手術	560点
K 4 2 0	削除	
	(顔面)	
K 4 2 1	口唇腫瘍摘出術	
	1 粘液 ^{のう} 嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	3,370点
K 4 2 2	口唇悪性腫瘍手術	21,700点
K 4 2 3	頬 ^{きょう} 腫瘍摘出術	
	1 粘液 ^{のう} 嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	3,370点
K 4 2 4	頬 ^{きょう} 悪性腫瘍手術	17,900点
K 4 2 5	口腔、顎 ^{がく} 、顔面悪性腫瘍切除術	59,400点
K 4 2 6	口唇裂形成手術 (片側)	
	1 口唇のみの場合	10,140点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	14,470点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	17,030点
K 4 2 6 - 2	口唇裂形成手術 (両側)	
	1 口唇のみの場合	14,470点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	25,610点
	(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7	頬 ^{きょう} 骨骨折 ^{のう} 観血的整復術	11,610点
K 4 2 7 - 2	頬 ^{きょう} 骨変形 ^{のう} 治癒骨折矯正術	27,000点
K 4 2 8	下顎骨折 ^{がく} 非観血的整復術	1,240点
	注 三内式線 ^{きつ} 副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。	
K 4 2 9	下顎骨折 ^{がく} 観血的手術	
	1 片側	10,000点
	2 両側	19,110点
K 4 2 9 - 2	下顎関節 ^{がく} 突起骨折 ^{のう} 観血的手術	
	1 片側	21,700点
	2 両側	36,170点
K 4 3 0	顎関節 ^{がく} 脱臼 ^{きゅう} 非観血的整復術	410点
K 4 3 1	顎関節 ^{がく} 脱臼 ^{きゅう} 観血的手術	18,330点
K 4 3 2	上顎骨折 ^{がく} 非観血的整復術	1,570点
K 4 3 3	上顎骨折 ^{がく} 観血的手術	11,710点

K 4 3 4	顔面多発骨折観血的手術	26,550点
K 4 3 5	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120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	8,210点
K 4 3 7	下顎骨部分切除術	9,960点
K 4 3 8	下顎骨離断術	15,730点
K 4 3 9	下顎骨悪性腫瘍手術	
	1 切除	21,700点
	2 切断	28,940点
K 4 4 0	上顎骨切除術	12,000点
K 4 4 1	上顎骨全摘術	25,480点
K 4 4 2	上顎骨悪性腫瘍手術	
	1 搔爬	5,880点
	2 切除	21,700点
	3 全摘	37,420点
K 4 4 3	上顎骨形成術	
	1 単純な場合	16,250点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	32,400点
	3 骨移動を伴う場合	48,600点
	注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K 4 4 4	下顎骨形成術	
	1 おとがい形成の場合	4,990点
	2 短縮又は伸長の場合	17,160点
	3 再建の場合	27,750点
	4 骨移動を伴う場合	41,700点
	注1 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。	
	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 5	顎関節形成術	32,400点
K 4 4 6	顎関節授動術	
	1 徒手の授動術（パンピングを併用した場合）	990点
	2 顎関節鏡下授動術	5,620点
	3 開放授動術	17,550点
K 4 4 7	顎関節円板整位術	
	1 顎関節鏡下円板整位術	14,470点
	2 開放円板整位術	21,700点
	(唾液腺)	
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	
	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	5,540点
K 4 5 1	がま腫摘出術	4,580点
K 4 5 2	舌下腺腫瘍摘出術	4,610点
K 4 5 3	顎下腺腫瘍摘出術	7,410点
K 4 5 4	顎下腺摘出術	7,440点
K 4 5 5	顎下腺悪性腫瘍手術	21,700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	20,930点
	2 耳下腺深葉摘出術	23,920点
K 4 5 8	耳下腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	21,700点
	2 全摘	28,940点
K 4 5 9	唾液腺管形成手術	8,740点
K 4 6 0	唾液腺管移動術	
	1 上顎洞内へのもの	8,740点
	2 結膜嚢内へのもの	10,820点
	(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	
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	7,500点
	2 両葉の場合	9,000点
K 4 6 2	バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000点
K 4 6 3	甲状腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	18,600点
	2 全摘及び亜全摘	23,700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	12,060点
	2 副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	30,000点
K 4 6 5	副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	30,000点
	(その他の頸部)	
K 4 6 6	斜角筋切断術	3,760点
K 4 6 7	頸瘻、頸嚢摘出術	8,790点
K 4 6 8	頸肋切除術	8,140点
K 4 6 9	頸部郭清術	
	1 片側	16,120点
	2 両側	22,230点
K 4 7 0	頸部悪性腫瘍手術	27,560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	820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	2,660点
	2 長径5センチメートル以上	5,180点
K 4 7 4-2	乳管腺葉区域切除術	9,880点
K 4 7 4-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	4,200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	6,040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)	11,400点
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	21,700点
	3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000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。))	29,100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	29,100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	29,100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）	36,170点
注1	放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
2	色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
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	乳房再建術（乳房切除後）	
1	一期的に行うもの	32,850点
2	二期的に行うもの	45,000点
	（胸壁）	
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	5,740点
K 4 7 9	削除	
K 4 8 0	胸壁冷膿瘍手術	6,020点
K 4 8 0 - 2	流注膿瘍切開搔爬術	6,020点
K 4 8 1	肋骨骨折観血的手術	6,020点
K 4 8 2	肋骨切除術	
1	第1肋骨	13,000点
2	その他の肋骨	3,310点
K 4 8 3	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320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	36,900点
2	その他のもの	21,700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	36,900点
2	その他のもの	21,700点
K 4 8 5	胸壁腫瘍摘出術	10,600点
K 4 8 6	胸壁瘻手術	18,090点
K 4 8 7	漏斗胸手術	
1	胸骨挙上法によるもの	21,700点
2	胸骨翻転法によるもの	26,130点
3	胸腔鏡によるもの	30,200点
	（胸腔、胸膜）	
K 4 8 8	試験開胸術	9,070点
K 4 8 8 - 2	試験的開胸開腹術	14,600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	18,090点
K 4 9 4	胸腔内（胸膜内）血腫除去術	14,700点
K 4 9 5	削除	
K 4 9 6	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700点
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500点
K 4 9 6 - 2	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	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	21,700点
	2	1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500点
K 4 9 6 - 4		胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100点
K 4 9 7		膿胸腔有茎筋肉弁充填術	29,700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	34,500点
	2	胸膜胼胝切除を併施するもの	47,550点
K 4 9 9		胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）	12,180点
K 5 0 0		削除	
K 5 0 1		乳糜胸手術	12,530点
K 5 0 1 - 2		胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530点
		（縦隔）	
K 5 0 2		縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500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	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	13,520点
	3	経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500点
K 5 0 3		縦隔郭清術	28,470点
K 5 0 4		縦隔悪性腫瘍手術	35,400点
		（気管支、肺）	
K 5 0 5		肺結核空洞吸引術（モナルジー法）	7,180点
K 5 0 6		肺結核空洞切開術	14,300点
K 5 0 7		肺膿瘍切開排膿術	21,700点
K 5 0 8		気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）	7,810点
K 5 0 8 - 2		気管・気管支ステント留置術	7,200点
K 5 0 9		気管支異物除去術	
	1	直達鏡によるもの	7,120点
	2	開胸手術によるもの	41,100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 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）	6,700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	8,710点
	2	その他のもの	8,710点
K 5 1 1		肺切除術	
	1	楔状部分切除	18,090点
	2	区域切除（1肺葉に満たないもの）	53,850点
	3	肺葉切除	53,700点
	4	複合切除（1肺葉を超えるもの）	55,050点
	5	1側肺全摘	56,400点
	6	気管支形成を伴う肺切除	65,260点
K 5 1 2		削除	
K 5 1 3		胸腔鏡下肺切除術	56,250点
K 5 1 3 - 2		胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	56,250点
K 5 1 3 - 3		胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	56,250点
K 5 1 3 - 4		胸腔鏡下肺縫縮術	56,250点
K 5 1 4		肺悪性腫瘍手術	
	1	肺葉切除又はこれに満たないもの	55,350点

	2	1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	61,500点
	3	気管支形成を伴う肺切除	65,250点
	4	胸膜肺全摘	87,000点
	注	4については、悪性びまん性胸膜中皮腫 <small>（しゅ）</small> に対して行われ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	リンパ節郭清を伴わないもの	61,500点
	2	リンパ節郭清を伴うもの	87,000点
K 5 1 4 - 3		移植用肺採取術（死体）（両側）	61,700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	116,770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	両側肺を移植した場合には、45,000点を加算する。	
K 5 1 4 - 5		移植用部分肺採取術（生体）	52,400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	100,050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。	
K 5 1 5		肺剥皮術 <small>（はく）</small>	22,800点
K 5 1 6		気管支瘻閉鎖術 <small>（ろう）</small>	55,200点
K 5 1 7		肺縫縮術	18,090点
K 5 1 8		気管支形成手術	
	1	楔状切除術	53,550点
	2	輪状切除術	57,150点
	3	気管分岐部切除術	88,350点
	4	気管分岐部切除術（再建を伴うもの）	90,790点
K 5 1 9		先天性気管狭窄症手術	98,100点
		（食道）	
K 5 2 0		食道縫合術 <small>（せん）</small> （穿孔、損傷）	
	1	頸部手術 <small>（けい）</small>	13,130点
	2	開胸手術	21,700点
	3	開腹手術	13,650点
K 5 2 1		食道周囲膿瘍切開誘導術 <small>（のうよう）</small>	
	1	開胸手術	20,020点
	2	胸骨切開によるもの	13,000点
	3	その他のもの（頸部手術を含む。）	5,080点
K 5 2 2		食道狭窄拡張術 <small>（さく）</small>	
	1	内視鏡によるもの	8,060点
	2	食道ブジー法	2,520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	41,550点
K 5 2 3		食道異物摘出術	
	1	頸部手術によるもの <small>（けい）</small>	19,500点
	2	開胸手術によるもの	21,700点
	3	開腹手術によるもの	21,320点
K 5 2 4		食道憩室切除術	

	1	頸部手術によるもの	17,290点
	2	開胸によるもの	24,180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	75,000点
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650点
	3	腹部の操作によるもの	41,100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	75,000点
	2	胸部、腹部の操作によるもの	61,650点
	3	腹部の操作によるもの	41,100点
	4	バイパスのみ作成する場合	36,150点
K 5 2 6		食道腫瘍摘出術	
	1	内視鏡によるもの	6,520点
	2	開胸又は開腹手術によるもの	26,260点
	3	腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	41,250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	6,800点
	2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000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	8,840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	43,050点
	2	胸部食道の場合	56,950点
K 5 2 8		先天性食道閉鎖症根治手術	64,820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（胸腔鏡下によるものを含む。）	113,900点
	2	胸部、腹部の操作によるもの	97,770点
	3	腹部の操作によるもの	69,840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 3 0		食道アカラシア形成手術	28,050点
K 5 3 0 - 2		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	39,000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	37,950点
	2	消化管利用によるもの	45,700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	26,340点
	2	食道離断術を主とするもの	28,940点
K 5 3 2 - 2		食道静脈瘤手術（開腹）	26,340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	21,450点
	2	経胸及び経腹	28,940点
K 5 3 4 - 2		横隔膜レラクサチオ手術	
	1	経胸又は経腹	21,450点
	2	経胸及び経腹	28,940点
K 5 3 5		胸腹裂孔ヘルニア手術	
	1	経胸又は経腹	20,670点
	2	経胸及び経腹	27,300点

K 5 3 6	後胸骨ヘルニア手術	21,060点
K 5 3 7	食道裂孔ヘルニア手術	
	1 経胸又は経腹	21,060点
	2 経胸及び経腹	26,780点
K 5 3 7-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	37,800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	8,760点
K 5 3 8-2	心筋縫合止血術(外傷性)	10,900点
K 5 3 9	心膜切開術	9,200点
K 5 3 9-2	心膜 ^{のう} 嚢胞、心膜 ^{しゅよう} 腫瘍切除術	14,500点
K 5 4 0	収縮性心膜炎手術	49,950点
K 5 4 1	試験開心術	24,700点
K 5 4 2	心腔 ^{くう} 内異物除去術	30,210点
K 5 4 3	心房内血栓 ^{しゅん} 除去術	30,210点
K 5 4 4	心腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術、心腔 ^{くう} 内粘液腫 ^{しゅ} 摘出術	
	1 単独のもの	60,600点
	2 冠動脈血行再建術(1吻合 ^{ふん})を伴うもの	77,770点
	3 冠動脈血行再建術(2吻合 ^{ふん} 以上)を伴うもの	91,910点
K 5 4 5	開胸心臓マッサージ	8,950点
K 5 4 6	経皮的冠動脈形成術	22,000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 5 4 7	経皮的冠動脈粥腫 ^{しゅ} 切除術	22,000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 5 4 8	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	23,000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 5 4 9	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000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 5 5 0	冠動脈内血栓溶解療法	13,390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 5 0-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,110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	74,550点
	2 2箇所以上のも	79,860点
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
	1 1吻合 ^{ふん} のもの	71,570点
	2 2吻合 ^{ふん} 以上のも	85,880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 ^{ふん} のもの	71,570点
	2 2吻合 ^{ふん} 以上のも	89,700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 ^{りゅう} 瘤 ^{こうそく} 切除術(梗塞切除を含む。)	
	1 単独のもの	59,550点
	2 冠動脈血行再建術(1吻合 ^{ふん})を伴うもの	78,730点
	3 冠動脈血行再建術(2吻合 ^{ふん} 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	76,200点
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	100,200点
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	114,510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 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
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	34,200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 5 5 7	大動脈弁上狭窄手術	71,570点
K 5 5 7 - 2	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	75,450点
K 5 5 7 - 3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	86,250点
K 5 5 7 - 4	ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	85,880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）	143,140点
K 5 5 9	閉鎖式僧帽弁交連切開術	29,580点
K 5 5 9 - 2	経皮的僧帽弁拡張術	29,640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 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
1	上行大動脈（心臓弁置換（形成）又は冠動脈再建を伴うもの）	114,510点
2	上行大動脈（その他のもの）	100,200点
3	弓部大動脈	114,510点
4	上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）及び弓部大動脈の同時手術	171,760点
5	下行大動脈	85,880点
6	胸腹部大動脈	166,500点
7	腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	54,300点
8	腹部大動脈（その他のもの）	52,000点
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術	
1	胸部大動脈	56,560点
2	腹部大動脈	47,400点
3	腸骨動脈	37,200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	12,700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 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	33,900点
K 5 6 5	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	47,700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）	42,750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	128,820点

K 5 6 7 - 2	経皮的動脈形成術	34,200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 5 6 8	大動脈肺動脈中隔欠損症手術	
	1 単独のもの	69,000点
	2 心内奇形手術を伴うもの	88,500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）	85,880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）	25,000点
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	68,550点
K 5 7 0 - 2	経皮的肺動脈弁拡張術	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 5 7 0 - 3	経皮的肺動脈形成術	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 5 7 1	肺静脈還流異常症手術	
	1 部分肺静脈還流異常	48,110点
	2 総肺静脈還流異常	93,040点
K 5 7 2	肺静脈形成術	51,450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（ラシュキンド法）	8,970点
	2 心房中隔欠損作成術	25,800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 5 7 4	心房中隔欠損閉鎖術	
	1 単独のもの	30,100点
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500点
K 5 7 4 - 2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 5	三心房心手術	58,500点
K 5 7 6	心室中隔欠損閉鎖術	
	1 単独のもの	50,570点
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	52,850点
	3 大動脈弁形成を伴うもの	64,410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	79,500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）	54,000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	64,410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	143,140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	93,040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	128,820点
	3 巨大側副血管術を伴うもの	171,760点

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（タウシッヒ・ビング奇形手術）	143,140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（ジャテーン手術）	107,350点
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	128,820点
	4 ラステリ手術を伴うもの	114,510点
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	78,000点
	2 根治手術（ダブルスイッチ手術）	162,500点
K 5 8 5	総動脈幹症手術	119,800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	146,000点
K 5 8 7	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	141,460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	61,500点
K 5 9 1	心臓脱手術	113,400点
K 5 9 2	肺動脈血栓除去術	37,600点
K 5 9 2-2	肺動脈血栓内膜摘除術	100,190点
K 5 9 3	肺静脈血栓除去術	30,210点
K 5 9 4	不整脈手術	
	1 副伝導路切断術	85,880点
	2 心室頻拍症手術	100,200点
	3 メイズ手術	93,170点
K 5 9 5	経皮的カテーテル心筋焼灼術	
	1 心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	31,350点
	2 その他のもの	26,440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、所定点数に17,000点を加算する。	
	2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 9 5-2	経皮的中隔心筋焼灼術	22,800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 5 9 6	体外ペースメーカー	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	13,800点
	2 経静脈電極の場合	7,820点
K 5 9 7-2	ペースメーカー交換術	3,610点
K 5 9 7-3	埋込型心電図記録計移植術	1,260点
K 5 9 7-4	埋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	30,750点
K 5 9 8-2	両心室ペースメーカー交換術	3,200点
K 5 9 9	埋込型除細動器移植術	17,030点
K 5 9 9-2	埋込型除細動器交換術	2,860点

K 5 9 9 - 3	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術	21,000点
	注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。	
K 5 9 9 - 4	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200点
	注 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。	
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	24,500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、所定点数に4,800点を加算する（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、所定点数に7,000点を加算する。	
	3 カニューレシオン料は、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 3	補助人工心臓（1日につき）	
	1 初日	45,000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 4	埋込型補助人工心臓	
	1 初日（1日につき）	45,000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）	4,000点
	4 91日目以降（1月につき）	6,000点
K 6 0 5	移植用心採取術	61,200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	143,140点
	注 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。	
K 6 0 5 - 3	移植用心肺採取術	92,020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	198,990点
	注 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。	
	（動脈）	
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	8,610点
	2 その他のもの	3,130点
K 6 0 7 - 2	血管縫合術（簡単なもの）	3,130点
K 6 0 7 - 3	上腕動脈表在化法	5,000点
K 6 0 8	動脈血栓除去術	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	21,970点
	2 その他のもの（観血的なもの）	9,470点
K 6 0 8 - 2	外シャント血栓除去術	1,680点
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	31,500点

2	内頸動脈	29,250点
3	その他のもの	19,890点
K 6 0 9 - 2	経皮的頸動脈ステント留置術	33,150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	52,550点
2	胸腔内動脈（大動脈を除く。）	44,400点
3	腹腔内動脈（大動脈を除く。）	44,400点
4	指（手、足）の動脈	11,800点
5	その他の動脈	13,910点
K 6 1 0 - 2	脳新生血管造成術	52,550点
K 6 1 0 - 3	内シャント又は外シャント設置術	13,910点
K 6 1 0 - 4	四肢の血管吻合術	13,910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）	13,910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埋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	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）	29,580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	61,500点
3	腹腔内動脈	56,560点
4	頭、頸部動脈	55,050点
5	その他の動脈	23,300点
K 6 1 5	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）	16,510点
K 6 1 5 - 2	経皮的動脈遮断術	1,390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 6 1 6	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800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 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。	
	（静脈）	
K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	
1	抜去切除術	10,200点
2	硬化療法（一連として）	1,720点
3	高位結紮術	3,130点
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	10,200点
K 6 1 7 - 3	静脈瘤切除術（下肢以外）	1,680点
K 6 1 8	中心静脈栄養用埋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、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	19,000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	8,000点
K 6 2 1	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	32,000点
K 6 2 2	胸管内頸静脈吻合術	28,940点
K 6 2 3	静脈形成術、吻合術	
	1 胸腔内静脈	24,700点
	2 腹腔内静脈	24,700点
	3 指（手、足）の静脈	10,850点
	4 その他の静脈	13,500点
K 6 2 3 - 2	脾腎静脈吻合術 （リンパ管、リンパ節）	20,800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	8,390点
	2 長径5センチメートル以上	12,610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）	6,970点
	2 頸部（深在性）	14,040点
	3 鎖骨上窩及び下窩	9,270点
	4 腋窩	13,650点
	5 胸骨旁	14,040点
	6 鼠径部及び股部	5,670点
	7 後腹膜	28,940点
	8 骨盤	18,740点
K 6 2 8	リンパ管吻合術 第9款 腹部	31,200点

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	6,450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	9,810点
K 6 3 3	ヘルニア手術	
	1 腹壁癒痕ヘルニア	7,440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	14,470点
	5 鼠径ヘルニア	6,000点

6	大腿ヘルニア	8,740点
7	腰ヘルニア	8,240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）	14,470点
9	内ヘルニア	14,470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）	20,800点
K 6 3 5	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810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	5,550点
K 6 3 6-2	ダメージコントロール手術	7,210点
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術	
1	横隔膜下膿瘍	8,880点
2	ダグラス窩膿瘍	5,340点
3	虫垂周囲膿瘍	5,340点
4	その他のもの	6,670点
K 6 3 7-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 3 8	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	12,000点
K 6 3 9-2	結核性腹膜炎手術	12,000点
K 6 4 0	腸間膜損傷手術	
1	縫合、修復のみのもの	8,320点
2	腸管切除を伴うもの	18,800点
K 6 4 1	大網切除術	8,490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	11,100点
2	腸切除を伴うもの	21,700点
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	48,000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	17,400点
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術 （胃、十二指腸）	107,850点
K 6 4 6	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	10,100点
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	11,300点
K 6 4 7-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600点
K 6 4 8	胃切開術	7,670点
K 6 4 9	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	10,900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	7,590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）	10,400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	4,970点
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	14,130点
3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790点
4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000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	3,200点

K 6 5 3 - 4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970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	10,400点
K 6 5 4 - 3	腹腔鏡下胃局所切除術	20,400点
K 6 5 5	胃切除術	
	1 単純切除術	21,700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	30,000点
	2 悪性腫瘍手術	62,360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	20,700点
K 6 5 5 - 4	噴門側胃切除術	
	1 単純切除術	30,900点
	2 悪性腫瘍切除術	55,100点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 6	胃縮小術	21,700点
K 6 5 7	胃全摘術	
	1 単純全摘術	49,200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	58,300点
	2 悪性腫瘍手術	74,830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	28,940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	15,000点
	2 ドレナージを併施するもの	21,700点
	3 胃切除術を併施するもの	28,940点
K 6 6 0 - 2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500点
K 6 6 1	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800点
K 6 6 2	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	13,600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を含む。）	9,460点
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術	10,590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	15,300点
K 6 6 7	噴門形成術	12,600点
K 6 6 7 - 2	腹腔鏡下噴門形成術	28,940点
K 6 6 7 - 3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000点
K 6 6 8	胃横断術（静脈瘤手術） （胆嚢、胆道）	21,700点
K 6 6 9	胆管切開術	12,100点

K 6 7 0	胆嚢切開結石摘出術	10,900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	21,700点
	2 胆嚢摘出を含まないもの	18,800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	25,600点
	2 胆嚢摘出を含まないもの	22,700点
K 6 7 2	胆嚢摘出術	19,760点
K 6 7 2-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300点
K 6 7 3	胆管形成手術（胆管切除術を含む。）	28,940点
K 6 7 4	総胆管拡張症手術	28,000点
	注 乳頭形成を併せて行った場合は、所定点数に5,000点を加算する。	
K 6 7 5	胆嚢悪性腫瘍手術	
	1 胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）	29,930点
	2 肝切除（葉以上）を伴うもの	75,750点
	3 膵頭十二指腸切除を伴うもの	97,950点
	4 膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	139,680点
K 6 7 6	削除	
K 6 7 7	胆管悪性腫瘍手術	70,800点
K 6 7 7-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術	
	1 血行再建あり	121,050点
	2 血行再建なし	97,050点
K 6 7 8	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）	16,300点
K 6 7 9	胆嚢胃（腸）吻合術	10,500点
K 6 8 0	総胆管胃（腸）吻合術	21,700点
K 6 8 1	胆嚢外瘻造設術	9,200点
K 6 8 2	胆管外瘻造設術	
	1 開腹によるもの	12,300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 3	削除	
K 6 8 4	先天性胆道閉鎖症手術	56,700点
K 6 8 5	内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴うもの）	9,830点
K 6 8 6	内視鏡的胆道拡張術	11,930点
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	9,400点
	2 胆道碎石術を伴うもの	21,190点
K 6 8 8	内視鏡的胆道ステント留置術	8,880点
K 6 8 9	経皮経肝胆管ステント挿入術	9,440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	17,400点
K 6 9 1	肝膿瘍切開術	
	1 開腹によるもの	11,000点
	2 開胸によるもの	12,200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 ^{のう} 嚢胞切開又は縫縮術	12,200点
K 6 9 2-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,700点
K 6 9 3	肝内結石摘出術（開腹）	21,700点
K 6 9 4	肝 ^{のう} 嚢胞、肝 ^{のう} 膿瘍摘出術	21,700点
K 6 9 5	肝切除術	
	1 部分切除	27,950点
	2 区域切除・亜区域切除	39,450点
	3 葉切除	73,500点
	4 拡大葉切除	97,050点
	5 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	97,770点
K 6 9 5-2	腹腔鏡下肝切除術	
	1 部分切除	50,600点
	2 外側区域切除	62,100点
K 6 9 6	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術	21,700点
K 6 9 7	肝内胆管外 ^{ろう} 瘻造設術	
	1 開腹によるもの	14,470点
	2 経皮経肝によるもの	10,800点
K 6 9 7-2	肝悪性腫瘍 ^{しゅよう} マイクロ波凝固法（一連として）	13,600点
K 6 9 7-3	肝悪性腫瘍 ^{しゅよう} ラジオ波焼灼療法（一連として）	15,000点
K 6 9 7-4	移植用部分肝採取術（生体）	72,000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	95,550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。	
K 6 9 7-6	移植用肝採取術（死体）	85,200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	142,380点
	注 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。	
	（脾 ^{すい} ）	
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	21,700点
K 6 9 9	脾 ^{すい} 結石手術	
	1 脾 ^{すい} 切開によるもの	21,700点
	2 経十二指腸乳頭によるもの	21,700点
K 7 0 0	脾 ^{すい} 中央切除術	45,000点
K 7 0 1	脾 ^{すい} 破裂縫合術	19,200点
K 7 0 2	脾 ^{すい} 体尾部腫瘍 ^{しゅよう} 切除術	
	1 脾 ^{すい} 尾部切除術（腫瘍 ^{しゅよう} 摘出術を含む。）の場合	
	イ 脾 ^{すい} 同時切除の場合	21,200点
	ロ 脾 ^{すい} 温存の場合	21,750点
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍 ^{しゅよう} 切除術の場合	38,890点
	3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍 ^{しゅよう} 切除術の場合	52,500点
	4 血行再建を伴う腫瘍 ^{しゅよう} 切除術の場合	55,870点
K 7 0 3	脾 ^{すい} 頭部腫瘍 ^{しゅよう} 切除術	
	1 脾 ^{すい} 頭部切除術の場合	69,840点
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍 ^{しゅよう} 切除術の場合又は十二指腸温存脾 ^{すい} 頭部切除術の	

場合	83,810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	83,810点
4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	111,740点
K 7 0 4 脾全摘術	91,350点
K 7 0 5 脾嚢胞胃（腸）吻合術	21,700点
K 7 0 6 脾管空腸吻合術	28,940点
K 7 0 7 脾嚢胞外瘻造設術	
1 内視鏡によるもの	14,130点
2 開腹によるもの	12,100点
K 7 0 8 脾管外瘻造設術	14,470点
K 7 0 8 - 2 脾管誘導手術	14,470点
K 7 0 9 脾瘻閉鎖術	21,700点
K 7 0 9 - 2 移植用脾採取術（死体）	48,700点
注 脾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 0 9 - 3 同種死体脾移植術	112,570点
注 脾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。	
K 7 0 9 - 4 移植用脾腎採取術（死体）	82,580点
注 脾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 0 9 - 5 同種死体脾腎移植術	140,420点
注 脾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。	
（脾）	
K 7 1 0 脾縫合術（部分切除を含む。）	24,410点
K 7 1 1 脾摘出術	21,700点
K 7 1 1 - 2 腹腔鏡下脾摘出術	28,500点
（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）	
K 7 1 2 破裂腸管縫合術	8,350点
K 7 1 3 腸切開術	7,420点
K 7 1 4 腸管癒着症手術	10,900点
K 7 1 4 - 2 腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600点
K 7 1 5 腸重積症整復術	
1 非観血的なもの	3,450点
2 観血的なもの	5,530点
K 7 1 6 小腸切除術	
1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700点
2 悪性腫瘍手術	29,930点
K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術	25,600点
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。）	14,470点
K 7 1 8 虫垂切除術	
1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210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	11,470点
2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	14,140点
K 7 1 9 結腸切除術	
1 小範囲切除	17,900点
2 結腸半側切除	25,700点
3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700点
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	35,700点
2	全切除、亜全切除	41,700点
K 7 1 9 - 3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700点
K 7 1 9 - 4	ピックレル氏手術	13,700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）	14,470点
K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・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	内視鏡的大腸ポリープ切除術	
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 - 3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360点
K 7 2 2	小腸結腸内視鏡的止血術	8,950点
K 7 2 3	削除	
K 7 2 4	腸吻合術	9,040点
K 7 2 5	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140点
K 7 2 6	人工肛門造設術	6,590点
K 7 2 7	腹壁外腸管前置術	7,790点
K 7 2 8	腸狭窄部切開縫合術	9,830点
K 7 2 9	腸閉鎖症手術	
1	腸管切除を伴わないもの	11,600点
2	腸管切除を伴うもの	21,700点
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術	
1	腸管切除を伴わないもの	10,500点
2	腸管切除を伴うもの	16,700点
K 7 3 1	結腸瘻閉鎖術	
1	腸管切除を伴わないもの	10,800点
2	腸管切除を伴うもの	21,700点
K 7 3 2	人工肛門閉鎖術	
1	腸管切除を伴わないもの	10,300点
2	腸管切除を伴うもの	21,700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	14,470点
K 7 3 5	先天性巨大結腸症手術	49,050点
K 7 3 5 - 2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	8,530点
K 7 3 5 - 3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,450点
K 7 3 6	人工肛門形成術	
1	開腹を伴うもの	8,400点
2	その他のもの	3,670点
	（直腸）	
K 7 3 7	直腸周囲膿瘍切開術	2,690点
K 7 3 8	直腸異物除去術	
1	経肛門（内視鏡によるもの）	5,150点
2	開腹によるもの	10,400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	8,250点
3	経腹及び経肛	14,470点

K 7 3 9 - 2	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	20,120点
K 7 4 0	直腸切除・切断術	
1	切除術	40,500点
2	低位前方切除術	66,300点
3	超低位前方切除術（経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの）	69,840点
4	切断術	75,150点
K 7 4 0 - 2	腹腔鏡下直腸切除・切断術	
1	切除術	63,150点
2	低位前方切除術	77,780点
3	切断術	77,780点
K 7 4 0 - 3	削除	
K 7 4 1	直腸狭窄形成手術	21,700点
K 7 4 2	直腸脱手術	
1	経会陰によるもの	7,370点
2	直腸挙上固定を行うもの	9,260点
3	骨盤底形成を行うもの	14,470点
4	腹会陰からのもの（腸切除を含む。）	28,940点
K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。）	
1	硬化療法	1,380点
2	硬化療法（四段階注射法によるもの）	4,220点
3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390点
4	根治手術	5,360点
5	P P H	11,260点
K 7 4 3 - 2	肛門括約筋切開術	1,380点
K 7 4 3 - 3	脱肛根本手術	5,360点
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	7,400点
K 7 4 6 - 2	高位直腸瘻手術	7,400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	1,040点
K 7 4 8	肛門悪性腫瘍手術	
1	切除	21,700点
2	直腸切断を伴うもの	63,450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	瘢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	18,200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	14,470点
3	仙骨会陰式	32,700点
4	腹会陰、腹仙骨式	59,700点
K 7 5 1 - 2	仙尾部奇形腫手術	37,050点

K 7 5 1 - 3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	69,900点
K 7 5 2	肛門形成手術	
	1 肛門狭窄形成手術	5,580点
	2 直腸粘膜脱形成手術	6,600点
K 7 5 3	毛巣囊、毛巣癭、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。）	21,700点
K 7 5 4 - 2	腹腔鏡下副腎摘出術	31,000点
K 7 5 4 - 3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	30,000点
K 7 5 5	副腎腫瘍摘出術	
	1 皮質腫瘍	27,560点
	2 髓質腫瘍（褐色細胞腫）	33,020点
K 7 5 6	副腎悪性腫瘍手術	36,170点
	(腎、腎盂)	
K 7 5 7	腎破裂縫合術	28,940点
K 7 5 7 - 2	腎破裂手術	29,440点
K 7 5 8	腎周囲膿瘍切開術	3,480点
K 7 5 9	腎切半術	28,940点
K 7 6 0	癒合腎離断術	36,170点
K 7 6 1	腎被膜剥離術（除神経術を含む。）	8,820点
K 7 6 2	腎固定術	8,260点
K 7 6 3	腎切石術	21,190点
K 7 6 4	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎癭造設術を含む。）	28,200点
K 7 6 5	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎癭造設術を含む。）	28,650点
K 7 6 6	経皮的尿管拡張術（経皮的腎癭造設術を含む。）	13,000点
K 7 6 7	腎盂切石術	20,930点
K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	19,300点
K 7 6 9	腎部分切除術	25,090点
K 7 6 9 - 2	腹腔鏡下腎部分切除術	33,790点
K 7 6 9 - 3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000点
K 7 7 0	腎嚢胞切除縮小術	10,500点
K 7 7 0 - 2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800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	16,300点
K 7 7 2 - 2	腹腔鏡下腎摘出術	41,730点
K 7 7 2 - 3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100点
K 7 7 3	腎（尿管）悪性腫瘍手術	32,900点
K 7 7 3 - 2	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	63,450点
K 7 7 3 - 3	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	47,300点
K 7 7 4	削除	
K 7 7 5	経皮的腎（腎盂）癭造設術	12,600点
K 7 7 6	腎（腎盂）皮膚癭閉鎖術	19,500点
K 7 7 7	腎（腎盂）腸癭閉鎖術	21,700点
K 7 7 8	腎盂形成手術	25,480点
K 7 7 8 - 2	腹腔鏡下腎盂形成手術	44,250点
K 7 7 9	移植用腎採取術（生体）	34,200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）	41,900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（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。	
	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。	
K 7 8 0 - 2	生体腎移植術	60,000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。	
	(尿管)	
K 7 8 1	経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む。）	14,800点
K 7 8 1 - 2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,000点
K 7 8 2	尿管切石術	
	1 上部及び中部	8,180点
	2 膀胱近接部	12,000点
K 7 8 3	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100点
K 7 8 3 - 2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400点
K 7 8 3 - 3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300点
K 7 8 4	残存尿管摘出術	14,470点
K 7 8 4 - 2	尿管剥離術	14,470点
K 7 8 5	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000点
K 7 8 6	尿管膀胱吻合術	14,900点
K 7 8 7	尿管尿管吻合術	20,930点
K 7 8 8	尿管腸吻合術	13,130点
K 7 8 9	尿管腸膀胱吻合術	31,070点
K 7 9 0	尿管皮膚瘻造設術	9,930点
K 7 9 1	尿管皮膚瘻閉鎖術	19,890点
K 7 9 2	尿管腸瘻閉鎖術	28,340点
K 7 9 3	尿管腔瘻閉鎖術	21,700点
K 7 9 4	尿管口形成手術	14,300点
K 7 9 4 - 2	経尿道的尿管瘤切除術	15,500点
	(膀胱)	
K 7 9 5	膀胱破裂閉鎖術	9,750点
K 7 9 6	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300点
K 7 9 7	膀胱内凝血除去術	2,980点
K 7 9 8	膀胱結石、異物摘出術	
	1 経尿道的手術	7,990点
	2 膀胱高位切開術	3,150点
K 7 9 8 - 2	経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）	7,990点
K 7 9 9	膀胱壁切除術	7,120点
K 8 0 0	膀胱憩室切除術	9,060点
K 8 0 0 - 2	経尿道的電気凝固術	9,060点
K 8 0 0 - 3	膀胱水圧拡張術	5,500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。

K 8 0 1	膀胱単純摘除術	
	1 腸管利用の尿路変更を行うもの	37,420点
	2 その他のもの	34,450点
K 8 0 2	膀胱腫瘍摘出術	9,460点
K 8 0 2-2	膀胱脱手術	
	1 メッシュを使用するもの	24,720点
	2 その他のもの	12,970点
K 8 0 2-3	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
K 8 0 3	膀胱悪性腫瘍手術	
	1 切除	22,450点
	2 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	51,450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）	69,840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）	98,400点
	5 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）	103,500点
	6 経尿道的手術	10,400点
K 8 0 4	尿膜管摘出術	9,350点
K 8 0 5	膀胱瘻造設術	3,530点
K 8 0 6	膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050点
K 8 0 7	膀胱腔瘻閉鎖術	19,370点
K 8 0 8	膀胱腸瘻閉鎖術	19,370点
K 8 0 9	膀胱子宮瘻閉鎖術	26,000点
K 8 0 9-2	膀胱尿管逆流手術	18,090点
K 8 1 0	ボアリー氏手術	27,040点
K 8 1 1	腸管利用膀胱拡大術	32,240点
K 8 1 2	回腸（結腸）導管造設術	33,150点
K 8 1 2-2	排泄腔外反症手術	
	1 外反膀胱閉鎖術	51,850点
	2 膀胱腸裂閉鎖術	103,710点
	（尿道）	
K 8 1 3	尿道周囲膿瘍切開術	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	5,250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	21,190点
	2 内視鏡による場合	15,470点
	3 尿路変更を行う場合	45,900点
K 8 1 8	尿道形成手術	
	1 前部尿道	13,100点
	2 後部尿道	32,100点
K 8 1 9	尿道下裂形成手術	30,000点
K 8 1 9-2	陰茎形成術	30,000点
K 8 2 0	尿道上裂形成手術	30,000点

K 8 2 1	尿道狭窄内視鏡手術	13,300点
K 8 2 1-2	尿道狭窄拡張術（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	6,370点
K 8 2 3	尿失禁手術	
	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800点
	2 その他のもの	17,300点
K 8 2 3-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	17,940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。	
	第11款 性器	
区分		
	(陰茎)	
K 8 2 4	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130点
K 8 2 5	陰茎全摘術	12,790点
K 8 2 6	陰茎切断術	4,500点
K 8 2 6-2	陰茎折症手術	6,580点
K 8 2 6-3	陰茎様陰核形成手術	4,500点
K 8 2 7	陰茎悪性腫瘍手術	
	1 陰茎切除	14,300点
	2 陰茎全摘	28,080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-陰茎海綿体瘻作成術（ウィンター法）によるもの	3,120点
	2 その他のシャント術によるもの	15,600点
	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	
K 8 2 9	精管切断、切除術（両側）	2,550点
K 8 3 0	精巣摘出術	2,770点
K 8 3 0-2	精巣外傷手術	
	1 陰囊内血腫除去術	3,200点
	2 精巣白膜縫合術	3,400点
K 8 3 1及びK 8 3 1-2	削除	
K 8 3 2	精巣上体摘出術	4,200点
K 8 3 3	精巣悪性腫瘍手術	9,460点
K 8 3 4	精索静脈瘤手術	2,480点
K 8 3 4-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	14,300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	停留精巣固定術	8,260点
K 8 3 6-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	24,440点
K 8 3 7	精管形成手術	8,700点
K 8 3 8	精索捻転手術	
	1 対側の精巣固定術を伴うもの	7,650点
	2 その他のもの	6,330点
	(精囊、前立腺)	

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	13,100点
K 8 4 1	経尿道的前立腺手術	18,500点
K 8 4 1-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	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 2	削除	
K 8 4 3	前立腺悪性腫瘍手術	31,600点
K 8 4 3-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	67,950点
K 8 4 3-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300点
	（外陰、会陰）	
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	790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。）	2,760点
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,340点
K 8 5 0	女子外性器悪性腫瘍手術	
	1 切除	22,450点
	2 皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	41,550点
K 8 5 0-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	18,330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	4,430点
K 8 5 1-2	外陰・腔血腫除去術	1,600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	4,430点
	（腔）	
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	4,160点
	3 腔円蓋に及ぶ裂創	6,370点
	4 直腸裂傷を伴うもの	24,570点
K 8 5 3	腔閉鎖術	
	1 中央腔閉鎖術（子宮全脱）	6,370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（子宮外妊娠）	2,230点
K 8 5 5	腔中隔切除術	
	1 不全隔のもの	1,260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	腔壁嚢腫切除術	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	1,040点
K 8 5 7	腔壁悪性腫瘍手術	22,450点
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術	24,570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	14,470点
3	腔断端挙上によるもの	21,700点
4	腸管形成によるもの	31,460点
5	筋皮弁移植によるもの	47,250点
K 8 6 0	腔壁形成手術	5,650点
K 8 6 0-2	腔断端挙上術（腔式、腹式） （子宮）	22,450点
K 8 6 1	子宮内膜搔爬術	1,180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	19,100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。）	14,300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	5,800点
3	癒着剥離矯正術	10,820点
K 8 6 5	子宮脱手術	
1	腔壁形成手術及び子宮位置矯正術	13,000点
2	ハルバン・シャウタ手術	13,000点
3	マンチェスター手術	10,850点
4	腔壁形成手術及び子宮全摘術（腔式、腹式）	21,700点
K 8 6 6	子宮頸管ポリープ切除術	990点
K 8 6 6-2	子宮腔部冷凍凝固術	990点
K 8 6 7	子宮頸部（腔部）切除術	3,330点
K 8 6 7-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470点
K 8 6 7-3	子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	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（腔式）	3,980点
K 8 7 2	子宮筋腫摘出（核出）術	
1	腹式	18,850点
2	腔式	10,990点
K 8 7 2-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	28,940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	4,730点
K 8 7 2-4	痕跡副角子宮手術	
1	腹式	14,500点
2	腔式	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	14,470点
K 8 7 4及びK 8 7 5	削除	
K 8 7 6	子宮腔上部切断術	7,310点
K 8 7 7	子宮全摘術	21,700点
K 8 7 7-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500点
K 8 7 8	広靱帯内腫瘍摘出術	10,990点
K 8 7 8-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	21,640点
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	58,500点
K 8 8 0	削除	
K 8 8 1	腹壁子宮瘻手術	16,250点
K 8 8 2	重複子宮、双角子宮手術	17,680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）	16,250点
K 8 8 5	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350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	8,910点
	2 腹腔鏡によるもの	17,900点
K 8 8 7	卵巣部分切除術（腔式を含む。）	
	1 開腹によるもの	4,350点
	2 腹腔鏡によるもの	14,470点
K 8 8 7 - 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	14,470点
K 8 8 7 - 3	卵管口切開術	
	1 開腹によるもの	4,350点
	2 腹腔鏡によるもの	14,470点
K 8 8 7 - 4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	15,860点
K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	
	1 開腹によるもの	12,090点
	2 腹腔鏡によるもの	25,480点
K 8 8 8 - 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	12,090点
	2 腹腔鏡によるもの	25,480点
K 8 8 9	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	58,500点
K 8 9 0	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	21,060点
K 8 9 0 - 2	卵管鏡下卵管形成術 （産科手術）	35,700点
K 8 9 1	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	2,440点
K 8 9 2	骨盤位娩出術	3,800点
K 8 9 3	吸引娩出術	2,080点
K 8 9 4	鉗子娩出術	
	1 低位（出口）鉗子	2,080点
	2 中位鉗子	3,660点
K 8 9 5	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点
K 8 9 6	会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）	
	1 筋層に及ぶもの	1,650点
	2 肛門に及ぶもの	2,970点
	3 腔円蓋に及ぶもの	3,320点
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310点
K 8 9 7	頸管裂創縫合術（分娩時）	3,770点
K 8 9 8	帝王切開術	
	1 緊急帝王切開	19,340点
	2 選択帝王切開	19,340点
	3 前置胎盤を合併する場合	21,700点
K 8 9 9	胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220点
K 9 0 0	臍帯還納術	1,240点

K 9 0 0 - 2	脱垂肢整復術	1,240点
K 9 0 1	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	1,890点
K 9 0 2	胎盤用手剥離術	2,350点
K 9 0 3	子宮破裂手術	
	1 子宮全摘除を行うもの	22,450点
	2 子宮腔上部切断を行うもの	20,540点
	3 その他のもの	11,150点
K 9 0 4	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	27,690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	10,630点
K 9 0 6	子宮頸管縫縮術	
	1 マクドナルド法	1,740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）	1,500点
K 9 0 7	胎児外回転術	670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	1,910点
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	4,820点
K 9 0 9 - 2	子宮内容除去術（不全流産）	1,910点
K 9 1 0	削除	
K 9 1 1	胞状奇胎除去術	4,280点
K 9 1 2	子宮外妊娠手術	
	1 開腹によるもの	10,850点
	2 腹腔鏡によるもの	18,600点
K 9 1 3	新生児仮死蘇生術	
	1 仮死第1度のもの	840点
	2 仮死第2度のもの	2,220点
	（その他）	
K 9 1 3 - 2	性腺摘出術	
	1 開腹によるもの	4,830点
	2 腹腔鏡によるもの	14,300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	14,200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	200点
	(2) 凍結保存の場合	400点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点
	(2) 凍結保存の場合	400点
4	自己血輸血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(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	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）の費用として所定点数に48点を加算する。	
6	不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。	
7	HLA型適合血小板輸血に伴って行った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、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。	
9	6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。	
10	輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。	
11	輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。	
K920-2	輸血管理料	
1	輸血管理料Ⅰ	200点
2	輸血管理料Ⅱ	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、輸血を行った場合に、月1回を限度として、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
K921	造血幹細胞採取（一連につき）	
1	骨髄採取	
イ	同種移植の場合	19,200点
ロ	自家移植の場合	15,000点
2	末梢血幹細胞採取	

イ	同種移植の場合	19,200点
ロ	自家移植の場合	15,000点
注1	同種移植における造血幹細胞提供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費用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、薬剤のコ費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。	
K922	造血幹細胞移植	
1	骨髓移植	
イ	同種移植の場合	65,600点
ロ	自家移植の場合	25,000点
2	末梢 ^{しじょう} 造血幹細胞移植	
イ	同種移植の場合	65,600点
ロ	自家移植の場合	30,000点
3	臍 ^{さい} 帯血移植	44,300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コ費用として、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、薬剤のコ費用として、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、所定点数に26点を加算する。	
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	造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコ費用は所定点数に含まれるものとする。	
6	臍 ^{さい} 帯血移植に用いられた臍 ^{さい} 帯血に係る組織適合性試験のコ費用は、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）	4,500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コ費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
K930	脊 ^{せき} 髄誘発電位測定等加算	3,130点
注	脳 ^{せきつゐ} 、脊 ^{せき} 椎、脊 ^{せき} 髄又は大動脈 ^{りゅう} 瘤 ^{りゅう} の手術に当たって、脊 ^{せき} 髄誘発電位測定等を行った場合に算定する。	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000点
注	胸腔鏡 ^{しゅうくう} 下若しくは腹腔鏡 ^{しゅよう} 下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。	
K932	創外固定器加算	10,000点
注	区分番号K046、K058又はK125に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	
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 ^{くわう} 手術用内視鏡加算	1,000点
注	区分番号K349からK365までに掲げる手術に当たって、内視鏡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。	

- K 9 3 6 自動縫合器加算 2,500点
 注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 5、K 6 5 5-2、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 1-2、K 7 1 6、K 7 1 9、K 7 1 9-2、K 7 1 9-3、K 7 3 2の2、K 7 3 5、K 7 3 5-3、K 7 3 9からK 7 4 0-2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 6-2 自動吻合器加算 5,500点
 注 区分番号K 5 2 2-3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2-2まで、K 6 5 5、K 6 5 5-2、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9の3、K 7 1 9-2の2、K 7 3 9からK 7 4 0-2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 6-3 微小血管自動縫合器加算 2,500点
 注 区分番号K 0 1 7及びK 0 2 0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。
- K 9 3 7 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K 5 5 2-2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。
- K 9 3 8 体外衝撃波消耗性電極加算 3,000点
 注 区分番号K 6 7 8及びK 7 6 8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。
- K 9 3 9 画像等手術支援加算
- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
 注 区分番号K 1 3 1、K 1 3 1-2、K 1 3 4-2、K 1 4 2、K 1 4 2-3、K 1 5 1-2、K 1 5 8、K 1 6 1、K 1 6 7、K 1 6 9からK 1 7 2まで、K 1 7 4の1、K 1 9 1からK 1 9 3まで、K 2 3 5、K 2 3 6、K 3 1 3、K 3 1 4、K 3 4 2、K 3 4 3、K 3 4 9からK 3 6 5までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
 - 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点
 注 区分番号K 1 3 2、K 1 3 6、K 1 4 2-2、K 1 5 1-2、K 1 6 2、K 1 8 0、K 2 2 8、K 2 3 6、K 2 3 7、K 3 1 3、K 3 1 4の2、K 4 0 6の2、K 4 2 7-2、K 4 3 4、K 4 3 6からK 4 4 4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。

第4節 薬剤料

区分

- K 9 4 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5節 特定保険医療材料料

区分

- K 9 5 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 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、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4のただし書に規定する保険医療機関にあつては、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つて特殊な麻酔の麻酔料は、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	600点
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、30分又はその端数を増すごとに、所定点数にそれぞれ750点、400点、170点を加算する。	
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、所定点数に1日につき80点を加算する。	
L004	脊椎麻酔	850点
	注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に128点を加算する。	
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 18,300点
- 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点
- ロ イ以外の場合 12,200点
- 3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点
- ロ イ以外の場合 9,150点
- 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点
- ロ イ以外の場合 6,710点
- 5 その他の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点
- ロ イ以外の場合 6,100点
- 注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。
- 2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,800点
- ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が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、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、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。
- 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又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、所定点数に880点を加算する。
- L008-2 低体温療法（1日につき） 12,200点
- 注 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。

L 0 0 9 麻酔管理料(I)

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200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 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、所定点数に700点を加算する。
 - 3 区分番号L 0 1 0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。

L 0 1 0 麻酔管理料(II)

- 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100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 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行った場合に算定する。
- 第2節 神経ブロック料

区分

L 1 0 0 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

- 1 トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点
 - 2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点
 - 3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点
 - 4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙攣性斜頸又は下肢痙攣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、肩甲骨背神経ブロック、肩甲骨上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック 170点
 - 7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック 90点
- 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L 1 0 2に掲げる神経幹内注射で算定する。

L 1 0 1 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 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 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、浅頸神経叢ブロック

ク、^{ろっ}肋間神経ブロック、^{たい}腸骨下腹神経ブロック、^そ腸骨鼠径神経ブロック、^{たい}外側大腿皮神経ブロック、^{たい}大腿神経ブロック、^{たい}坐骨神経ブロック、^{たい}陰部神経ブロック、^{たい}経仙骨孔神経ブロック、^{たい}後頭神経ブロック 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 | 硬膜外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、所定点数に1日につき80点を加算する。

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

放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

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、1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3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。
- 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であるに対して、放射線治療（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

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 |
- 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。

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 | コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射 | |
| イ | 1回目 | 250点 |
| ロ | 2回目 | 75点 |
| 3 | 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	280点
(2)	非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合	440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	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。	
4	強度変調放射線治療 (IMRT)	
イ	1 回目	3,000点
ロ	2 回目	1,000点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。	
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、患者 1 人につき 1 日に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
3	体外照射用固定器具を使用した場合は、所定点数に1,000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、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 (3 のイの(3)若しくはロの(3)又は 4 に係るものに限る。)を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者 1 人 1 日につき 1 回に限り所定点数に300点を加算する。	
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	50,000点
M001-3	直線加速器による定位放射線治療	63,000点
注	直線加速器による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。	
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 <small>しゅよう</small> に対するもの	9,000点
2	浅在性悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> 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 <small>くう</small>	
イ	高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	10,000点
ロ	旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 <small>くう</small>	500点
ハ	その他の場合	5,000点
3	組織内照射 <small>せんがん</small>	
イ	前立腺癌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^{せんがん}に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。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、それぞれ所定点数に6,700点又は4,500点を加算する。
- 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。

M005 血液照射

110点

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病理診断の病理標本作製料又は病理診断・判断料は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。
- 5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。
- 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。

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臓器につき）	880点
N001	電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき）	2,000点
N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	
1	エストロゲンレセプター	720点
2	プロジェステロンレセプター	690点
3	HER2タンパク	690点
4	EGFRタンパク	690点
5	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、主たる病理組織標本作製の所定点数に180点を加算する。	
2	5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、所定点数に1,600点を加算する。	
N003	術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）	1,990点
注	テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	
N003-2	術中迅速細胞診（1手術につき）	450点
注	テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	
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

N 0 0 5	HER 2 遺伝子標本作製	2,500点
	第 2 節 病理診断・判断料	
	区分	
N 0 0 6	病理診断料	
	1 組織診断料	500点
	2 細胞診断料	240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 N 0 0 0 に掲げる病理組織標本作製、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、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に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。	
	2 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 N 0 0 3 - 2 に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号 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、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。	
N 0 0 7	病理判断料	150点
	注 1	
	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 N 0 0 6 に掲げる病理診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日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

薬剤 自己連続携行式腹膜灌流^{かん}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^{かん}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 第1章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成24年3月31日まで間に限り、算定できるものとする。
 - イ 区分番号D001の3に掲げるポルフィリン定性
 - ロ 区分番号D001の3に掲げるアミラーゼ（定性、半定量）
 - ハ 区分番号D001の4に掲げるビリルビン
 - ニ 区分番号D001の5に掲げるウロビリリン
 - ホ 区分番号D003の1に掲げる潜血反応検査
 - ヘ 区分番号D003の2に掲げる糞便中ウロビリノゲン
 - ト 区分番号D005の11に掲げる動的赤血球膜物性検査
 - チ 区分番号D006の11に掲げる全血凝固溶解時間測定（Ratnoff法等）
 - リ 区分番号D006の11に掲げる血清全プラスミン測定法（血清SK活性化プラスミン値）
 - ヌ 区分番号D007の1に掲げる酸ホスファターゼ
 - ル 区分番号D007の14に掲げるリポプロテイン
 - ヲ 区分番号D008の2に掲げる17-ヒドロキシコルチコステロイド（17-OHCS）
 - ワ 区分番号D008の3に掲げる17-ケトステロイド（17-KS）
 - カ 区分番号D023の5に掲げるDNAポリメラーゼ

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 処方せん料

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12部 歯冠修復及び欠損補綴

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には、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っては、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基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、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

- | | |
|-------------------|------|
| 1 歯科初診料 | 218点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 270点 |

注1 歯科初診料は、保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

2 地域歯科診療支援病院歯科初診料は、病院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初診を行った場合に、算定することができる。ただし、この場合において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回の初診のときに算定する。

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回以上行った場合においては、初診料は1回とし、第1回の初診の時に算定する。

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、所定点数に40点を加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。

6 著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

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、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。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つては、夜間であつ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、所定点数に230点を加算する。

- 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、それぞれ所定点数に125点、290点又は620点を加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において初診を行った場合は、所定点数に270点を加算する。
- 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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。
- 11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

A001 削除

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 歯科再診料 | 42点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 69点 |

注1 歯科再診料は、保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

2 地域歯科診療支援病院歯科再診料は、区分番号A000に掲げる地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定した患者に対し、当該保険医療機関において再診を行った場合に、算定することができる。ただし、この場合において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、所定点数に10点を加算する。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障害者に対して再診を行った場合は、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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。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、所定点数に180点を加算する。

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、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に75点、200点又は530点を加算する。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、所定点数に190点を加算する。

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においても、再診料を算定できる。

- 8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

イ 1回目 232点
ロ 2回目以降 90点

- 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に適合してい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。）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、所定点数に1点を加算する。

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、7対1特別入院基本料及び10対1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。
- 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、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

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ものとする。

区分

- A 1 0 0 一般病棟入院基本料
 - A 1 0 1 療養病棟入院基本料
 - A 1 0 2 特定機能病院入院基本料
 - A 1 0 3 専門病院入院基本料
 - A 1 0 4 削除
 - A 1 0 5 有床診療所入院基本料
 - A 1 0 6 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A 2 5 0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A 2 0 4 - 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。）」と読み替えるものとする。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A 2 5 0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・乳幼児救急医療管理加算
- 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 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 9 診療所療養病床療養環境加算
- 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 2 がん診療連携拠点病院加算
- A 2 2 3 栄養管理実施加算
- 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 5 褥瘡患者管理加算
- A 2 2 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- A 2 2 7 慢性期病棟等退院調整加算
- A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算
- A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算
- A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算
- A 2 4 0 削除
- A 2 4 1 総合評価加算
- A 2 4 2 削除
- A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算
- 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って、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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ものとする。

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 亜急性期入院医療管理料
- A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料

第4節 短期滞在手術基本料

区分

- A 4 0 0 短期滞在手術基本料

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基本料の例により算定する。

2 短期滞在手術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

110点

注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。

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

3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日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ものとする。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。

4 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料は、算定できない。

5 歯科疾患管理料を算定した月において、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及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

6 当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

7 う蝕に罹患している13歳未満の患者であって、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（以下この表において「う蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医

師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

- 8 4歳以上のう蝕^{しよく}多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示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回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

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、う蝕^{しよく}又は歯周疾患に罹患^りしている患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。
- 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^{しよく}に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕^{しよく}又は歯周疾患に罹患^りしているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、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ときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。
- 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ものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外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患者については、算定しない。

B002 歯科特定疾患療養管理料 150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に、月2回に限り算定する。
- 2 指導に先立って、患者の主治の医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）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、所定点数に100点を加算する。
- 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ものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。
- 4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

- B 0 0 3 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 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、所定点数に280点を加算する。
- B 0 0 4 悪性腫瘍^{しゅよう}特異物質治療管理料
- 注 医科点数表の区分番号B 0 0 1の3に掲げる悪性腫瘍^{しゅよう}特異物質治療管理料の例により算定する。
- B 0 0 4-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 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、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。
- B 0 0 4-1-3 がん患者カウンセリング料 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- B 0 0 4-1-4 入院栄養食事指導料 130点
- 注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
- B 0 0 4-2 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^{せきつい}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D 2 0 8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E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨^{がく}、口腔軟組織^{くわう}と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
- 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B 0 0 1-4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、別に算定できる。

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しない。

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しない。

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しない。

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しない。

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しない。

B004-4及びB004-5 削除

B004-6 歯科治療総合医療管理料 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、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であっ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であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号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M002までに掲げるもの限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。

3 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

B004-7及びB004-8 削除

B004-9 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護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や退院後に利用可能な介護サ

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。
ただし、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（居宅介護支援事業者の介護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 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 750点

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

2 注1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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

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、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)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 410点

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

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 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点

2 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に対して行う場合（

- 1に該当する場合を除く。) 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 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及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3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回に限り、月4回を限度として算定する。
- 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、1回につき所定点数に50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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

B 0 0 9 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項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護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、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（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、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、所定点数に200点を加算する。
- 6 保険医療機関が、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ている患者又は区分番号C 0 0 0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A 0 0 0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、所定点数に100点を加算する。

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。

B011及び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手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。
- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 90点

- 注 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。

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 義歯管理料（1口腔につき）

- 1 新製有床義歯管理料 150点
- 2 有床義歯管理料 70点
- 3 有床義歯長期管理料 60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 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。
- 3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4年以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。
- 4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。
- 5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。

B013-2 有床義歯調整管理料（1口腔につき） 30点

- 注 区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。

B014 退院時共同指導料1

- 1 在宅療養支援歯科診療所（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 600点
- 2 1以外の場合 300点

注 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に赴いて、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保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、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回に限り算定する。

B 0 1 5 退院時共同指導料 2 300点

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定する。

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地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の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が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、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。）又は居宅介護支援事業者の介護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、所定点数に2,000点を加算する。

4 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料(II)は、別に算定できない。

B 0 1 6 削除

B 0 1 7 肺血栓^{そく}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^{そく}塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓^{そく}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^{そく}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 1 8 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

C 0 0 0 歯科訪問診療料（1日につき）

1 歯科訪問診療 1 830点

2 歯科訪問診療 2 380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（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料又は区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

3 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、所定点数に100点を加算する。

4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

5 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又は歯科訪問診療2については、415点又は190点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、830点又は380点を、深夜における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、1,660点又は760点を加算する。

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、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回に限り所定点数に300点を加算する。

7 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。

8 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

C001 訪問歯科衛生指導料

- 1 複雑なもの 360点
- 2 簡単なもの 120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、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。

2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行

った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

3 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。

4 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患者については算定しない。

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の場合 140点

2 1以外の場合 130点

注1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、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の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であっ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であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号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M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。

3 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

C002 救急搬送診療料 1,300点

注 患者を救急用の自動車ですべ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。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 同一建物居住者以外の場合 550点

- 2 同一建物居住者の場合 385点
- 注1 1については、在宅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訪問薬剤管理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。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅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、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、1と2を合わせて月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、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。
- 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。
- C004 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には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。
- C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点
- 注1 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、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しない。
- 3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。
- C006 削除
- C007 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保険医である歯科医師が、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、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回に限り算定できる。
- 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しない。
- 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保険医である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保険医の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医、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看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家等に赴きカンファレ

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検査の検査料は、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)

- D 0 0 0 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根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。
- D 0 0 1 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。
- D 0 0 2 歯周組織検査
- 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 混合歯列期歯周組織検査 40点
注 同一の患者につき1月以内に歯周組織検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- D 0 0 2-2 から D 0 0 3 まで 削除
- D 0 0 3-2 口腔内写真検査(1枚につき) 10点
注 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度として算定する。
- (補綴関連検査)
- D 0 0 4 平行測定(1装置につき)
- 1 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が5歯以下の場合 50点
 - 2 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が6歯以上の場合 100点
- D 0 0 5 から D 0 0 8 まで 削除
- D 0 0 9 顎運動^{がく}関連検査(1装置につき1回) 380点
注 顎運動^{がく}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。

第2節 薬剤料

区分

D100 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枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。
- 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、所定点数に1日につき110点を加算する。
- 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。

イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）	10点
ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合	95点
ハ その他の場合	60点
- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。
- 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が前号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。
- 8 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。
- 9 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^{がく}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 造影剤使用撮影	72点
注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	

第2節 撮影料

区分

E 1 0 0	歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織	
1	単純撮影	
イ	歯科エックス線撮影	
(1)	全顎撮影の場合	
(一)	アナログ撮影	250点
(二)	デジタル撮影	252点
(2)	全顎撮影以外の場合（1枚につき）	
(一)	アナログ撮影	25点
(二)	デジタル撮影	28点
ロ	その他の場合	
(1)	アナログ撮影	65点
(2)	デジタル撮影	68点
2	特殊撮影	
イ	歯科パノラマ断層撮影の場合	
(1)	アナログ撮影	180点
(2)	デジタル撮影	182点
ロ	歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）	
(1)	アナログ撮影	264点
(2)	デジタル撮影	266点
3	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、所定点数に10点を加算する。	
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。）又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	
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ものとする。	
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に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げる	

もの

- 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算若しくは区分番号A217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

E300 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しない。

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

- 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、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 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。
- 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（処方せん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。

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） 9点
ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、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、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。

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、1処方につき3点を加算する。

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、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。

- 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日以上の場合には、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
- 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^{しゅよう}を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤^{しゅよう}処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。

第3節 薬剤料

区分

F 2 0 0 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点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬 ^{せん}	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。
- 3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 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

F 3 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 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 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

- 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せんを交付した場合に、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、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
- 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。
- 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、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。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せん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、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

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 8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（処方せん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、所定点数に10点を加算する。
- 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、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、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、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G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。
- イ 外来化学療法加算1 550点（15歳未満の患者に対して行った場合は、750点）
- ロ 外来化学療法加算2 420点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）

7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 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

G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	18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）	30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、42点を加算する。	
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
G003	抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）	165点
	注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	
G004	点滴注射（1日につき）	
	1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）	95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）	95点
	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）	47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ものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。	
	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、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
G005	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、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
	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G004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、50点を加算する。	
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、500点を加算する。	
	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、所定点数に2,000点を加算する。	
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、所定点数に500点を加算する。	
G006	埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）	125点
G007	関節腔内注射	80点
G008	滑液囊穿刺後の注入	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^{しゅよう}に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点
 - ロ イ以外の場合 50点
 - 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

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って入院期間が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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、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リハビリテーションの費用は、第1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。

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)	
	イ ロ以外の場合	245点
	ロ 廃用症候群の場合	235点
	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)	
	イ ロ以外の場合	200点
	ロ 廃用症候群の場合	190点
	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位)	
	イ ロ以外の場合	100点
	ロ 廃用症候群の場合	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、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、手術又は急性増悪から180日以内に限り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日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。	
	3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。	
H000-2	削除	
H001	摂食機能療法 (1日につき)	185点
	注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。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。	
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	220点
	2 6歳以上18歳未満の患者の場合	190点
	3 18歳以上の患者の場合	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)	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、別に厚生労働大臣が定める患者であつて、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 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処置の費用は、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つて特殊な処置の費用は、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障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- 6 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、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、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、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は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
- 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ものとする。
- 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 処置料

区分

（歯牙疾患の処置）

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は、所定点数に含まれるものとする。	
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
I001	歯髄保護処置（1歯につき）	
1	歯髄温存療法	150点
2	直接歯髄保護処置	120点

3	間接歯髄保護処置	25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に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
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ものとする。	
I002	知覚過敏処置（1口腔1回につき）	
1	3歯まで	40点
2	4歯以上	50点
注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I002-2	乳幼児う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）	
1	3歯まで	40点
2	4歯以上	50点
注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I003	初期う蝕小窩裂溝填塞処置	120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ものとする。	
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、所定点数に40点を加算する。	
2	歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I005	抜髄（1歯につき）	
1	単根管	220点
2	2根管	406点
3	3根管以上	570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月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。	
2	区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	
3	麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I006	感染根管処置（1歯につき）	
1	単根管	130点
2	2根管	276点
3	3根管以上	410点
注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I007	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
1	単根管	20点
2	2根管	22点
3	3根管以上	30点
注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
I008	根管充填（1歯につき）	
1	単根管	68点
2	2根管	90点
3	3根管以上	110点
注1	加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医	

療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。

2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(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 | 45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 | 55点 |
| 3 | 500平方センチメートル以上 | 85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。

(歯周組織の処置)

I 0 1 0 歯周疾患処置 (1 口腔^{くわう} 1 回につき) 10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 ^{がく} 顎につき) | 64点 |
| 2 | スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき) | |

- | | | |
|---|--------------------|-----|
| イ | 前歯 | 58点 |
| ロ | 小臼歯 ^{きゆう} | 62点 |
| ハ | 大臼歯 | 68点 |

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| 3 | 歯周ポケット搔爬 (盲囊搔爬) (1 歯につき) | |
| イ | 前歯 | 58点 |
| ロ | 小臼歯 ^{きゆう} | 62点 |
| ハ | 大臼歯 | 68点 |

注1 1については、同時に3分の1^{がく} 顎を超えて行った場合は、3分の1^{がく} 顎を増すごとに、所定点数に38点を加算する。

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ものとする。

5 区分番号D 0 0 2の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療 (1 口腔^{くわう}につき) 300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、咬合調整及び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」という。) を開始した場合は、1 口腔^{くわう}につき月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。

3 歯周病安定期治療を開始した後、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、歯周病安定期治療に係る費用は算定しない。

4 歯周病安定期治療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30に相当する点数により算定する。

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、薬剤等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。）を行った場合に、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においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。	
3	薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。 （その他の処置）	
I 0 1 4	暫間固定	
1	簡単なもの	300点
2	困難なもの	500点
3	著しく困難なもの	650点
I 0 1 4 - 2	暫間固定装置修理	
1	簡単なもの	70点
2	困難なもの	220点
I 0 1 5	口唇プロテクター	290点
I 0 1 6	線副子（1顎につき）	650点
I 0 1 7	床副子	
1	簡単なもの	650点
2	困難なもの	1,500点
3	著しく困難なもの	2,000点
I 0 1 7 - 2	床副子調整（1口腔につき）	
1	睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合	120点
2	咬合挙上副子の場合	220点
注1	1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床及び摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の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	同一の患者について1月以内に床副子調整を算定すべき調整を2回以上行った場合においては、床副子調整は1回とし、第1回の調整を行ったときに算定する。	
I 0 1 7 - 3	顎外固定	
1	簡単なもの	600点
2	困難なもの	1,500点
I 0 1 8	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	歯周組織検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。	
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ものとする。	
I 0 1 9	歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）	
1	簡単なもの	15点
2	困難なもの	30点
3	根管ポストを有する鑄造体の除去	50点
I 0 2 0	暫間固定装置の除去（1装置につき）	30点
I 0 2 1	根管異物除去（1歯につき）	150点
I 0 2 2	有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）	110点

I 0 2 3 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。
- 2 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週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にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。
- 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週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、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回をそれぞれ限度として算定する。
- 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^{くう}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ものとする。
- 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ものとする。

I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき） 200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ものとする。

I 0 2 8 術後専門的口腔^{くう}衛生処置（1口腔^{くう}につき） 80点

注 区分番号J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 6、J 0 3 8、J 0 3 9、J 0 4 0、J 0 4 1、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 8、J 0 6 9、J 0 7 0、J 0 7 0-2、J 0 7 2、J 0 7 5、J 0 7 6又はJ 0 8 7に掲げる手術を行った入院患者であつて、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

第2節 処置医療機器等加算

区分

I 0 8 0 及び I 0 8 1 削除

I 0 8 2 酸素加算

注1 区分番号I 0 2 5からI 0 2 7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（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。

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

I 1 0 0 特定薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40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

注1 薬価が40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

I 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手術の費用は、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J 0 1 8、J 0 3 2、J 0 3 9、J 0 6 0、J 0 6 9、J 0 7 0-2、J 0 7 6、J 0 9 6及びJ 1 0 4-2（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に適合しているものと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。
- 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J 1 0 0-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- 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J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1の2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9の2及び3、J 0 4 2、J 0 5 7並びにJ 0 6 0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、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は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 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であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、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する。また、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であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、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。
- 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、医科点数表の区分番号L 0 0 2に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L 0 0 4に掲げる脊椎麻酔せきつゐ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ものとする。
- 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、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

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	150点
3	臼歯	260点
4	難抜歯	470点
5	埋伏歯	1,050点
注1	4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算定する。	
2	5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。	
3	5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、所定点数に100点を加算する。	
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ものとする。	
J000-2	歯根分割搔爬術	260点
J000-3	上顎洞陥入歯除去術	
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
J004	歯根端切除手術（1歯につき）	1,350点
注	歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J004-2	歯の再植術	1,300点
注	外傷性脱臼歯の再植術に限り認められる。	
J004-3	歯の移植手術	1,300点
注	自家移植を行った場合に限る。	
J005	削除	
J006	歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術	110点
J007	顎骨切断端形成術	4,400点
J008	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		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に相当する点数を加算する。	
J 0 1 3	口腔内消炎手術		
	1	智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120点
	2	歯肉膿瘍等	180点
	3	骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等	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	口腔底膿瘍切開術		700点
J 0 1 5	口腔底腫瘍摘出術		5,230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	口腔底悪性腫瘍手術		18,500点
J 0 1 7	舌腫瘍摘出術		
	1	粘液嚢胞摘出術	1,220点
	2	その他のもの	3,140点
J 0 1 8	舌悪性腫瘍手術		
	1	切除	14,470点
	2	亜全摘	49,350点
J 0 1 9	口蓋腫瘍摘出術		
	1	口蓋粘膜に限局するもの	400点
	2	口蓋骨に及ぶもの	6,720点
J 0 2 0	口蓋混合腫瘍摘出術		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	11,170点
	2	硬口蓋に及ぶもの	18,590点
	3	顎裂を伴うもの	
	イ	片側	19,360点
	ロ	両側	29,040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	10,140点
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	14,470点

	3	鼻腔底形成を伴う場合	17,030点
J 0 2 4 - 2		口唇裂形成手術（両側）	
	1	口唇のみの場合	14,470点
	2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300点
	3	鼻腔底形成を伴う場合	25,610点
J 0 2 4 - 3		軟口蓋形成手術	7,800点
J 0 2 4 - 4		鼻咽腔閉鎖術	16,640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）	5,840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	3,370点
J 0 3 1		口唇悪性腫瘍手術	21,700点
J 0 3 2		口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	59,400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	3,370点
J 0 3 4		頬粘膜腫瘍摘出術	4,730点
J 0 3 5		頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300点
J 0 3 6		術後性上顎嚢胞摘出術	
	1	上顎に局限するもの	5,120点
	2	篩骨蜂巢に及ぶもの	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	12,000点
J 0 3 9		上顎骨悪性腫瘍手術	
	1	搔爬	5,880点
	2	切除	21,700点
	3	全摘	37,420点
J 0 4 0		下顎骨部分切除術	9,960点
J 0 4 1		下顎骨離断術	15,730点
J 0 4 2		下顎骨悪性腫瘍手術	
	1	切除	21,700点
	2	切断	28,940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	8,210点
J 0 4 4		顎骨嚢胞開窓術	2,040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、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
J 0 4 7		腐骨除去手術	
	1	歯槽部に局限するもの	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
J048	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
J049	外歯瘻手術	1,500点
J050	歯性扁桃周囲膿瘍切開手術	870点
J051	がま腫切開術	820点
J052	がま腫摘出術	4,580点
J053	唾石摘出術	
	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	5,540点
J054	舌下腺腫瘍摘出術	4,610点
J055	顎下腺摘出術	7,440点
J056	顎下腺腫瘍摘出術	7,410点
J057	顎下腺悪性腫瘍手術	21,700点
J058	削除	
J059	耳下腺腫瘍摘出術	
	1 耳下腺浅葉摘出術	20,930点
	2 耳下腺深葉摘出術	23,920点
J060	耳下腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	21,700点
	2 全摘	28,940点
J061	唾液腺膿瘍切開術	900点
J062	唾液腺管形成手術	8,740点
J063	歯周外科手術（1歯につき）	
	1 歯周ポケット搔爬術	75点
	2 新付着手術	150点
	3 歯肉切除手術	300点
	4 歯肉剥離搔爬手術	600点
	5 歯周組織再生誘導手術	
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	730点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	300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、所定点数に110点を加算する。	
	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、根分歧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I011-2に掲げる歯周病安定期治療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30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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

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	10,790点
2	同種骨移植（生体）	12,870点
3	同種骨移植（非生体）	11,830点
	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ものとする。	
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	歯肉歯槽粘膜形成手術	
1	歯肉弁根尖側移動術	600点
2	歯肉弁歯冠側移動術	600点
3	歯肉弁側方移動術	770点
4	遊離歯肉移植術	770点
5	口腔前庭拡張術	2,820点
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	11,710点
J 0 6 9	上顎骨形成術	
1	単純な場合	16,250点
2	複雑な場合及び2次的再建の場合	32,400点
J 0 7 0	頬骨骨折観血的整復術	11,610点
J 0 7 0 - 2	頬骨変形治療骨折矯正術	27,000点
J 0 7 1	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牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。	
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	
1	片側の場合	10,000点
2	両側の場合	19,110点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術	
1	片側	21,700点
2	両側	36,170点
J 0 7 3	口腔内軟組織異物（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	4,990点
	2 短縮又は伸長の場合	17,160点
	3 再建の場合	27,750点
	注 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。	
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術	26,550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	18,330点
J 0 7 9	顎関節形成術	32,400点
J 0 8 0	顎関節授動術	
	1 徒手の授動術（パンピングを併用した場合）	990点
	2 顎関節鏡下授動術	5,620点
	3 開放授動術	17,550点
J 0 8 1	顎関節円板整位術	
	1 顎関節鏡下円板整位術	14,470点
	2 開放円板整位術	21,700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、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
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）	2,000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所定点数に460点を加算する。	
	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）	1,850点
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,200点
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）	1,450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所定点数に460点を加算する。	
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	1,020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	2,300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、所定点数に1,000点を加算する。	
J086	上顎洞開窓術	2,000点
J087	上顎洞根治手術	5,120点
J087-2	上顎洞炎術後後出血止血法	5,120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	3,330点
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,590点
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,660点
4	200平方センチメートル以上	20,150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	21,700点
4	200平方センチメートル以上	31,350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）	4,700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	5,190点
2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	6,920点
3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	10,380点
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	25,320点

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	3,760点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	8,800点
	3 100平方センチメートル以上	15,600点
J 0 9 2	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	32,850点
J 0 9 3	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	64,500点
J 0 9 4	削除	
J 0 9 5	複合組織移植術	11,700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）	73,800点
J 0 9 7	粘膜移植術	
	1 4平方センチメートル未満	5,010点
	2 4平方センチメートル以上	5,500点
J 0 9 8	血管結紮術	3,130点
J 0 9 9	動脈形成術、吻合術	13,910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埋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ものとする。	
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	23,300点
J 1 0 0 - 2	中心静脈栄養用埋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ものとする。	
J 1 0 1	神経移植術	18,090点
J 1 0 2	交感神経節切除術	18,200点
J 1 0 3	過長茎状突起切除術	4,520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る。	
J 1 0 4 - 2	皮膚悪性腫瘍切除術	
	1 広汎切除	21,700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（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	
J 1 0 5	瘻痕拘縮形成手術	9,740点
J 1 0 6	気管切開術	2,570点
J 1 0 7	気管切開孔閉鎖術	1,040点
J 1 0 8	顔面神経麻痺形成手術	
	1 静的なもの	14,700点
	2 動的なもの	39,000点
	第2節 輸血料	

区分

J 2 0 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 | 200点 |
| (2) | 凍結保存の場合 | 400点 |
| ロ | 6 歳未満の患者の場合（体重 1 kgにつき 4 mL ごとに） | |
| (1) | 液状保存の場合 | 200点 |
| (2) | 凍結保存の場合 | 400点 |
| 4 | 自己血輸血 | |
| イ | 6 歳以上の患者の場合（200mL ごとに） | |
| (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 1 kgにつき 4 mL 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 | 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。
- 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。
 - 骨髄内輸血を行った場合は、所定点数に胸骨にあつては80点を、その他にあつては90点を加算し、血管露出術を行った場合は、所定点数に530点を加算する。
 - 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第 6 部に掲げる薬剤料の所定点数を加算する。
 - 輸血に伴って行った患者の血液型検査（A B O 式及び Rh 式）の費用として所定点数に48点を加算する。
 - 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず 1 月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回の輸血が行われる場合には、1 週間に 1 回を限度として、所定点数に200点を加算する。
 - H L A 型適合血小板輸血に伴って行った患者の H L A 型検査クラス I（A、B、C）又はクラス II（D R、D Q、D P）の費用として、検査回数にかかわらず一連につき所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。
 - 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1 回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。
 - 6 歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。
 - 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。
 - 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。

J 2 0 0 - 2 輸血管管理料

- | | | |
|---|-----------|------|
| 1 | 輸血管管理料 I | 200点 |
| 2 | 輸血管管理料 II | 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、輸血を行った場合に、月 1 回を限度として、当該

基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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 6 から J 0 8 7 - 2 まで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 - 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 0 まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 9、J 0 7 0 - 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40円を超える場合は、薬価から40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

注1 薬価が40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

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障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 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、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（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）	42点
K 0 0 1	浸潤麻酔、圧迫麻酔	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	120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。

第2節 薬剤料

区分

K 1 0 0	薬剤	薬価が40円を超える場合は、薬価から40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
---------	----	---

注1 薬価が40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

放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

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L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

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L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

L 0 0 1 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	コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射	
イ	1回目	250点
ロ	2回目	75点
3	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	280点
(2)	非対向2門照射又は3門照射を行った場合	440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	600点
4	強度変調放射線治療 (IMRT)	
イ	1回目	3,000点
ロ	2回目	1,000点

注1 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 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、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、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

5 体外照射用固定器具を使用した場合は、所定点数に1,000点を加算する。

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放射線治療 (IGRT) による体外照射 (3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。)を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1日に限り所定点数に300点を加算する。

L 0 0 2 電磁波温熱療法 (一連につき)

1	深在性悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> に対するもの	9,000点
2	浅在性悪性腫瘍 <small>しゅよう</small> 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	10,000点
ロ	旧型コバルト腔内照射装置 <small>くう</small> を用いた場合	500点
ハ	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。

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ものとする。
- 3 この部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。
- 4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。
- 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べき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- 8 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口腔につき）	100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 同一患者につき、補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。	
	3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	
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（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	330点

- 3 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 440点
- 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ものとする。
- 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及び訪問診療を行った場合は、算定しない。

M001 歯冠形成（1歯につき）

- 1 生活歯歯冠形成
- イ 鑄造冠 300点
- ロ ジャケット冠 300点
- ハ 乳歯金属冠 120点
- 2 失活歯歯冠形成
- イ 鑄造冠 160点
- ロ ジャケット冠 160点
- ハ 乳歯金属冠 114点
- 3 窩洞形成
- イ 単純なもの 54点
- ロ 複雑なもの 80点
- 注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。
- 2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。
- 3 2のイについては、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、所定点数に30点を加算する。
- 4 2のロについては、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、所定点数に30点を加算する。
- 5 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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
- 6 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ものとする。

M001-2 う蝕歯即時充填形成（1歯につき） 120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、う蝕歯無痛窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
- 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ものとする。

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もの

	とする。	
M002	支台築造（1歯につき）	
	1 メタルコア	
	イ 大白歯	176点
	ロ 小白歯及び前歯	150点
	2 その他	126点
	注1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	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ものとする。	
M002-2	支台築造印象（1歯につき）	20点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。	
M003	印象採得	
	1 歯冠修復（1個につき）	
	イ 単純印象	30点
	ロ 連合印象	60点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ 単純印象	
	(1) 簡単なもの	40点
	(2) 困難なもの	70点
	ロ 連合印象	225点
	ハ 特殊印象	265点
	ニ ワンピースキャストブリッジ	
	(1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	275点
	(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	326点
	ホ 口蓋補綴、顎補綴	
	(1) 印象採得が困難なもの	220点
	(2) 印象採得が著しく困難なもの	400点
	3 副子（1装置につき）	40点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。	
M003-2	テンポラリークラウン（1歯につき）	30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、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくは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、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。	
	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ものとする。	
M004	リテイナー	
	1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	100点
	2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	300点
M005	装着	
	1 歯冠修復（1個につき）	
	イ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠	45点
	ロ その他	30点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	
	(1) ワンピースキャストブリッジ	
	(一) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	150点
	(二) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	300点

	(2) その他のブリッジ	70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 副子の装着の場合（1装置につき）	30点
	注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。	
	2 2のイの(1)の(二)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。	
	3 2のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
M006	咬合採得	
	1 歯冠修復（1個につき）	14点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	
	(1) ワンピースキャストブリッジ	
	(-) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	70点
	(二) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	140点
	(2) その他のブリッジ	70点
	ロ 有床義歯	
	(1) 少数歯欠損	55点
	(2) 多数歯欠損	185点
	(3) 総義歯	280点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。	
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 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。	
M008	ワンピースキャストブリッジの試適	
	1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合	40点
	2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 （歯冠修復）	80点
M009	充填（1歯につき）	
	1 単純なもの	100点
	2 複雑なもの	148点
	注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
M010	鑄造歯冠修復（1個につき）	
	1 インレー	
	イ 単純なもの	181点
	ロ 複雑なもの	275点
	2 4分の3冠（前歯）	370点

3	5分の4冠（小 ^{きゆう} 白 ^{きゆう} 歯）	310点
4	全部 ^{きゆう} 鑄造冠（小 ^{きゆう} 白 ^{きゆう} 歯及び大 ^{きゆう} 白 ^{きゆう} 歯）	445点
注1	2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
2	3については、大 ^{きゆう} 白 ^{きゆう} 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。	
M011	前装鑄造冠（1歯につき）	1,174点
M012及びM013	削除	
M014	ジャケット冠（1歯につき）	390点
M015	硬質レジンジャケット冠（1歯につき）	750点
M016	乳歯金属冠（1歯につき） （欠損補綴）	200点
M017	ポンティック（ダミー）（1歯につき）	428点
注1	前装鑄造ポンティック（ダミー）については、所定点数に746点を加算する。	
2	金属裏装ポンティック（ダミー）については、所定点数に320点を加算する。	
M018	有床義歯	
1	局部義歯（1床につき）	
イ	1歯から4歯まで	550点
ロ	5歯から8歯まで	676点
ハ	9歯から11歯まで	900点
ニ	12歯から14歯まで	1,310点
2	総義歯（1顎につき）	2,060点
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	670点
ロ	5歯から8歯まで	900点
ハ	9歯から11歯まで	1,120点
ニ	12歯から14歯まで	1,750点
2	総義歯（1顎につき）	2,780点
M020	鑄造鉤（1個につき）	
1	双歯鉤	224点
2	両翼鉤	208点
M021	線鉤（1個につき）	
1	双歯鉤	200点
2	両翼鉤（レストつき）	140点
3	レストのないもの	120点
M022	フック、スパー（1個につき）	96点
M023	バー（1個につき）	
1	鑄造バー	430点
2	屈曲バー	240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、所定点数に60点を加算する。	
	ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	
M024	白 ^{きゆう} 歯金属歯（1歯につき）	12点
注	保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	
M025	口蓋 ^{がい} 補綴、顎 ^{がく} 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については、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ものとする。

(その他の技術)

M026 補綴隙(1個につき) 30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) 220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ものとする。

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1 局部義歯(1床につき)

イ 1歯から4歯まで 205点

ロ 5歯から8歯まで 250点

ハ 9歯から11歯まで 340点

ニ 12歯から14歯まで 540点

2 総義歯(1顎につき) 750点

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ものとする。

M031 削除

M032 帯環金属冠修理(1歯につき)

1 金合金冠 60点

2 その他の合金冠 40点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

M033 金合金鉤修理(1個につき) 50点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

M034 歯冠継続歯修理(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ものとする。

M035からM040まで 削除

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 この部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、この部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

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、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するとき、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ものとする。

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、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したとき、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ものとする。

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ものとする。

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ものとする。

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、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、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点を加算する。

3 2について、予測歯1歯につき60点を加算する。

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ものとする。

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ものとする。	
N 0 0 6	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ものとする。	
N 0 0 7	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ものとする。	
N 0 0 8	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のイについては、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のロについては、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点を加算する。	
	4 3については、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ものとする。	
N 0 0 9	撤去（1個につき）	
	1 帯環	30点
	2 ダイレクトボンドブラケット	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	
N 0 1 0	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ものとする。	
N 0 1 1	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ものとする。（矯正装置）	
N 0 1 2	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
N 0 1 3	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、所定点数に1,500点（保険医療材料料等を含む。）を加算する。	
N 0 1 4	プロトラクター（1装置につき）	2,000点
N 0 1 5	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、所定点数に500点を加算する。	
N 0 1 6	アクチバートル（FKO）（1装置につき）	3,000点
N 0 1 7	リングアルアーチ（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 リンガルアーチ	1,500点
	5 リンガルバー	2,500点
	6 ツースポジショナー	3,000点
	注1 1については、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ものとする。	
	2 2については、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ものとする。	
N020	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ものとする。	
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ものとする。	
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
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	
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ものとする。	
N028	床装置修理（1装置につき）	200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ものとする。

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

0 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 500点
- 2 細胞診断料 240点

注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院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に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院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に掲げる術中迅速細胞診、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には、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。

0 0 0 1 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0 0 0 0に掲げる口腔^{くわう}病理診断料を算定した場合には、算定しない。

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

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（処方せんの受付1回につき） | 40点 |
| | 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。 | |
| | 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。 | |
| | イ 基準調剤加算1 | 10点 |
| | ロ 基準調剤加算2 | 30点 |
| | 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。 | |
| | イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 6点 |
| | ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 13点 |
| | ハ 後発医薬品調剤体制加算3 | 17点 |
| | 4 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せん受付において、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、当該処方せん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。 | |
| | 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。 | |
| 01 | 調剤料 | |
| | 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） | |
| | イ 14日分以下の場合 | |
| | (1) 7日目以下の部分（1日分につき） | 5点 |
| | (2) 8日目以上の部分（1日分につき） | 4点 |
| | ロ 15日分以上21日分以下の場合 | 71点 |
| | ハ 22日分以上30日分以下の場合 | 81点 |

- ニ 31日分以上の場合 89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、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。
- 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 56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30点を加算して得た点数
- ロ 57日分以上の場合 270点
- 2 屯服薬 21点
- 注 1回の処方せん受付において、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回の処方せん受付において、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又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。
- 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、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき8点を加算する。
- 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。）、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、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、処方せん受付1回につき40点を加算する。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、各区分の所定点数に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）

を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）

- (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 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点
- (2) 液剤 75点

ハ 外用薬

- (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点
- (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤 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、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合

- (1) 液剤の場合 75点
- (2) 散剤又は顆粒剤の場合 90点
- (3) 軟・硬膏剤の場合 80点

ロ イ以外の場合

- (1) 液剤の場合 35点
- (2) 散剤又は顆粒剤の場合 45点
- (3) 軟・硬膏剤の場合 80点

8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。

第2節 薬学管理料

区分

10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 30点

注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

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、所定点数に22点を加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10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、所定点数に4点を加算する。

5 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。

1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 2 削除

1 3 長期投薬情報提供料

1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき） 18点

2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき） 28点

注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行ったときに算定する。

2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行ったときに算定する。

3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき） 10点

注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4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外来の患者又はその家族等の求めに応じ、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算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 同一建物居住者以外の場合 500点

2 同一建物居住者の場合 350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、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薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、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、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、1と2を合わせて月4回（がん末期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。

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回につき所定点数に100点を加算する。

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。

1 5 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500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、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回につき所定点数に100点を加算する。

3 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。

1 5 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看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、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回につき所定点数に100点を加算する。

3 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。

1 5 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、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、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看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中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。

1 6 調剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点

注1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 7 服薬情報提供料 15点

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。

3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

18及び19 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。