診療報酬の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第四十三号

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、平成三十年四月一日から適用する。

平成三十年三月五日

厚生労働大臣　加藤　勝信

別表第一から別表第三までを次のように改める。

←

別表第一

医科診療報酬点数表

［目次］

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

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

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

通則

１　健康保険法第63条第１項第１号及び高齢者医療確保法第64条第１項第１号の規定による初診及び再診の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に２以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５のただし書、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注３及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注５に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、１回として算定する。

２　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、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等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５、注６及び注16に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８、注９及び注11に規定する加算を除く。）は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第１節　初診料

区分

Ａ０００　初診料　282点

注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、209点を算定する。

５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り141点（注２から注４までに規定

する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注12までに規定する加算は算定しない。

６　６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注７又は注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。

７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

８　小児科を標榜する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注７のただし書、注８又は注11に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

10　妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注７又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

11　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

第２節　再診料

区分

Ａ００１　再診料　72点

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

２　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、53点を算定する。

３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、36点（注２に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注16までに規定する加算は算定しない。

４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所

定点数に加算する。ただし、注５又は注６に規定する加算を算定する場合は算定しない。

５　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

６　小児科を標榜（ぼう）する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注５の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注５のただし書、注６又は注16に規定する場合にあっては、この限りでない。

８　入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼（とう）痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

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

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外対応加算１　５点

ロ　時間外対応加算２　３点

ハ　時間外対応加算３　１点

11　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　地域包括診療加算１　25点

ロ　地域包括診療加算２　18点

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及

び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　認知症地域包括診療加算１　35点

ロ　認知症地域包括診療加算２　28点

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

15　妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注５又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。

16　産科又は産婦人科を標榜（ぼう）する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注５の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

Ａ００２　外来診療料　73点

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

２　病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54点を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54点を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、54点を算定する。

５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り36点（注２から注４までに規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注11までに規定する加算は算定しない。

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

イ　尿検査

区分番号Ｄ０００からＤ００２－２までに掲げるもの

ロ　糞（ふん）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ヘモグロビンＡ１c（HbＡ１c）、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造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの

ニ　創傷処置

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

ホ　削除

ヘ　皮膚科軟膏処置

100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト　膀胱洗浄

チ　腟洗浄

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

7　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注９に規定する加算を算定する場合は算定しない。

8　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

9　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

10　妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。

11　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

Ａ００３　オンライン診療料（月１回）　70点

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

に届け出た保険医療機関において、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、連続する３月は算定できない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する月は、別に算定できない。

第２部　入院料等

通則

１　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第４節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

３　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ４００の３に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

４　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

５　第１節から第４節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。

６　別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

８　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。

第１節　入院基本料

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）

１　急性期一般入院基本料	
イ　急性期一般入院料１	1,591点
ロ　急性期一般入院料２	1,561点
ハ　急性期一般入院料３	1,491点
ニ　急性期一般入院料４	1,387点
ホ　急性期一般入院料５	1,377点
ヘ　急性期一般入院料６	1,357点
ト　急性期一般入院料７	1,332点
２　地域一般入院基本料	
イ　地域一般入院料１	1,126点
ロ　地域一般入院料２	1,121点
ハ　地域一般入院料３	960点

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

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

２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

イ　14日以内の期間　　450点（特別入院基本料等については、300点）

ロ　15日以上30日以内の期間　　192点（特別入院基本料等については、155点）

４　地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２４６に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

５　地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第８条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

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

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、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、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。

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

る。

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

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

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

ヒ　入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）
モ　認知症ケア加算
セ　精神疾患診療体制加算
ス　薬剤総合評価調整加算

11　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注10までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）

１　療養病棟入院料１

イ　入院料Ａ　1,810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、1,795点）
ロ　入院料Ｂ　1,755点（生活療養を受ける場合にあっては、1,741点）
ハ　入院料Ｃ　1,468点（生活療養を受ける場合にあっては、1,454点）
ニ　入院料Ｄ　1,412点（生活療養を受ける場合にあっては、1,397点）
ホ　入院料Ｅ　1,384点（生活療養を受ける場合にあっては、1,370点）
ヘ　入院料Ｆ　1,230点（生活療養を受ける場合にあっては、1,215点）
ト　入院料Ｇ　967点（生活療養を受ける場合にあっては、952点）
チ　入院料Ｈ　919点（生活療養を受ける場合にあっては、904点）
リ　入院料Ｉ　814点（生活療養を受ける場合にあっては、800点）

２　療養病棟入院料２

イ　入院料Ａ　1,745点（生活療養を受ける場合にあっては、1,731点）
ロ　入院料Ｂ　1,691点（生活療養を受ける場合にあっては、1,677点）
ハ　入院料Ｃ　1,403点（生活療養を受ける場合にあっては、1,389点）
ニ　入院料Ｄ　1,347点（生活療養を受ける場合にあっては、1,333点）
ホ　入院料Ｅ　1,320点（生活療養を受ける場合にあっては、1,305点）
ヘ　入院料Ｆ　1,165点（生活療養を受ける場合にあっては、1,151点）
ト　入院料Ｇ　902点（生活療養を受ける場合にあっては、888点）
チ　入院料Ｈ　854点（生活療養を受ける場合にあっては、840点）
リ　入院料Ｉ　750点（生活療養を受ける場合にあっては、735点）

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

２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあっては、562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（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

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

イ　褥瘡対策加算１　15点

ロ　褥瘡対策加算２　５点

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

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

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算

ロ　臨床研修病院入院診療加算

ハ　在宅患者緊急入院診療加算

ニ　診療録管理体制加算

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

ヘ　乳幼児加算・幼児加算

ト　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

チ　地域加算

リ　離島加算

ヌ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

ル　療養病棟療養環境加算

ヲ　療養病棟療養環境改善加算

ワ　重症皮膚潰瘍管理加算

カ　栄養サポートチーム加算

ヨ　医療安全対策加算

タ　感染防止対策加算

レ　患者サポート体制充実加算

ソ　総合評価加算

ツ　病棟薬剤業務実施加算１

ネ　データ提出加算

ナ　入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）

ラ　認知症ケア加算

ム　薬剤総合評価調整加算

８　別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。

９　当該病棟（療養病棟入院料１を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又はＪ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

10　療養病棟入院料１を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。

11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

12　注１に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を下回る場合には、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）とする。）を算定する。

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき35点を所定点数に加算する。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１	７対１入院基本料	1,591点
２	10対１入院基本料	1,332点
３	13対１入院基本料	1,121点
４	15対１入院基本料	960点
５	18対１入院基本料	822点
６	20対１入院基本料	775点

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

２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に

届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

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

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

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算
ロ　臨床研修病院入院診療加算
ハ　救急医療管理加算
ニ　妊産婦緊急搬送入院加算
ホ　在宅患者緊急入院診療加算
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　医療安全対策加算
ソ　感染防止対策加算
ツ　患者サポート体制充実加算
ネ　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算
ナ　ハイリスク妊娠管理加算
ラ　総合評価加算
ム　後発医薬品使用体制加算
ウ　病棟薬剤業務実施加算１
ヰ　データ提出加算
ノ　入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）
オ　認知症ケア加算
ク　精神疾患診療体制加算
ヤ　薬剤総合評価調整加算

６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方

厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

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

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

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１	10対１入院基本料	1,271点
２	13対１入院基本料	946点
３	15対１入院基本料	824点
４	18対１入院基本料	735点
５	20対１入院基本料	680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、559点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

イ	14日以内の期間	465点（特別入院基本料等については、300点）
ロ	15日以上30日以内の期間	250点（特別入院基本料等については、155点）
ハ	31日以上90日以内の期間	125点（特別入院基本料等については、100点）

ニ　91日以上180日以内の期間　10点
ホ　181日以上１年以内の期間　３点

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

5　当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号Ａ２３８－７に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算
ロ　臨床研修病院入院診療加算
ハ　救急医療管理加算
ニ　妊産婦緊急搬送入院加算
ホ　在宅患者緊急入院診療加算
ヘ　診療録管理体制加算
ト　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。）
チ　乳幼児加算・幼児加算
リ　難病等特別入院診療加算
ヌ　特殊疾患入院施設管理加算
ル　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヲ　看護配置加算
ワ　看護補助加算
カ　地域加算
ヨ　離島加算
タ　療養環境加算
レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ソ　二類感染症患者療養環境特別加算
ツ　精神科措置入院診療加算
ネ　精神科措置入院退院支援加算
ナ　精神科応急入院施設管理加算
ラ　精神科隔離室管理加算
ム　精神病棟入院時医学管理加算
ウ　精神科地域移行実施加算
ヰ　精神科身体合併症管理加算（18対１入院基本料及び20対１入院基本料を算定するものを除く。）
ノ　強度行動障害入院医療管理加算
オ　重度アルコール依存症入院医療管理加算
ク　摂食障害入院医療管理加算
ヤ　医療安全対策加算
マ　感染防止対策加算
ケ　患者サポート体制充実加算
フ　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算
コ　ハイリスク妊娠管理加算
エ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算
テ　後発医薬品使用体制加算

ア　病棟薬剤業務実施加算１
サ　データ提出加算
キ　精神科急性期医師配置加算（10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。）
ユ　薬剤総合評価調整加算

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。

8　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

9　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

10　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。
イ　年６日以内であること。
ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）

１　一般病棟の場合	
イ　７対１入院基本料	1,599点
ロ　10対１入院基本料	1,339点
２　結核病棟の場合	
イ　７対１入院基本料	1,599点
ロ　10対１入院基本料	1,339点
ハ　13対１入院基本料	1,126点
ニ　15対１入院基本料	965点
３　精神病棟の場合	
イ　７対１入院基本料	1,350点
ロ　10対１入院基本料	1,278点
ハ　13対１入院基本料	951点
ニ　15対１入院基本料	868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、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号Ａ１０２に掲げる結核病棟入院基本料の注３に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

イ　一般病棟の場合

⑴	14日以内の期間	712点
⑵	15日以上30日以内の期間	207点

ロ　結核病棟の場合

⑴	30日以内の期間	330点
⑵	31日以上90日以内の期間	200点

ハ　精神病棟の場合

⑴	14日以内の期間	505点
⑵	15日以上30日以内の期間	250点
⑶	31日以上90日以内の期間	125点
⑷	91日以上180日以内の期間	30点
⑸	181日以上１年以内の期間	15点

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

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

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

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

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

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

イ　臨床研修病院入院診療加算
ロ　救急医療管理加算
ハ　超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）
ニ　妊産婦緊急搬送入院加算
ホ　在宅患者緊急入院診療加算
ヘ　診療録管理体制加算
ト　医師事務作業補助体制加算１
チ　急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）
リ　看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）
ヌ　乳幼児加算・幼児加算
ル　難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）
ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ワ　看護補助加算
カ　地域加算
ヨ　離島加算

タ　療養環境加算
レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ソ　二類感染症患者療養環境特別加算
ツ　重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
ネ　小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
ナ　無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
ラ　放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）
ム　緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
ウ　精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
ヰ　精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）
ノ　精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
オ　精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
ク　精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）
ヤ　精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
マ　精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
ケ　精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）
フ　強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
コ　重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
エ　摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
テ　がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
ア　栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）
サ　医療安全対策加算
キ　感染防止対策加算
ユ　患者サポート体制充実加算
メ　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算
ミ　ハイリスク妊娠管理加算
シ　ハイリスク分娩（べん）管理加算（一般病棟に限る。）
ヱ　総合評価加算（精神病棟を除く。）
ヒ　呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
モ　後発医薬品使用体制加算
セ　病棟薬剤業務実施加算１
ス　データ提出加算
ン　入退院支援加算（一般病棟は１のイ、２のイ及び３に限り、結核病棟は１のロ及び２のロに限る。）
イイ　認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
イロ　精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
イハ　精神科急性期医師配置加算（精神病棟の７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。）
イニ　薬剤総合評価調整加算

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

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）

1　７対１入院基本料　1,591点

２　10対１入院基本料　1,332点

３　13対１入院基本料　1,121点

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

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

イ　14日以内の期間　512点

ロ　15日以上30日以内の期間　207点

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

イ　看護必要度加算１　55点

ロ　看護必要度加算２　45点

ハ　看護必要度加算３　25点

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。

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

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

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

イ　臨床研修病院入院診療加算

ロ　救急医療管理加算

ハ　超急性期脳卒中加算

ニ　妊産婦緊急搬送入院加算

ホ　在宅患者緊急入院診療加算

ヘ　診療録管理体制加算

ト　医師事務作業補助体制加算

チ　急性期看護補助体制加算

リ　看護職員夜間配置加算

ヌ　乳幼児加算・幼児加算

ル　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）

ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ワ　看護補助加算

カ　地域加算

ヨ　離島加算

タ　療養環境加算

レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

ソ　二類感染症患者療養環境特別加算
ツ　重症者等療養環境特別加算
ネ　小児療養環境特別加算
ナ　無菌治療室管理加算
ラ　放射線治療病室管理加算
ム　緩和ケア診療加算
ウ　精神科リエゾンチーム加算
ヰ　強度行動障害入院医療管理加算
ノ　重度アルコール依存症入院医療管理加算
オ　摂食障害入院医療管理加算
ク　がん拠点病院加算
ヤ　栄養サポートチーム加算
マ　医療安全対策加算
ケ　感染防止対策加算
フ　患者サポート体制充実加算
コ　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算
エ　ハイリスク妊娠管理加算
テ　総合評価加算
ア　呼吸ケアチーム加算
サ　後発医薬品使用体制加算
キ　病棟薬剤業務実施加算１
ユ　データ提出加算
メ　入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）
ミ　認知症ケア加算
シ　精神疾患診療体制加算
ヱ　薬剤総合評価調整加算

８　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注７までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

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

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）

１	７対１入院基本料	1,588点
２	10対１入院基本料	1,329点
３	13対１入院基本料	1,118点
４	15対１入院基本料	978点

注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定

める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

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

イ　14日以内の期間　312点

ロ　15日以上30日以内の期間　167点

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

5　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、860点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,465点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,331点

ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,317点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,184点

ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,219点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,086点

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

イ　臨床研修病院入院診療加算
ロ　在宅患者緊急入院診療加算
ハ　診療録管理体制加算
ニ　医師事務作業補助体制加算
ホ　乳幼児加算・幼児加算
ヘ　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
ト　特殊疾患入院施設管理加算
チ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
リ　看護配置加算
ヌ　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
ル　地域加算
ヲ　離島加算
ワ　療養環境加算
カ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ヨ　二類感染症患者療養環境特別加算
タ　重症者等療養環境特別加算
レ　強度行動障害入院医療管理加算
ソ　医療安全対策加算
ツ　感染防止対策加算
ネ　患者サポート体制充実加算
ナ　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算
ラ　後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
ム　データ提出加算
ウ　入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）
ヰ　認知症ケア加算

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

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

イ　14日以内の期間　129点
ロ　15日以上30日以内の期間　104点

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

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

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

Ａ１０７　削除

Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）

１　有床診療所入院基本料１

イ　14日以内の期間　861点

ロ　15日以上30日以内の期間　669点

ハ　31日以上の期間　567点

２　有床診療所入院基本料２

イ　14日以内の期間　770点

ロ　15日以上30日以内の期間　578点

ハ　31日以上の期間　521点

３　有床診療所入院基本料３

イ　14日以内の期間　568点

ロ　15日以上30日以内の期間　530点

ハ　31日以上の期間　500点

４　有床診療所入院基本料４

イ　14日以内の期間　775点

ロ　15日以上30日以内の期間　602点

ハ　31日以上の期間　510点

５　有床診療所入院基本料５

イ　14日以内の期間　693点

ロ　15日以上30日以内の期間　520点

ハ　31日以上の期間　469点

６　有床診療所入院基本料６

イ　14日以内の期間　511点

ロ　15日以上30日以内の期間　477点

ハ　31日以上の期間　450点

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

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

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

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

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

イ　医師配置加算１　88点

ロ　医師配置加算２　60点

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

イ　看護配置加算１　40点
ロ　看護配置加算２　20点
ハ　夜間看護配置加算１　85点
ニ　夜間看護配置加算２　35点
ホ　看護補助配置加算１　10点
ヘ　看護補助配置加算２　５点

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

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

イ　救急医療管理加算
ロ　超急性期脳卒中加算
ハ　妊産婦緊急搬送入院加算
ニ　在宅患者緊急入院診療加算
ホ　診療録管理体制加算
ヘ　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　重症皮膚潰瘍管理加算
ソ　有床診療所緩和ケア診療加算
ツ　医療安全対策加算
ネ　感染防止対策加算
ナ　患者サポート体制充実加算
ラ　ハイリスク妊娠管理加算
ム　総合評価加算
ウ　後発医薬品使用体制加算
ヰ　入退院支援加算（１のイ及び２のイに限る。）
ノ　薬剤総合評価調整加算

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

10　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

ているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、１日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

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

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

イ　介護連携加算１　192点

ロ　介護連携加算２　38点

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）

１　入院基本料Ａ　994点（生活療養を受ける場合にあっては、980点）

２　入院基本料Ｂ　888点（生活療養を受ける場合にあっては、874点）

３　入院基本料Ｃ　779点（生活療養を受ける場合にあっては、765点）

４　入院基本料Ｄ　614点（生活療養を受ける場合にあっては、599点）

５　入院基本料Ｅ　530点（生活療養を受ける場合にあっては、516点）

注１　有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、入院基本料Ｅを算定する。

２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあっては、444点）を算定できる。

３　有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

４　入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡（じょくそう）対策を行った場合は、患者の褥瘡（じょくそう）の状態に応じて、１日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　褥瘡（じょくそう）対策加算１　15点

ロ　褥瘡（じょくそう）対策加算２　５点

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

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

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

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

イ　在宅患者緊急入院診療加算
ロ　診療録管理体制加算
ハ　乳幼児加算・幼児加算
ニ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ホ　地域加算
ヘ　離島加算
ト　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
チ　診療所療養病床療養環境加算
リ　診療所療養病床療養環境改善加算
ヌ　重症皮膚潰瘍管理加算
ル　有床診療所緩和ケア診療加算
ヲ　医療安全対策加算
ワ　感染防止対策加算
カ　患者サポート体制充実加算
ヨ　総合評価加算
タ　入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）
レ　薬剤総合評価調整加算

9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。

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

11　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、１日につき10点を所定点数に加算する。

第２節　入院基本料等加算

区分

Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき）

1	総合入院体制加算１	240点
2	総合入院体制加算２	180点

３　総合入院体制加算３　120点

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

Ａ２０１からＡ２０３まで　削除

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）　1,000点

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

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

１　基幹型　40点

２　協力型　20点

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

Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）

１　救急医療管理加算１　900点

２　救急医療管理加算２　300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を満たす保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。

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

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

Ａ２０５－２　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、組織プラスミノー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。

Ａ２０５－３　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（ぼう）する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本

料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

１　他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号Ｃ０１２に掲げる在宅患者共同診療料の注１に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合　2,500点

２　連携医療機関である場合（１の場合を除く。）　2,000点

３　１及び２以外の場合　1,000点

注１　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第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Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

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

Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日）

１　診療録管理体制加算１　100点

２　診療録管理体制加算２　30点

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

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ　15対１補助体制加算　920点

ロ　20対１補助体制加算　708点

ハ　25対１補助体制加算　580点

ニ　30対１補助体制加算　495点

ホ　40対１補助体制加算　405点

ヘ　50対１補助体制加算　325点

ト　75対１補助体制加算　245点

チ　100対１補助体制加算　198点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ　15対１補助体制加算　860点

ロ　20対１補助体制加算　660点

ハ　25対１補助体制加算　540点

ニ　30対１補助体制加算　460点
ホ　40対１補助体制加算　380点
ヘ　50対１補助体制加算　305点
ト　75対１補助体制加算　230点
チ　100対１補助体制加算　188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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　210点
２　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　190点
３　50対１急性期看護補助体制加算　170点
４　75対１急性期看護補助体制加算　130点

注１　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

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

イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　90点
ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　85点
ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　70点

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

Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算（１日につき）

１　看護職員夜間12対１配置加算

イ　看護職員夜間12対１配置加算１　95点
ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　75点

２　看護職員夜間16対１配置加算

イ　看護職員夜間16対１配置加算１　55点
ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　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病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算（１日につき）

１　乳幼児加算

イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　333点
ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　289点
ハ　診療所の場合　289点

２　幼児加算

イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　283点

ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　239点

ハ　診療所の場合　239点

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

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

Ａ２０９　削除

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算（１日につき）

１　難病患者等入院診療加算　250点

２　二類感染症患者入院診療加算　250点

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

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

Ａ２１１　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。

Ａ２１２　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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保

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

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

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

Ａ２１２－２　削除

Ａ２１３　看護配置加算（１日につき）　25点

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

Ａ２１４　看護補助加算（１日につき）

１　看護補助加算１　129点

２　看護補助加算２　104点

３　看護補助加算３　76点

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

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として40点を更に所定点数に加算する。

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

Ａ２１５からＡ２１７まで　削除

Ａ２１８　地域加算（１日につき）

１　１級地　18点

２　２級地　15点

３　３級地　14点

４　４級地　11点

５　５級地　９点

６　６級地　５点

７　７級地　３点

注　一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の３第１項に規

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

Ａ２１８－２　離島加算（１日につき）　18点

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

Ａ２１９　療養環境加算（１日につき）　25点

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

Ａ２２０　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。）又は第３節の特定入院料のうち、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。

Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算（１日につき）

１　個室加算　300点

２　陰圧室加算　200点

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

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算（１日につき）

１　個室の場合　300点

２　２人部屋の場合　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算（１日につき）　300点

注　治療上の必要があって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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、ＨＩＶ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。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算（１日につき）

１　療養病棟療養環境加算１　132点

２　療養病棟療養環境加算２　115点

注　療養病棟であって、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。

Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算（１日につき）

１　療養病棟療養環境改善加算１　80点

２　療養病棟療養環境改善加算２　20点

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

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算（１日につき）　100点

注　診療所の療養病床であって、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に入院している患者について、所定点数に加算する。

Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算（１日につき）　35点

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

Ａ２２４　無菌治療室管理加算（１日につき）

１　無菌治療室管理加算１　3,000点

２　無菌治療室管理加算２　2,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算（１日につき）　2,500点

注　治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算（１日につき）　18点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算（１日につき）　390点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）

又は第３節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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は、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。

３　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算（入院初日）　2,500点

注　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２２７－２　精神科措置入院退院支援加算（退院時１回）　600点

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

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算（入院初日）　2,500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第33条の７第１項に規定する入院等に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算（１日につき）　220点

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

Ａ２３０　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。

Ａ２３０－２　精神科地域移行実施加算（１日につき）　20点

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

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算（１日につき）

１　７日以内　450点

２　８日以上10日以内　225点

注　精神科を標榜（ぼう）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10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算（週１回）　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２４７に掲げる認知症ケア加算１は別に算定できない。

Ａ２３１　削除

Ａ２３１－２　強度行動障害入院医療管理加算（１日につき）　300点

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

Ａ２３１－３　重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）

１　30日以内　200点

２　31日以上60日以内　100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

Ａ２３１－４　摂食障害入院医療管理加算（１日につき）

１　30日以内　200点

２　31日以上60日以内　100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるも

のに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

Ａ２３２　がん拠点病院加算（入院初日）

１　がん診療連携拠点病院加算

イ　がん診療連携拠点病院　500点

ロ　地域がん診療病院　300点

２　小児がん拠点病院加算　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、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節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

Ａ２３３　削除

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回）　200点

注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

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

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

Ａ２３４　医療安全対策加算（入院初日）

１　医療安全対策加算１　85点

２　医療安全対策加算２　30点

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

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

い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ　医療安全対策地域連携加算１　50点

ロ　医療安全対策地域連携加算２　20点

Ａ２３４－２　感染防止対策加算（入院初日）

１　感染防止対策加算１　390点

２　感染防止対策加算２　90点

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

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

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

Ａ２３４－３　患者サポート体制充実加算（入院初日）　70点

注　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２３５　削除

Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回）　500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。

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

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算（１日につき）　1,200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算（１日につき）　3,200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本

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

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

Ａ２３８からＡ２３８－５まで　削除

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）　1,000点

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

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）　2,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－６に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２３８－８からＡ２３９まで　削除

Ａ２４０　総合評価加算（入院中１回）　100点

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

Ａ２４１　削除

Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算（週１回）　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算（入院初日）

１　後発医薬品使用体制加算１　45点

２　後発医薬品使用体制加算２　40点

３　後発医薬品使用体制加算３　35点

４　後発医薬品使用体制加算４　22点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、

それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算

１　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　100点

２　病棟薬剤業務実施加算２（１日につき）　80点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算１又は病棟薬剤業務実施加算２を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算１にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては１日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。

Ａ２４５　データ提出加算（入院中１回）

１　データ提出加算１

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　200点

２　データ提出加算２

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　160点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１　入退院支援加算１

イ　一般病棟入院基本料等の場合　600点

ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,200点

２　入退院支援加算２

イ　一般病棟入院基本料等の場合　190点

ロ　療養病棟入院基本料等の場合　635点

３　入退院支援加算３　1,200点

注１　入退院支援加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

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

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

の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

2　入退院支援加算２は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算２を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入退院支援を行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

3　入退院支援加算３は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

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

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

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料⑵、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料及び区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴は別に算定できない。

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

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

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

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

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４７　認知症ケア加算（１日につき）

１　認知症ケア加算１

イ　14日以内の期間　150点

ロ　15日以上の期間　30点

２　認知症ケア加算２

イ　14日以内の期間　30点

ロ　15日以上の期間　10点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

Ａ２４８　精神疾患診療体制加算

１　精神疾患診療体制加算１（入院初日）　1,000点

２　精神疾患診療体制加算２（入院初日から３日以内に１回）　330点

注１　精神疾患診療体制加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

２　精神疾患診療体制加算２は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対し、精神保健福祉法第18条第１項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科の医師が診察を行った場合に、入院初日から３日以内に１回に限り、所定点数に加算する。

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算（１日につき）　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病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算（退院時１回）　250点

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

イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が２種類以上減少した場合

ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　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　9,869点

ロ　４日以上７日以内の期間　8,929点

ハ　８日以上14日以内の期間　7,623点

２　救命救急入院料２

イ　３日以内の期間　11,393点

ロ　４日以上７日以内の期間　10,316点

ハ　８日以上14日以内の期間　9,046点

３　救命救急入院料３

イ　救命救急入院料

⑴　３日以内の期間　9,869点

⑵　４日以上７日以内の期間　8,929点

⑶　８日以上14日以内の期間　7,623点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

⑴　３日以内の期間　9,869点

⑵　４日以上７日以内の期間　8,929点

⑶　８日以上60日以内の期間　8,030点

４　救命救急入院料４

イ　救命救急入院料

⑴　３日以内の期間　11,393点

⑵　４日以上７日以内の期間　10,316点

⑶　８日以上14日以内の期間　9,046点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

⑴　３日以内の期間　11,393点

⑵　４日以上７日以内の期間　10,316点

⑶　８日以上14日以内の期間　9,046点

⑷　15日以上60日以内の期間　8,030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。）にあっては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って精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　救急体制充実加算１　1,500点

ロ　救急体制充実加算２　1,000点
ハ　救急体制充実加算３　500点

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。

５　当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　急性薬毒物中毒加算１（機器分析）　5,000点
ロ　急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）　350点

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ　入院基本料
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算２を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）
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　13,650点
ロ　８日以上14日以内の期間　12,126点

２　特定集中治療室管理料２
イ　特定集中治療室管理料
⑴　７日以内の期間　13,650点
⑵　８日以上14日以内の期間　12,126点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
⑴　７日以内の期間　13,650点
⑵　８日以上60日以内の期間　12,319点

３　特定集中治療室管理料３
イ　７日以内の期間　9,361点
ロ　８日以上14日以内の期間　7,837点

４　特定集中治療室管理料４
イ　特定集中治療室管理料
⑴　７日以内の期間　9,361点
⑵　８日以上14日以内の期間　7,837点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

⑴　７日以内の期間　9,361点

⑵　８日以上60日以内の期間　8,030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、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

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

イ　７日以内の期間　2,000点

ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点

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

イ　入院基本料

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

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　第13部第１節の病理標本作製料

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

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,584点

２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,084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、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

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

イ　入院基本料

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

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

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　5,804点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。

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

イ　入院基本料

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

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

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１　７日以内の期間　15,752点

２　８日以上の期間　13,720点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては

35日）を限度として算定する。

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

イ　入院基本料

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

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

Ａ３０２　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　10,174点

２　新生児特定集中治療室管理料２　8,109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、必要があっ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Ａ３０３の２に掲げる新生児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1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては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っては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

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

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算及び入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）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

Ａ３０３　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　7,125点

２　新生児集中治療室管理料　10,174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、必要があっ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1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては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っては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ　入院基本料

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

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）　5,499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、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては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っては90日）を限度として算定する。

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

イ　入院基本料

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

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
チ　第13部第１節の病理標本作製料

Ａ３０４　削除

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）

１　14日以内の期間　9,046点
２　15日以上の期間　7,826点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第６条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

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

イ　入院基本料
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（１のイに限る。）を除く。）
ハ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
ニ　留置カテーテル設置
ホ　第13部第１節の病理標本作製料

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（１日につき）　2,009点

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

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

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

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

イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,857点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,701点

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

Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき）

１　小児入院医療管理料１　4,584点

２　小児入院医療管理料２　4,076点
３　小児入院医療管理料３　3,670点
４　小児入院医療管理料４　3,060点
５　小児入院医療管理料５　2,145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（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。

３　当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき600点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、

地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）及び精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）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　2,085点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,071点）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,025点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,011点）

３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,861点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,846点）

４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,806点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,791点）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,702点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,687点）

６　回復期リハビリテーション病棟入院料６　1,647点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,632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って、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

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

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

４　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーシ

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

イ　体制強化加算１　200点

ロ　体制強化加算２　120点

Ａ３０８－２　削除

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき）

１　地域包括ケア病棟入院料１　2,738点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,724点）

２　地域包括ケア入院医療管理料１　2,738点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,724点）

３　地域包括ケア病棟入院料２　2,558点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,544点）

４　地域包括ケア入院医療管理料２　2,558点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,544点）

５　地域包括ケア病棟入院料３　2,238点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,224点）

６　地域包括ケア入院医療管理料３　2,238点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,224点）

７　地域包括ケア病棟入院料４　2,038点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,024点）

８　地域包括ケア入院医療管理料４　2,038点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,024点）

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

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,371点、2,371点、2,191点、2,191点、1,943点、1,943点、1,743点又は1,743点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ

2,357点、2,357点、2,177点、2,177点、1,929点、1,929点、1,729点又は1,729点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

5　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

6　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

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

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）

1	特殊疾患病棟入院料１	2,008点
2	特殊疾患病棟入院料２	1,625点

注１　別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

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

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

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,857点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,701点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,608点

⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,452点

５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）

１　緩和ケア病棟入院料１

イ　30日以内の期間　5,051点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,514点

ハ　61日以上の期間　3,350点

２　緩和ケア病棟入院料２

イ　30日以内の期間　4,826点

ロ　31日以上60日以内の期間　4,370点

ハ　61日以上の期間　3,300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

２　当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、１日につき200点を更に所定点数に加算する。

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

Ａ３１１　精神科救急入院料（１日につき）

１　精神科救急入院料１

イ　30日以内の期間　3,557点

ロ　31日以上の期間　3,125点

２　精神科救急入院料２

イ　30日以内の期間　3,351点

ロ　31日以上の期間　2,920点

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

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第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部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

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

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－２　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　1,984点

ロ　31日以上の期間　1,655点

２　精神科急性期治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,881点
ロ　31日以上の期間　1,552点

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

２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第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部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

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

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号Ａ２４９に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１　30日以内の期間　3,560点
２　31日以上の期間　3,128点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算並びに第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部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

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

抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）　2,957点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,090点

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

２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、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１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

イ　重症者加算１　60点

ロ　重症者加算２　30点

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

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。

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

Ａ３１３　削除

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

１　認知症治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　1,809点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,501点

ハ　61日以上の期間　1,203点

２　認知症治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,316点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,111点

ハ　61日以上の期間　987点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

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

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

イ　30日以内の期間　84点

ロ　31日以上の期間　40点

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

Ａ３１５及びＡ３１６　削除

Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき）

１　特定一般病棟入院料１　1,121点

２　特定一般病棟入院料２　960点

注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施

設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

イ　14日以内の期間　450点

ロ　15日以上30日以内の期間　192点

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

4　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。

6　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩（ぶんべん）管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

7　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,371点、2,191点、1,943点又は1,743点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

8　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流（かん）、区分番号Ｊ４００

に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

９　注１から注６までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）　1,527点

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

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

３　別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

イ　重症者加算１　60点

ロ　重症者加算２　30点

４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第２章第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

第４節　短期滞在手術等基本料

区分

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,856点

２　短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　4,918点
（生活療養を受ける場合にあっては、4,890点）

３　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合）

イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　9,265点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,194点）

ロ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　6,090点
（生活療養を受ける場合にあっては、6,019点）

ハ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　11,334点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,263点）

ニ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　19,394点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,323点）

ホ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　41,072点
（生活療養を受ける場合にあっては、41,001点）

ヘ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの

（片側）　22,010点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,939点）
ト　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　37,272点
（生活療養を受ける場合にあっては、37,201点）
チ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　19,967点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,896点）
リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　37,350点
（生活療養を受ける場合にあっては、37,279点）
ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　23,655点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,584点）
ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　12,082点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,011点）
ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　11,390点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,319点）
ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　34,388点
（生活療養を受ける場合にあっては、34,317点）
カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　27,515点
（生活療養を受ける場合にあっては、27,444点）
ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　24,715点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,644点）
タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,540点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,469点）
レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　68,168点
（生活療養を受ける場合にあっては、68,097点）
ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　54,494点
（生活療養を受ける場合にあっては、54,423点）
ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　43,122点
（生活療養を受ける場合にあっては、43,051点）
ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　50,397点
（生活療養を受ける場合にあっては、50,326点）
ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満　14,163点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,092点）
ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上　17,699点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,628点）
ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）　12,079点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,008点）
ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　27,934点
（生活療養を受ける場合にあっては、27,863点）
ヰ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術　17,552点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,481点）
ノ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　34,354点

（生活療養を受ける場合にあっては、34,283点）

オ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　59,998点

（生活療養を受ける場合にあっては、59,927点）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料１を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料２を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

２　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料３を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

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

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査

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

ニ　血液化学検査

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

ホ　感染症免疫学的検査

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

ヘ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト　血漿蛋白免疫学的検査

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に掲げるもの

ヌ　撮影

区分番号Ｅ００２の１に掲げるもの

ル　麻酔管理料(Ⅰ)

区分番号Ｌ００９に掲げるもの

ヲ　麻酔管理料(Ⅱ)

区分番号Ｌ０１０に掲げるもの

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

イ　入院基本料

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

ハ　注３のイからヲまでに掲げるもの

５　第１章基本診療料及び第２章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとする。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

通則

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

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、220点を所定点数に加算する。

２　特定薬剤治療管理料

イ　特定薬剤治療管理料１　470点

ロ　特定薬剤治療管理料２　100点

注１　イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

２　イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月２回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は１回に限り算定することとし、第１回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

３　イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、１回に限り740点を特定薬剤治療管理料１として算定する。

４　イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、４月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

５　イについては、てんかんの患者であって、２種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、２回に限り所定点数を算定できる。

６　イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

７　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。

３　悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ　尿中ＢＴＡに係るもの　220点

ロ　その他のもの

⑴　１項目の場合　360点

⑵　２項目以上の場合　400点

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

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

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

４　注１に規定する検査及び治療管理並びに注２に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。

５　腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

６　注１及び注２に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注１又は注２に掲げられている腫瘍マー

カーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

4　小児特定疾患カウンセリング料

イ　月の１回目　500点

ロ　月の２回目　400点

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

5　小児科療養指導料　270点

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

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

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

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

５　人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して１月を限度として、１回に限り、500点を所定点数に加算する。

6　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　270点

注１　入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

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

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

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。

５　人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して１月を限度として、１回に限り、500点を所定点数に加算する。

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（ぼう）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（り）患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月１回に限り算定する。

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

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

９　外来栄養食事指導料

イ　初回　260点

ロ　２回目以降　200点

注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ　入院栄養食事指導料１

(1)　初回　260点

(2)　２回目　200点

ロ　入院栄養食事指導料２

(1)　初回　250点

(2)　２回目　190点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

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基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

イ　着用型自動除細動器による場合　360点

ロ　イ以外の場合　360点

注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ｋ５９７に掲げるペースメーカー移植術、区分番号Ｋ５９８に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号Ｋ５９９に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号Ｋ５９９－３に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

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

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。

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

13　在宅療養指導料　170点

注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

２　１回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

14　高度難聴指導管理料

イ　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　500点

ロ　イ以外の場合　420点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。

２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。

15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,250点

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

２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞(ふん)便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査⑴判断料、生化学的検査⑵判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　尿沈渣（鏡検法）
ハ　糞便検査
糞便中ヘモグロビン定性
ニ　血液形態・機能検査
赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１c（HbＡ１c）
ホ　出血・凝固検査
出血時間
ヘ　血液化学検査
総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Ｆe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25―ジヒドロキシビタミン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）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａｌ）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン
ト　内分泌学的検査
トリヨードサイロニン（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、心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）
チ　感染症免疫学的検査
梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量
リ　肝炎ウイルス関連検査
ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量
ヌ　血漿蛋白免疫学的検査
Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）、血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン、C_3、C_4、トランスフェリン（Ｔｆ）、β_2－マイクログロブリン
ル　心電図検査
ヲ　写真診断
単純撮影（胸部）
ワ　撮影
単純撮影（胸部）

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

16　喘息治療管理料
イ　喘息治療管理料１
⑴　１月目　75点
⑵　２月目以降　25点
ロ　喘息治療管理料２　280点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関におい

て、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

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

イ　１月目　2,525点

ロ　２月目以降６月目まで　1,975点

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

17　慢性疼痛疾患管理料　130点

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

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

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点

注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

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

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

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

19　削除

20　糖尿病合併症管理料　170点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患

者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　１回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　150点

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

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

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

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月１回に限り算定する。

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

23　がん患者指導管理料

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

ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

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

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

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

４　ロについて、区分番号Ａ２２６－２に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲

げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

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

24　外来緩和ケア管理料　290点

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

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

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

４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

25　移植後患者指導管理料

イ　臓器移植後の場合　300点

ロ　造血幹細胞移植後の場合　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。

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

26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点

注１　植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

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

27　糖尿病透析予防指導管理料　350点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

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

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

４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する

保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

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

28　小児運動器疾患指導管理料　250点

注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する６歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ　初回　500点

ロ　２回目から４回目まで　150点

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

Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）

１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ　初診時　572点

ロ　再診時　383点

２　１以外の場合

イ　初診時　682点

ロ　再診時　493点

注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（３歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

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

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注12に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料㈡及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

１　地域連携小児夜間・休日診療料１　450点

２　地域連携小児夜間・休日診療料２　600点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料　130点

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

Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号Ｂ００１－２－２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。

Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料　600点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

２　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料１　72点

２　外来リハビリテーション診療料２　109点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動

器リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。

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

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

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　292点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。

２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１　地域包括診療料１　1,560点

２　地域包括診療料２　1,503点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注16に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬

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

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

１　認知症地域包括診療料１　1,580点

２　認知症地域包括診療料２　1,515点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注16に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）並びに第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

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

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

１　処方箋を交付する場合

イ　初診時　602点

ロ　再診時　413点

２　処方箋を交付しない場合

イ　初診時　712点

ロ　再診時　523点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（３歳以上の患者にあっては、３歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

２　区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注９に規定する場合については、算定しない。

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注12に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵並びに区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ　脂質異常症を主病とする場合　650点

ロ　高血圧症を主病とする場合　700点

ハ　糖尿病を主病とする場合　800点

２　１以外の場合

イ　脂質異常症を主病とする場合　1,175点

ロ　高血圧症を主病とする場合　1,035点

ハ　糖尿病を主病とする場合　1,280点

注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

３　糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であ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、血糖自己測定指導加算として、年１回に限り所定点数に500点を加算する。

Ｂ００１－３－２　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、当該患者の同意を文書により得

た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、５回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

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

Ｂ００１－４　手術前医学管理料　1,192点

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

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

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

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

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

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査

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

ニ　血液化学検査

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

ホ　感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ス

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

ヘ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢs抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト　血漿蛋白免疫学的検査

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（ＥＳＲ）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ　血液化学検査

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

ステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析

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、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中１回に限り算定する。

2　注１に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号Ｂ００５－６の注１に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、１回に限り算定する。

Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料　100点

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

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料　1,000点

注１　がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、６

月に１回に限り算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

３　注１の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

Ｂ００３　開放型病院共同指導料(Ⅱ)　220点

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

Ｂ００４　退院時共同指導料１

１　在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　1,500点

２　１以外の場合　900点

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

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

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

Ｂ００５　退院時共同指導料２　400点

注１　保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と１回以上、共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定できる。

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

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

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

５　区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料⑵は別に算定できない。

Ｂ００５－１－２　介護支援等連携指導料　400点

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

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料　500点

注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ００１の注４若しくは注５、区分番号Ｈ００１－２の注４若しくは注５又は区分番号Ｈ００２の注４若しくは注５を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーシ

ョン、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ００５－２からＢ００５－３－２まで　削除

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)　800点

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

Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)　500点

注　区分番号Ａ２３６－２に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号Ａ２３７に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合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Ｂ００５－４に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者１人につき１回算定する。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料

１　がん治療連携計画策定料１　750点

２　がん治療連携計画策定料２　300点

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

２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

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

４　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。

Ｂ００５－６－２　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Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料１又はがん治療連携計画策定料２を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。

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

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

１　がん診療連携拠点病院の場合　500点

２　地域がん診療病院の場合　300点

３　小児がん拠点病院の場合　750点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料　500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

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

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

１　認知症専門診断管理料１

イ　基幹型又は地域型の場合　700点

ロ　連携型の場合　500点

２　認知症専門診断管理料２　300点

注１　認知症専門診断管理料１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

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

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

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

１　認知症療養指導料１　350点

２　認知症療養指導料２　300点

３　認知症療養指導料３　300点

注１　１については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月を限度として、月１回に限り算定する。

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

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

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

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

Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料　450点

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

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

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料　700点

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

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

Ｂ００５－９　排尿自立指導料　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに

対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り６週を限度として算定する。

Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１　1,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

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

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２　750点

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

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

Ｂ００６　救急救命管理料　500点

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

２　救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００６－２　削除

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料　300点

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

Ｂ００７　退院前訪問指導料　580点

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

２　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｂ００７－２　退院後訪問指導料　580点

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

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

３　注１及び注２に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

１　特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合　380点

２　１の患者以外の患者の場合　325点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、１については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、２についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者１人につき週１回かつ月４回に限り算定する。

２　麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき50点を所定点数に加算する。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　入院中の患者以外の患者であって、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料(I)　250点

注１　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

３　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

４　保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

５　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

６　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関

する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

7　保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

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、ハイリスク妊婦紹介加算として、当該患者の妊娠中１回に限り200点を所定点数に加算する。

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等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として、100点を所定点数に加算する。

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等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。

11　精神科以外の診療科を標榜（ぼう）する保険医療機関が、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（ぼう）によりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜（ぼう）する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、200点を所定点数に加算する。

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、50点を所定点数に加算する。

13　保険医療機関が、患者の口腔（くう）機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

14　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

15　保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから

得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

16　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注７に規定する加算を算定する場合は算定しない。

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

ロ　入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合　30点

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料　30点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)　500点

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

Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料　120点

注１　歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

Ｂ０１１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患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、３点を所定点数に加算する。

３　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料

１　臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（１月につき）　100点

２　放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）　1,100点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料　100点

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

Ｂ０１３　療養費同意書交付料　100点

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

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料　90点

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

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

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

⑴　病床を有する場合

①　緊急往診加算　850点

②　夜間・休日往診加算　1,700点

③　深夜往診加算　2,700点

⑵　病床を有しない場合

①　緊急往診加算　750点

②　夜間・休日往診加算　1,500点

③　深夜往診加算　2,500点

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

⑴　緊急往診加算　650点

⑵　夜間・休日往診加算　1,300点

⑶　深夜往診加算　2,300点

ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

⑴　緊急往診加算　325点

⑵　夜間・休日往診加算　650点

⑶　深夜往診加算　1,300点

２　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

３　患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

４　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

５　往診に要した交通費は、患家の負担とする。

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

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料⑴（１日につき）

１　在宅患者訪問診療料１

イ　同一建物居住者以外の場合　833点

ロ　同一建物居住者の場合　203点

２　在宅患者訪問診療料２

イ　同一建物居住者以外の場合　830点

ロ　同一建物居住者の場合　178点

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料又は区分番号Ｃ００２の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

２　２については、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者１人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

３　１について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

４　６歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400点を所定点数に加算する。

５　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

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

イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

①　病床を有する場合　6,500点

②　病床を有しない場合　5,500点

⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点

⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点

ロ　有料老人ホーム等に入居する患者

⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

①　病床を有する場合　6,500点

②　病床を有しない場合　5,500点

⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点

⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点

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

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

9　保険医療機関の所在地と患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。

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

11　訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料Ⅱ（１日につき）　144点

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

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

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に

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

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

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

４　注１のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注２の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

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

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

⑴　病床を有する場合　6,200点

⑵　病床を有しない場合　5,200点

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

ハ　イ及びロに掲げるもの以外の場合　3,200点

６　区分番号Ｃ００１の注４、注５、注７、注８及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料⑵について準用する。この場合において、同注７中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、同注８中「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、「注７に規定する加算」とあるのは「注６において準用するＣ００１の注７に規定する加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回）

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

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　5,400点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,500点

③　①及び②以外の場合　2,880点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,400点

③　①及び②以外の場合　1,200点

⑶　月１回訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　2,760点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,500点
③　①及び②以外の場合　780点
ロ　病床を有しない場合
⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　5,000点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,140点
③　①及び②以外の場合　2,640点
⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,200点
③　①及び②以外の場合　1,100点
⑶　月１回訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　2,520点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,380点
③　①及び②以外の場合　720点
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　4,600点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,780点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　2,400点
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,700点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,000点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,000点
ハ　月１回訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,300点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,280点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　680点
３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,450点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,835点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,800点
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,750点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,475点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　750点
ハ　月１回訪問診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,760点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　995点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　560点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行

っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月１回に限り算定する。

２　注１において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。

３　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。

５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

６　区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	400点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	200点
⑶	⑴及び⑵以外の場合	100点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	300点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	150点
⑶	⑴及び⑵以外の場合	75点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴	単一建物診療患者が１人の場合	200点
⑵	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	100点
⑶	⑴及び⑵以外の場合	50点

８　３について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

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

10　１のイの⑵及び⑶、１のロの⑵及び⑶、２のロ及びハ並びに３のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11　区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の１を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。

12　１のイの⑶若しくはロの⑶、２のハ又は３のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険

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

Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回）

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

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点

③　①及び②以外の場合　2,880点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点

③　①及び②以外の場合　1,200点

⑶　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,980点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,080点

③　①及び②以外の場合　780点

ロ　病床を有しない場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,600点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,970点

③　①及び②以外の場合　2,640点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,550点

③　①及び②以外の場合　1,100点

⑶　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　990点

③　①及び②以外の場合　720点

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

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

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,300点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,700点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　2,400点

ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,600点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,400点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,000点

ハ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,640点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　920点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　680点

３　１及び２に掲げるもの以外の場合

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

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,450点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,025点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,800点

ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,950点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,025点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　750点

ハ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,280点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　725点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　560点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　300点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　75点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　225点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　110点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　56点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　150点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　75点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　40点

４　区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴の１又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵（注１のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。

５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき）

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

イ　病床を有する場合
⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点
⑵　処方箋を交付しない場合　2,000点
ロ　病床を有しない場合
⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点
⑵　処方箋を交付しない場合　1,850点
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点
ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に１週を単位として算定する。
２　死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
３　注２に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
４　在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

Ｃ００４　救急搬送診療料　1,300点
注１　患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
２　新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
３　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）
１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合
イ　週３日目まで　580点
ロ　週４日目以降　680点
２　准看護師による場合
イ　週３日目まで　530点
ロ　週４日目以降　630点
３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡（じょくそう）ケア又は人工肛門（こう）ケア及び人工膀胱（ぼうこう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点
注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料

を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回に限り算定する。

３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。

５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。

６　１及び２については、６歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

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

イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　450点

ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点

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

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

⑴　１日に１回の場合　300点

⑵　１日に２回の場合　600点

⑶　１日に３回以上の場合　1,000点

8　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り300点を所定点数に加算する。

9　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り200点を所定点数に加算する。

10　１及び２については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。）　2,500点

ロ　特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの　1,000点

11　１及び２については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、500点を所定点数に加算する。

12　１及び２については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

13　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰（かくたん）吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰（かくたん）吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第20条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下

に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

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

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

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

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

16　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合

イ　同一日に２人

⑴　週３日目まで　580点

⑵　週４日目以降　680点

ロ　同一日に３人以上

⑴　週３日目まで　293点

⑵　週４日目以降　343点

２　准看護師による場合

イ　同一日に２人

⑴　週３日目まで　530点

⑵　週４日目以降　630点

ロ　同一日に３人以上

⑴　週３日目まで　268点

⑵　週４日目以降　318点

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

注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設してい

る者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回に限り算定する。

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

４　区分番号Ｃ００５の注３から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）　100点

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

Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（１単位）

１　同一建物居住者以外の場合　300点

２　同一建物居住者の場合　255点

注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者１人につき、１と２を合わせて週６単位（退院の日から起算して３月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。

２　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１と２を合わせて、６月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション

指導管理については、14日を限度として１日４単位に限り、算定する。

３　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００７　訪問看護指示料　300点

注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回（別に厚生労働大臣が定める者については、月２回）に限り、100点を所定点数に加算する。

３　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。

４　訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰（かくたん）吸引等指示料　240点

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

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　650点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点

３　１及び２以外の場合　290点

注１　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行

った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。

３　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

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

Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　530点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　480点

３　１及び２以外の場合　440点

注１　在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。

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。

Ｃ０１０　在宅患者連携指導料　900点

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

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

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

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

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

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

Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料　200点

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

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

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

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

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

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

４　注１から注３までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて12回に限り算定する。

５　往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料　750点

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

２　区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

第２節　在宅療養指導管理料

通則

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

する。

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定し、同一の患者に対して１月以内に指導管理を２回以上行った場合においては、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

２　同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理又はＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

区分

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料　120点

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

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

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

１　複雑な場合　1,230点

２　１以外の場合

イ　月27回以下の場合　650点

ロ　月28回以上の場合　750点

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

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

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

Ｃ１０１－２　在宅小児低血糖症患者指導管理料　820点

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

Ｃ１０１－３　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料　150点

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

Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点

注１　在宅自己連続携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１回につき2,000点を月２回に限り算定する。

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

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

１　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　520点

２　その他の場合　2,400点

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

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、２を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料　3,000点

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

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料　2,500点

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

Ｃ１０５－２　在宅小児経管栄養法指導管理料　1,050点

注　在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０５－３　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料　2,500点

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

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料　1,800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　第２款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料　2,800点
注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
１　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１　2,250点
２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２　250点
注１　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、２を算定し、ＣＰＡＰを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点
注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点
注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料　1,050点
注１　在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料　1,300点
注　疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料　810点
注１　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料　810点
注１　てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料　810点

注　便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料　1,500点

注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジン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。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料　900点

注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、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。

Ｃ１１３　削除

Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料　1,000点

注１　皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

Ｃ１１５　削除

Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　45,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

Ｃ１１７　在宅経腸投薬指導管理料　1,500点

注　入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。

Ｃ１１８　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料　2,800点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

Ｃ１１９　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料　950点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

通則

１　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定する。

２　前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第４節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。

区分

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

１　月20回以上測定する場合　350点

２　月30回以上測定する場合　465点

３　月40回以上測定する場合　580点
４　月60回以上測定する場合　830点
５　月90回以上測定する場合　1,170点
６　月120回以上測定する場合　1,490点

注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者を除く。）

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

ニ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。）

ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者

ハ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

Ｃ１５１　注入器加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

１　プログラム付きシリンジポンプ　2,500点
２　１以外のシリンジポンプ　1,500点

注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

１　２個以下の場合　1,320点
２　４個以下の場合　2,640点
３　５個以上の場合　3,300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

２　当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第１款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５２に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

Ｃ１５２－３　経腸投薬用ポンプ加算　2,500点

注　別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

１　治療上の必要があって、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。

Ｃ１５４　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。

Ｃ１５５　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。

Ｃ１５６　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。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

１　携帯用酸素ボンベ　880点

２　１以外の酸素ボンベ　3,950点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算　4,000点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５７に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

１　設置型液化酸素装置　3,970点

２　携帯型液化酸素装置　880点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算　300点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６０　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。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算　1,250点

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

Ｃ１６２　在宅経管栄養法用栄養管セット加算　2,000点

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

の所定点数に加算する。

Ｃ１６３　特殊カテーテル加算

１　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ　親水性コーティングを有するもの　960点

ロ　イ以外のもの　600点

２　間歇バルーンカテーテル　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又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６４　人工呼吸器加算

１　陽圧式人工呼吸器　7,480点

注　気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

２　人工呼吸器　6,480点

注　鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。

３　陰圧式人工呼吸器　7,480点

注　陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６５　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

１　ＡＳＶを使用した場合　3,750点

２　ＣＰＡＰを使用した場合　1,000点

注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　2,500点

注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６７　疼痛等管理用送信器加算　600点

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

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算　10,000点

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

Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザー加算　3,200点

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

Ｃ１６９　気管切開患者用人工鼻加算　1,500点

注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７０　排痰補助装置加算　1,800点

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

Ｃ１７１　在宅酸素療法材料加算

１　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　780点

２　その他の場合　100点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機

器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７１－２　在宅持続陽圧呼吸療法材料加算　100点

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

第３節　薬剤料

区分

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

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｃ３００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第３部　検査

通則

１　検査の費用は、第１節又は第３節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節又は第３節の各区分の所定点数及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　第１節又は第３節に掲げられていない検査であって特殊なものの検査料は、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、時間外緊急院内検査加算として、第１款の各区分の所定点数に１日につき200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第３号の加算は別に算定できない。

２　特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

３　入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、外来迅速検体検査加算として、第１節第１款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

区分

（尿・糞便等検査）

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査　26点

注　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

１　尿蛋白　７点

２　ＶＭＡ定性（尿）、Ｂｅｎｃｅ　Ｊｏｎｅｓ蛋白定性（尿）、尿グルコース　９点

３　ウロビリノゲン（尿）、先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）、尿浸透圧　16点

４　ポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）　17点

５　Ｎ－アセチルグルコサミニダーゼ（ＮＡＧ）（尿）　41点

６　アルブミン定性（尿）　49点

７　黄体形成ホルモン（ＬＨ）定性（尿）、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）（尿）　72点

８　アルブミン定量（尿）　105点

9　トランスフェリン（尿）　107点
10　ウロポルフィリン（尿）　108点
11　δアミノレブリン酸（δ－ＡＬＡ）（尿）　112点
12　ポリアミン（尿）　115点
13　ミオイノシトール（尿）　120点
14　コプロポルフィリン（尿）　139点
15　ポルフォビリノゲン（尿）、総ヨウ素（尿）　191点
16　Ⅳ型コラーゲン（尿）　194点
17　シュウ酸（尿）　200点
18　Ｌ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）　210点
19　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
20　その他　検査の種類の別により区分番号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（鏡検法）　27点

注１　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
２　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。
３　染色標本による検査を行った場合は、染色標本加算として、９点を所定点数に加算する。

Ｄ００２－２　尿沈渣（フローサイトメトリー法）　24点

注１　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
２　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

Ｄ００３　糞便検査

1　虫卵検出（集卵法）（糞便）、ウロビリン（糞便）　15点
2　糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。）　20点
3　虫体検出（糞便）　23点
4　糞便中脂質　25点
5　糞便中ヘモグロビン定性　37点
6　虫卵培養（糞便）　40点
7　糞便中ヘモグロビン　41点
8　糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量　56点
9　カルプロテクチン（糞便）　276点

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

1　ヒューナー検査　20点
2　胃液又は十二指腸液一般検査　55点
3　髄液一般検査　62点
4　精液一般検査　70点
5　頸管粘液一般検査　75点

6　顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、ＩｇＥ定性（涙液）　100点
7　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）　125点
8　マイクロバブルテスト　200点
9　ＩgGインデックス　426点
10　オリゴクローナルバンド　538点
11　ミエリン塩基性蛋白（ＭＢＰ）（髄液）　593点
12　リン酸化タウ蛋白（髄液）、タウ蛋白（髄液）　641点
13　髄液蛋白免疫学的検査　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
14　髄液塗抹染色標本検査　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の例により算定した点数
15　その他　検査の種類の別により区分番号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。

Ｄ００４－２　悪性腫瘍組織検査

1　悪性腫瘍遺伝子検査
イ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）　2,500点
ロ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）　2,100点
ハ　Ｋ－ras遺伝子検査　2,100点
ニ　ＥＷＳ－Ｆli１遺伝子検査　2,100点
ホ　ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査　2,100点
ヘ　ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査　2,100点
ト　c－kit遺伝子検査　2,500点
チ　マイクロサテライト不安定性検査　2,100点
リ　センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査　2,100点
ヌ　ＢＲＡＦ遺伝子検査　6,520点
ル　ＲＡＳ遺伝子検査　2,500点
ヲ　ＲＯＳ１融合遺伝子検査　2,500点

注　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　２項目　4,000点
ロ　３項目以上　6,000点

2　抗悪性腫瘍剤感受性検査　2,500点

（血液学的検査）

Ｄ００５　血液形態・機能検査

1　赤血球沈降速度（ＥＳＲ）　９点

注　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

2　網赤血球数　12点
3　血液浸透圧、好酸球（鼻汁・喀痰）、末梢血液像（自動機械法）　15点
4　好酸球数　17点
5　末梢血液一般検査　21点
6　末梢血液像（鏡検法）　25点

注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞ

れ27点を所定点数に加算する。

7　血中微生物検査　40点
8　赤血球抵抗試験　45点
9　ヘモグロビンＡ１c（ＨｂＡ１c）　49点
10　自己溶血試験、血液粘稠度　50点
11　ヘモグロビンＦ（ＨｂＦ）　60点
12　デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性　233点
13　ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）　250点
14　骨髄像　837点

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

15　造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）　2,000点

Ｄ００６　出血・凝固検査

1　出血時間　15点
2　プロトロンビン時間（ＰＴ）、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　フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン　23点
5　トロンビン時間　25点
6　蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験　28点
7　活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ）　29点
8　血小板凝集能　50点
9　血小板粘着能　64点
10　アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原　70点
11　フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定量、プラスミン、プラスミン活性、α1－アンチトリプシン　80点
12　フィブリンモノマー複合体定性　93点
13　プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）　100点
14　Ｄダイマー定性　128点
15　プラスミンインヒビター（アンチプラスミン）、Ｄダイマー半定量　131点
16　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）活性　136点
17　Ｄダイマー　137点
18　α2－マクログロブリン　138点
19　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ　143点
20　凝固因子インヒビター　152点
21　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）抗原　155点
22　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）、プロテインＳ抗原　162点
23　プロテインＳ活性　170点
24　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）　177点
25　血小板第４因子（ＰＦ4）　178点
26　トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　186点
27　プロトロンビンフラグメントＦ１＋２　193点
28　トロンボモジュリン　205点
29　凝固因子（第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第ＸＩ因子、第ＸⅡ因子、第ＸⅢ因子）　229点
30　フィブリンモノマー複合体　233点
31　プロテインＣ抗原　246点

32　ｔＰＡ・ＰＡＩ－１複合体　247点
33　プロテインＣ活性　248点
34　ＡＤＡＭＴＳ13活性　400点
35　ＡＤＡＭＴＳ13インヒビター　600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33までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　３項目又は４項目　530点
ロ　５項目以上　722点

Ｄ００６－２　造血器腫瘍遺伝子検査　2,100点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

Ｄ００６－３　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１
１　ｍＲＮＡ定量（国際標準値）
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点
２　ｍＲＮＡ定量（１以外のもの）　1,200点

Ｄ００６－４　遺伝学的検査
１　処理が容易なもの　3,880点
２　処理が複雑なもの　5,000点
３　処理が極めて複雑なもの　8,000点
注　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）　2,631点
注　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成　2,504点
Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型　2,100点
Ｄ００６－８　サイトケラチン19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出　2,400点
Ｄ００６－９　ＷＴ１　ｍＲＮＡ　2,520点
Ｄ００６－10　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）　10,000点
Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査　3,300点
Ｄ００６－12　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）　2,100点

Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定
１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,500点
２　モニタリングに用いるもの　2,100点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

（生化学的検査(Ⅰ)）

Ｄ００７　血液化学検査
１　総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）　11点

2　リン脂質　15点
3　ＨＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ)、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）　17点
4　ＬＤＬ－コレステロール、蛋白分画　18点
5　銅（Ｃｕ）　23点
6　リパーゼ　24点
7　イオン化カルシウム　26点
8　マンガン（Ｍｎ）　27点
9　ムコ蛋白　29点
10　ケトン体　30点
11　アポリポ蛋白
イ　１項目の場合　31点
ロ　２項目の場合　62点
ハ　３項目以上の場合　94点
12　アデノシンデアミナーゼ（ＡＤＡ）　32点
13　グアナーゼ　35点
14　有機モノカルボン酸、胆汁酸　47点
15　ＡＬＰアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、γ－ＧＴアイソザイム、ＬＤアイソザイム、重炭酸塩　48点
16　ＡＳＴアイソザイム、リポ蛋白分画　49点
17　アンモニア　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　ケトン体分画、遊離脂肪酸　59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　グルコース－６－リン酸デヒドロゲナーゼ（Ｇ－６－ＰＤ)、リポ蛋白分画（ＰＡＧディスク電気泳動法)、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ)、グリココール酸　80点
23　ＣＫ－ＭＢ　90点
24　膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ)、ＬＤアイソザイム１型、総カルニチン、遊離カルニチン　95点
25　ＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　96点
26　リポ蛋白（ａ）　107点
27　ヘパリン　108点
28　フェリチン半定量、フェリチン定量　111点
29　エタノール　113点
30　心筋トロポニンＩ、ＫＬ－６　117点
31　ペントシジン、アルミニウム（Ａｌ）　118点
32　イヌリン、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量　120点
33　シスタチンＣ　121点
34　リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）　129点
35　肺サーファクタント蛋白－Ａ（ＳＰ－Ａ)、ガラクトース　130点
36　肺サーファクタント蛋白－Ｄ（ＳＰ－Ｄ）　136点
37　血液ガス分析、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）　140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。
38　Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定量、アルブミン非結合型ビリルビン　143点

39　亜鉛（Ｚn)、セレン　144点
40　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}　148点
41　ピルビン酸キナーゼ（ＰＫ）　150点
42　葉酸　158点
43　ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）　180点
44　ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖Ⅰ　184点
45　膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性　185点
46　レムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ)、トリプシン　189点
47　アセトアミノフェン　190点
48　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体　194点
49　マロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）　200点
50　ホスフォリパーゼA_2（PLA_2）　204点
51　赤血球コプロポルフィリン　210点
52　リポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）　223点
53　肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）　227点
54　２，５－オリゴアデニル酸合成酵素活性　250点
55　ビタミンB_1　253点
56　ビタミンB_2　256点
57　赤血球プロトポルフィリン　272点
58　プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量、プレセプシン定量　301点
59　インフリキシマブ定性　310点
60　ビタミンＣ　314点
61　１，25－ジヒドロキシビタミンD_3　388点
62　25－ヒドロキシビタミンＤ　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８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ　５項目以上７項目以下　93点
ロ　８項目又は９項目　99点
ハ　10項目以上　112点

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

（生化学的検査(Ⅱ)）

Ｄ００８　内分泌学的検査

1　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性　55点
2　11－ハイドロキシコルチコステロイド（11－ＯＨＣＳ）　60点
3　ホモバニリン酸（ＨＶＡ）　69点
4　バニールマンデル酸（ＶＭＡ）　90点
5　５－ハイドロキシインドール酢酸（５－ＨＩＡＡ）　95点
6　プロラクチン（ＰＲＬ）　98点
7　レニン活性　100点
8　トリヨードサイロニン（T_3）　105点
9　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ)、ガストリン　107点
10　インスリン（ＩＲＩ）　109点
11　レニン定量、サイロキシン（T_4）　111点
12　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）　114点

13　アルドステロン、テストステロン　128点
14　遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$）、遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$）、コルチゾール、サイロキシン結合グロブリン（ＴＢＧ）　130点
15　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）　134点
16　脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）　136点
17　サイログロブリン　137点
18　サイロキシン結合能（ＴＢＣ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、ヒト胎盤性ラクトーゲン（ＨＰＬ）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（ＨＣＧ－β）　140点
19　カルシトニン　141点
20　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　142点
21　グルカゴン　150点
22　プロゲステロン　155点
23　Ⅰ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）　156点
24　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　161点
25　低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　162点
26　オステオカルシン（ＯＣ）　165点
27　遊離テストステロン　166点
28　インタクトⅠ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（Ｉｎｔａｃｔ　ＰＩＮＰ）　168点
29　Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）　169点
30　セクレチン、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）、Ⅰ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）　170点
31　サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　175点
32　デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　176点
33　エストリオール（Ｅ$_3$）、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）　180点
34　エストラジオール（Ｅ$_2$）　182点
35　デオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）　191点
36　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）　194点
37　17－ケトジェニックステロイド（17－ＫＧＳ）、副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　200点
38　エリスロポエチン　209点
39　17－ケトステロイド分画（17－ＫＳ分画）、17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－ＯＨＰ）、抗ＩＡ－２抗体、プレグナンジオール　213点
40　17－ケトジェニックステロイド分画（17－ＫＧＳ分画）　220点
41　メタネフリン　223点
42　ソマトメジンＣ　224点
43　心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、メタネフリン・ノルメタネフリン分画　227点
44　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　235点
45　プレグナントリオール　240点
46　ノルメタネフリン　250点
47　インスリン様成長因子結合蛋白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12から47までに掲げる検査を３項

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

イ　３項目以上５項目以下　410点

ロ　６項目又は７項目　623点

ハ　８項目以上　900点

Ｄ００９　腫瘍マーカー

1　尿中ＢＴＡ　80点

2　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）　105点

3　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　107点

4　組織ポリペプタイド抗原（ＴＰＡ）、扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　110点

5　ＤＵＰＡＮ－２、ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　121点

6　前立腺酸ホスファターゼ抗原（ＰＡＰ）　124点

7　エラスターゼ１　129点

8　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　130点

9　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　143点

10　ＣＡ72－４、ＳＰan－１、シアリルＴn抗原（ＳＴＮ）、神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）　146点

11　ＣＡ125　148点

12　塩基性フェトプロテイン（ＢＦＰ）　150点

13　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　151点

14　シアリルＬｅˣ－ｉ抗原（ＳＬＸ）　152点

15　遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）　158点

16　サイトケラチン８・18（尿）　160点

17　抗ｐ53抗体　163点

18　ＢＣＡ225　165点

19　サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　167点

20　シアリルＬｅˣ抗原（ＣＳＬＥＸ）　169点

21　Ⅰ型コラーゲン－Ｃ－テロペプチド（ＩＣＴＰ）　170点

22　ガストリン放出ペプチド前駆体（ＰｒｏＧＲＰ）　175点

23　ＣＡ54／61、癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）　184点

24　ＣＡ602、α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）　190点

25　γ－セミノプロテイン（γ－Ｓｍ）　194点

26　ヒト精巣上体蛋白４（ＨＥ４）　200点

27　可溶性メソテリン関連ペプチド　220点

28　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）、癌胎児性抗原（ＣＥＡ）半定量（乳頭分泌液）　314点

29　ＨＥＲ２蛋白　320点

30　可溶性インターロイキン－２レセプター（ｓＩＬ－２Ｒ）　438点

注１　診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。

２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から30までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ　２項目　230点

ロ　３項目　290点

ハ　４項目以上　420点

Ｄ０１０　特殊分析

１　糖分析（尿）　38点

２　結石分析　120点

３　チロシン　200点

４　総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）　288点

５　アミノ酸

イ　１種類につき　295点

ロ　５種類以上　1,212点

６　アミノ酸定性　350点

７　脂肪酸分画　429点

８　先天性代謝異常症検査　1,176点

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

（免疫学的検査）

Ｄ０１１　免疫血液学的検査

１　ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型　24点

２　Ｃｏｏｍｂｓ試験

イ　直接　34点

ロ　間接　47点

３　Ｒｈ（その他の因子）血液型　156点

４　不規則抗体　159点

注　第10部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号Ｋ８９８に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

５　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性　191点

６　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）　204点

７　ＡＢＯ血液型亜型　260点

８　抗血小板抗体　262点

９　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）　389点

10　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）　390点

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

１　梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量　15点

２　トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量　26点

３　抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量　29点

４　梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量　32点

５　梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量　34点

６　梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量　53点

７　アデノウイルス抗原定性（糞(ふん)便）、迅速ウレアーゼ試験定性　60点

８　ロタウイルス抗原定性（糞(ふん)便）、ロタウイルス抗原定量（糞(ふん)便）　65点

９　ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体　70点

10　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体　75点

11　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（１項目当たり）　79点

注　同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合

は、８項目を限度として算定する。

12　クロストリジウム・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量　80点

13　ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量　85点

14　トキソプラズマ抗体　93点

15　トキソプラズマＩｇM抗体　95点

16　抗酸菌抗体定量、ＨＩＶ－１抗体、抗酸菌抗体定性　116点

17　ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量　118点

18　ＨＩＶ－１，２抗体定量　127点

19　Ａ群β溶連菌迅速試験定性　130点

20　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量　138点

21　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　140点

22　ＲＳウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）半定量　142点

23　インフルエンザウイルス抗原定性　143点

24　肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性　146点

25　ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性、マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、ヒトメタニューモウイルス抗原定性　150点

26　Ｄ－アラビニトール、クラミドフィラ・ニューモニエＩｇM抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性　160点

27　アスペルギルス抗原　164点

28　大腸菌Ｏ157抗原定性　165点

29　マイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）　170点

30　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体　173点

31　クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性　179点

32　淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性、大腸菌血清型別　180点

33　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　194点

34　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　204点

35　ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体　206点

36　単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキスＩｇＧ・ＩｇＡ抗体　210点

37　ツツガムシ抗体半定量、（１→３）－β－Ｄ－グルカン、ツツガムシ抗体定性　213点

38　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり）　218点

注　同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、２項目を限度として算定する。

39　サイトメガロウイルス抗体　220点

40　赤痢アメーバ抗体半定量、レジオネラ抗原定性（尿）　223点

41　デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性　233点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

42　水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）　240点

43　エンドトキシン　250点

44　百日咳菌抗体　272点

45　ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）　280点

46　結核菌群抗原定性　291点

47　ＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）　380点

48　サイトメガロウイルスpp65抗原定性　387点
49　ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）　425点
50　ＨＩＶ抗原　600点
51　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　900点

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

1　ＨＢｓ抗原定性・半定量　29点
2　ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量　32点
3　ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体　88点
4　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　107点
5　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　111点
6　ＨＢｃ抗体半定量・定量　141点
7　ＨＣＶコア抗体　143点
8　ＨＡ－ＩｇＭ抗体、ＨＡ抗体、ＨＢｃ－ＩｇＭ抗体　146点
9　ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量　160点
10　ＨＥ－ＩｇＡ抗体定性　210点
11　ＨＣＶ血清群別判定　233点
12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　274点
13　デルタ肝炎ウイルス抗体　330点
14　ＨＣＶ特異抗体価、ＨＢＶジェノタイプ判定　340点

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

イ　３項目　290点
ロ　４項目　360点
ハ　５項目以上　447点

Ｄ０１４　自己抗体検査

1　寒冷凝集反応　11点
2　リウマトイド因子（ＲＦ）定量　30点
3　抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量　37点
4　Ｄonath－Ｌandsteiner試験　55点
5　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　105点
6　抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）、抗インスリン抗体　110点
7　マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）　116点
8　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　117点
9　抗サイログロブリン抗体、抗ＲＮＰ抗体定性、抗ＲＮＰ抗体半定量、抗ＲＮＰ抗体定量、抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量　144点
10　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　146点
11　抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量、抗Ｓｍ抗体定量　155点
12　抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定量、Ｃ１ｑ結合免疫複合体　161点
13　抗Ｓｃｌ－70抗体定性、抗Ｓｃｌ－70抗体半定量、抗Ｓｃｌ－70抗体定量　162点
14　抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定量　163点
15　抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体　170点
16　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　172点
17　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　184点

18　抗ＡＲＳ抗体　190点
19　抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量　191点
20　モノクローナルＲＦ結合免疫複合体　194点
21　抗ミトコンドリア抗体定量　200点
22　ＩｇＧ型リウマトイド因子　203点
23　抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　210点
24　抗ＬＫＭ－１抗体　221点
25　抗カルジオリピンβ$_2$グリコプロテインＩ複合体抗体　223点
26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　232点
27　抗カルジオリピン抗体　239点
28　ＩｇＧ$_2$（ＴＩＡ法によるもの）　239点
29　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16a抗体　270点
30　抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体、抗Ｍｉ－２抗体　270点
31　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　273点
32　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）　275点
33　抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）　277点
34　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　281点
35　抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）定性　290点
36　抗デスモグレイン１抗体　300点
37　甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）　340点
38　ＩｇＧ$_4$　377点
39　ＩｇＧ$_2$（ネフェロメトリー法によるもの）　388点
40　抗ＧＭ１ＩｇＧ抗体、抗ＧＱ１ｂＩｇＧ抗体　460点
41　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　847点
42　抗グルタミン酸レセプター抗体　970点
43　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体　1,000点
44　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）　1,000点
45　抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）　5,000点

注１　本区分の９から15まで、18及び30に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

１　Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）　16点
２　赤血球コプロポルフィリン定性、グルコース－６－ホスファターゼ（Ｇ－６－Ｐase）　30点
３　グルコース－６－リン酸デヒドロゲナーゼ（Ｇ－６－ＰＤ）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　クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量　42点
６　血清アミロイドＡ蛋白（ＳＡＡ）　47点
７　トランスフェリン（Ｔｆ）　60点
８　Ｃ$_3$、Ｃ$_4$　70点
９　セルロプラスミン　90点
10　非特異的ＩｇＥ半定量、非特異的ＩｇＥ定量　100点
11　β$_2$－マイクログロブリン、トランスサイレチン（プレアルブミン）　107点
12　特異的ＩｇＥ半定量・定量　110点

注　特異的ＩｇＥ半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。

ただし、患者から１回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。

13　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　136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。）　140点
15　アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（ＨＲＴ）　159点
16　C_3プロアクチベータ　160点
17　免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）　170点
18　ヘモペキシン　180点
19　ＴＡＲＣ　189点
20　ＡＰＲスコア定性　191点
21　アトピー鑑別試験定性　194点
22　Ｂｅｎｃｅ　Ｊｏｎｅｓ蛋白同定（尿）　203点
23　癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）　204点
24　免疫電気泳動法（特異抗血清）　230点
25　C_1インアクチベータ　276点
26　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比　330点
27　免疫グロブリン遊離Ｌ鎖κ／λ比　400点
28　結核菌特異的インターフェロンーγ産生能　630点

Ｄ０１６　細胞機能検査

１　Ｂ細胞表面免疫グロブリン　161点
２　Ｔ細胞サブセット検査（一連につき）　194点
３　顆粒球機能検査（種目数にかかわらず一連につき）　200点
４　Ｔ細胞・Ｂ細胞百分率　204点
５　顆粒球スクリーニング検査（種目数にかかわらず一連につき）　220点
６　赤血球表面抗原検査　270点
７　リンパ球刺激試験（ＬＳＴ）
イ　１薬剤　345点
ロ　２薬剤　425点
ハ　３薬剤以上　515点

（微生物学的検査）

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

１　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　50点
注　集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、32点を所定点数に加算する。
２　保温装置使用アメーバ検査　45点
３　その他のもの　61点
注　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ００２に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号Ｄ００２－２に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。

Ｄ０１８　細菌培養同定検査

１　口腔、気道又は呼吸器からの検体　160点
２　消化管からの検体　180点
３　血液又は穿刺液　210点
４　泌尿器又は生殖器からの検体　170点
５　その他の部位からの検体　160点
６　簡易培養　60点
注１　１から６までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、115点を所定点数に加算する。
２　入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質

量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。

Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査

１　１菌種　170点

２　２菌種　220点

３　３菌種以上　280点

Ｄ０１９－２　酵母様真菌薬剤感受性検査　150点

Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査

１　抗酸菌分離培養（液体培地法）　280点

２　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）　204点

Ｄ０２１　抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）　361点

Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）　380点

注　４薬剤以上使用した場合に限り算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

１　細菌核酸検出（白血球）（１菌種あたり）　130点

２　淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出　204点

３　ＨＢＶ核酸定量　279点

４　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出　286点

５　レジオネラ核酸検出　292点

６　マイコプラズマ核酸検出　300点

７　ＥＢウイルス核酸定量　310点

８　ＨＣＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、百日咳菌核酸検出　360点

注　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者又は過去に区分番号Ｋ８６７に掲げる子宮頸部（腟部）切除術若しくは区分番号Ｋ８６７－３に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）を行った患者に対して行った場合に限り算定する。

９　インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出　410点

10　マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出　421点

11　ＨＣＶ核酸定量　437点

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

13　ＨＩＶ－１核酸定量　520点

注　検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。

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

15　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出　1,700点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

16　ＨＰＶジェノタイプ判定　2,000点

17　ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性　6,000点

注　５、６、８（百日咳菌核酸検出に限る。）又は９（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

１　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性　55点

２　尿素呼気試験（ＵＢＴ）　70点

３　大腸菌ベロトキシン定性　194点

Ｄ０２４　動物使用検査　170点

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

（基本的検体検査実施料）

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき）

１　入院の日から起算して４週間以内の期間　140点

２　入院の日から起算して４週間を超えた期間　110点

注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。

２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　尿中特殊物質定性定量検査

ハ　尿沈渣（鏡検法）

ニ　糞便検査

ホ　穿刺液・採取液検査

ヘ　血液形態・機能検査

ト　出血・凝固検査

チ　造血器腫瘍遺伝子検査

リ　血液化学検査

ヌ　免疫血液学的検査

ＡＢＯ血液型及びRh（D）血液型

ル　感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びＨＩＶ－１抗体

ヲ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

ワ　自己抗体検査

寒冷凝集反応及びリウマトイド因子（ＲＦ）定量

カ　血漿蛋白免疫学的検査

Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）、血清補体価（CH_{50}）及び免疫グロブリン

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、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として、40点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

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

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

Ｄ０２７　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本文及び注４に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき月１回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注

に掲げる他の点数は、算定しない。

第２節　削除

第３節　生体検査料

通則

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

イ　呼吸機能検査等判断料

ロ　心臓カテーテル法による諸検査

ハ　心電図検査の注に掲げるもの

ニ　負荷心電図検査の注１に掲げるもの

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

ヘ　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

ト　経皮的酸素ガス分圧測定

チ　深部体温計による深部体温測定

リ　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢（しょう）循環不全状態観察

ヌ　脳波検査の注２に掲げるもの

ル　脳波検査判断料

ヲ　神経・筋検査判断料

ワ　ラジオアイソトープ検査判断料

カ　内視鏡検査の通則第３号に掲げるもの

ヨ　超音波内視鏡検査を実施した場合の加算

タ　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵（すい）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、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

イ　呼吸機能検査等判断料

ロ　心臓カテーテル法による諸検査

ハ　心電図検査の注に掲げるもの

ニ　負荷心電図検査の注１に掲げるもの

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

ヘ　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

ト　経皮的酸素ガス分圧測定

チ　深部体温計による深部体温測定

リ　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢（しょう）循環不全状態観察

ヌ　脳波検査の注２に掲げるもの

ル　脳波検査判断料

ヲ　神経・筋検査判断料

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

１　区分番号Ｄ２００からＤ２０４までに掲げる呼吸機能検査等については、各所定点数及び区分番号Ｄ２０５に掲げる呼吸機能検査等判断料の所定点数を合算した点数により算定し、区分番号Ｄ２０６からＤ２１４－２までに掲げる呼吸循環機能検査等については、特に規定する場合を除き、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

２　使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

１　肺気量分画測定（安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。）　90点

２　フローボリュームカーブ（強制呼出曲線を含む。）　100点

３　機能的残気量測定　140点

４　呼気ガス分析　100点

５　左右別肺機能検査　1,010点

Ｄ２０１　換気力学的検査

１　呼吸抵抗測定

イ　広域周波オシレーション法を用いた場合　150点

ロ　その他の場合　60点

２　コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、１回呼吸法による吸気分布検査　135点

Ｄ２０２　肺内ガス分布

１　指標ガス洗い出し検査　135点

２　クロージングボリューム測定　135点

Ｄ２０３　肺胞機能検査

１　肺拡散能力検査　180点

２　死腔量測定、肺内シャント検査　135点

Ｄ２０４　基礎代謝測定　85点

Ｄ２０５　呼吸機能検査等判断料　140点

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

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

１　右心カテーテル　3,600点

２　左心カテーテル　4,000点

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

２　当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、600点又は1,400点を加算する。

３　血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。

４　冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算として、600点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、血管内視鏡検査加算として、400点を所定点数に加算する。

６　同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、２以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。

７　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。

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

９　心腔内超音波検査を実施した場合は、心腔内超音波検査加算として、400点を所定点数に加算する。

Ｄ２０７　体液量等測定

１　体液量測定、細胞外液量測定　60点

２　血流量測定、皮膚灌流圧測定、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ー使用皮膚表面温度測定　100点

３　心拍出量測定、循環時間測定、循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）、脳循環測定（色素希釈法によるもの）　150点

注１　心拍出量測定に際してカテーテルを挿入した場合は、心拍出量測定加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

２　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。

４　血管内皮機能検査（一連につき）　200点

５　脳循環測定（笑気法によるもの）　1,350点

Ｄ２０８　心電図検査

１　四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導　130点

２　ベクトル心電図、体表ヒス束心電図　150点

３　携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査　150点

４　加算平均心電図による心室遅延電位測定　200点

５　その他（６誘導以上）　90点

注　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図について診断を行った場合は、１回につき70点とする。

Ｄ２０９　負荷心電図検査

１　四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導　380点

２　その他（６誘導以上）　190点

注１　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した負荷心電図について診断を行った場合は、１回につき70点とする。

２　区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき、負荷心電図検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２１０　ホルター型心電図検査

１　30分又はその端数を増すごとに　90点

２　８時間を超えた場合　1,750点

注　解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２１０－２　体表面心電図、心外膜興奮伝播図　1,500点

Ｄ２１０－３　植込型心電図検査　90点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　30分又はその端数を増すごとに算定する。

３　解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２１０－４　Ｔ波オルタナンス検査　1,100点

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　1,400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ィ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一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　運動療法における運動処方の作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

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。

Ｄ２１１－３　時間内歩行試験　200点

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

２　区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号Ｄ２２０からＤ２２３－２までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２１１－４　シャトルウォーキングテスト　200点

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

２　区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号Ｄ２２０からＤ２２３－２までに掲げる諸監視であって、シャトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２１２　リアルタイム解析型心電図　600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　１検査　60点

２　２検査　80点

３　３又は４検査　130点

４　５又は６検査　180点

５　７検査以上　220点

６　血管伸展性検査　100点

注１　数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。

２　脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。

３　検査の実施ごとに１から６までに掲げる所定点数を算定する。

Ｄ２１４－２　エレクトロキモグラフ　260点

（超音波検査等）

通則

区分番号Ｄ２１５（３のニの場合を除く。）及びＤ２１６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。

Ｄ２１５　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　下肢血管　450点

ハ　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）　350点

３　心臓超音波検査

イ　経胸壁心エコー法　880点

ロ　Ｍモード法　500点

ハ　経食道心エコー法　1,500点

ニ　胎児心エコー法　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月１回に限り算定する。

２　当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。

ホ　負荷心エコー法　2,010点

４　ドプラ法（１日につき）

イ　胎児心音観察、末梢血管血行動態検査　20点

ロ　脳動脈血流速度連続測定　150点

ハ　脳動脈血流速度マッピング法　400点

５　血管内超音波法　4,290点

注１　２又は３について、造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、180点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号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に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

２　２について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定点数に加算する。

３　心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

５　血管内超音波法について、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

６　血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。

７　４のロについて、微小栓子シグナル（ＨＩＴＳ／ＭＥＳ）の検出を行った場合は、微小栓子シグナル加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｄ２１５－２　肝硬度測定　200点

Ｄ２１５－３　超音波エラストグラフィー　200点

注　区分番号Ｄ２１５－２に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

Ｄ２１６　サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）　200点

注　負荷検査を行った場合は、負荷検査加算として、負荷の種類又は回数にかかわらず100点を所定点数に加算する。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

１　超音波検査によるもの　55点

２　導尿によるもの　45点

注　残尿測定検査は、患者１人につき月２回に限り算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

１　ＤＥＸＡ法による腰椎撮影　360点

注　同一日にＤＥＸＡ法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。

２　ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等　140点

３　超音波法　80点

注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき４月に１回に限り算定する。

（監視装置による諸検査）

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

１　１時間以内の場合　480点

２　１時間を超え１時間30分以内の場合　660点

３　１時間30分を超えた場合　840点

Ｄ２１９　ノンストレステスト（一連につき）　200点

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジ

オタコスコープ

１　１時間以内又は１時間につき　50点

２　３時間を超えた場合（１日につき）

イ　７日以内の場合　150点

ロ　７日を超え14日以内の場合　130点

ハ　14日を超えた場合　50点

注１　心電曲線及び心拍数のいずれも観察した場合に算定する。

２　呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　人工呼吸と同時に行った呼吸心拍監視の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

４　同一の患者につき、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。

Ｄ２２１　削除

Ｄ２２１－２　筋肉コンパートメント内圧測定　620点

注　筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず１回のみ算定する。

Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

１　１時間以内又は１時間につき　100点

２　５時間を超えた場合（１日につき）　600点

Ｄ２２２－２　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）　100点

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）　30点

注　人工呼吸と同時に行った経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）　100点

Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定（１日につき）　100点

Ｄ２２５　観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）

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。

Ｄ２２５－２　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。

Ｄ２２５－３　24時間自由行動下血圧測定　200点

Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験　980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。

Ｄ２２６　中心静脈圧測定（１日につき）

１　４回以下の場合　120点

２　５回以上の場合　240点

注　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。

Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定

１　１時間以内又は１時間につき　125点

２　３時間を超えた場合（１日につき）　600点

Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定（１日につき）　100点

Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（１日

につき）　100点

Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定

１　１時間以内又は１時間につき　180点

２　２時間を超えた場合（１日につき）　540点

注１　バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

２　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。

Ｄ２３１　人工膵臓検査（一連につき）　5,000点

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

Ｄ２３１－２　皮下連続式グルコース測定（一連につき）　700点

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

２　注１に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、６月に２回に限り算定する。

Ｄ２３２　食道内圧測定検査　780点

Ｄ２３３　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。

Ｄ２３４　胃・食道内24時間pH測定　1,300点

（脳波検査等）

通則

区分番号Ｄ２３５からＤ２３７－２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Ｄ２３８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。

Ｄ２３５　脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）　720点

注１　検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、賦活検査加算として、これらの検査の別にかかわらず250点を所定点数に加算する。

２　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、１回につき70点とする。

Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査（１日につき）　500点

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

Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）

１　長期脳波ビデオ同時記録検査１　3,500点

２　長期脳波ビデオ同時記録検査２　900点

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

Ｄ２３６　脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）

１　体性感覚誘発電位　804点

２　視覚誘発電位　804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　804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　960点

Ｄ２３６－２　光トポグラフィー

１　脳外科手術の術前検査に使用するもの　670点

２　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの

イ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　400点

ロ　イ以外の場合　200点

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

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

Ｄ２３６－３　脳磁図　5,100点

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

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

１　携帯用装置を使用した場合　720点

２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合　250点

３　１及び２以外の場合　3,960点

Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　5,000点

Ｄ２３８　脳波検査判断料

１　脳波検査判断料１　350点

２　脳波検査判断料２　180点

注１　脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。

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

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

（神経・筋検査）

通則

区分番号Ｄ２３９からＤ２４０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Ｄ２４１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。

Ｄ２３９　筋電図検査

１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき））　300点

２　誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（１神経につき）　200点

３　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）　800点

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

２　３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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。

Ｄ２３９－２　電流知覚閾値測定（一連につき）　200点

Ｄ２３９－３　神経学的検査　500点

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

Ｄ２３９－４　全身温熱発汗試験　600点

Ｄ２３９－５　精密知覚機能検査　280点

Ｄ２４０　神経・筋負荷テスト
　　１　テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）　130点
　　２　瞳孔薬物負荷テスト　130点
　　３　乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）　200点
Ｄ２４１　神経・筋検査判断料　180点
　　注　神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。
Ｄ２４２　尿水力学的検査
　　１　膀胱内圧測定　260点
　　２　尿道圧測定図　260点
　　３　尿流測定　205点
　　４　括約筋筋電図　310点
（耳鼻咽喉科学的検査）
Ｄ２４３　削除
Ｄ２４４　自覚的聴力検査
　　１　標準純音聴力検査、自記オージ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
Ｄ２４４－２　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。
Ｄ２４５　鼻腔通気度検査　300点
Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査　100点
Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査
　　１　鼓膜音響インピーダンス検査　290点
　　２　チンパノメトリー　340点
　　３　耳小骨筋反射検査　450点
　　４　遊戯聴力検査　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
Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定　450点
Ｄ２４９　蝸電図　750点
Ｄ２５０　平衡機能検査
　　１　標準検査（一連につき）　20点
　　２　刺激又は負荷を加える特殊検査（１種目につき）　120点
　　３　頭位及び頭位変換眼振検査
　　イ　赤外線ＣＣＤカメラ等による場合　300点
　　ロ　その他の場合　140点
　　４　電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）
　　イ　皿電極により４誘導以上の記録を行った場合　400点

ロ　その他の場合　260点
５　重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査　250点
注　５について、パワー・ベクトル分析を行った場合には、パワー・ベクトル分析加算として200点を、刺激又は負荷を加えた場合には、刺激又は負荷加算として、１種目につき120点を所定点数に加算する。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査
１　喉頭ストロボスコピー　450点
２　音響分析　450点
３　音声機能検査　450点

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法　40点

Ｄ２５３　嗅覚検査
１　基準嗅覚検査　450点
２　静脈性嗅覚検査　45点

Ｄ２５４　電気味覚検査（一連につき）　300点

（眼科学的検査）

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

Ｄ２５５　精密眼底検査（片側）　56点

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査（片側）　150点
注　患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号Ｄ２５５に掲げる精密眼底検査（片側）、Ｄ２５７に掲げる細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はＤ２７３に掲げる細隙燈顕微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影
１　通常の方法の場合
イ　アナログ撮影　54点
ロ　デジタル撮影　58点
２　蛍光眼底法の場合　400点
３　自発蛍光撮影法の場合　510点
注１　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。（１のロの場合を除く。）
２　広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ２５６－２　眼底三次元画像解析　200点
注　患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号Ｄ２５６の１に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５６－３　光干渉断層血管撮影　400点
注　光干渉断層血管撮影は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号Ｄ２５６に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５７　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）　112点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）　230点

Ｄ２５８－２　網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）　500点

Ｄ２５９　精密視野検査（片側）　38点

Ｄ２６０　量的視野検査（片側）

１　動的量的視野検査　195点
２　静的量的視野検査　290点
Ｄ２６１　屈折検査
１　６歳未満の場合　69点
２　１以外の場合　69点
Ｄ２６２　調節検査　70点
Ｄ２６３　矯正視力検査
１　眼鏡処方箋の交付を行う場合　69点
２　１以外の場合　69点
Ｄ２６３－２　コントラスト感度検査　207点
注　コントラスト感度検査は、患者１人につき手術の前後においてそれぞれ１回に限り算定する。
Ｄ２６４　精密眼圧測定　82点
注　水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、負荷測定加算として、55点を所定点数に加算する。
Ｄ２６５　角膜曲率半径計測　84点
Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査　105点
注　角膜形状解析検査は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行った区分番号Ｄ２６５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。
Ｄ２６６　光覚検査　42点
Ｄ２６７　色覚検査
１　アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合　70点
２　１以外の場合　48点
Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳（ふくそう）検査　48点
Ｄ２６９　眼球突出度測定　38点
Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定　150点
Ｄ２７０　削除
Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料　250点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に１月に１回に限り算定する。
Ｄ２７１　角膜知覚計検査　38点
Ｄ２７２　両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆（かん）法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線條試験による）　48点
Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）　48点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。
Ｄ２７４　前房隅角検査　38点
Ｄ２７４－２　前眼部三次元画像解析　265点
注　前眼部三次元画像解析は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号Ｄ２６５－２に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号Ｄ２７４に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２７５　圧迫隅角検査　76点
Ｄ２７５－２　前房水漏出検査　149点
注　緑内障濾（ろ）過手術後の患者であって、術後から１年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。
Ｄ２７６　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

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査　38点

Ｄ２７７－２　涙道内視鏡検査　640点

注　同一日に区分番号Ｋ２０２に掲げる涙管チューブ挿入術を実施した場合には、涙道内視鏡検査は算定できない。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）　260点

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査　160点

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査　160点

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）　160点

Ｄ２８２　中心フリッカー試験　38点

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査

１　ＰＬ（Ｐreferential Ｌooking）法　100点

２　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）　60点

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

１　コンタクトレンズ検査料１　200点

２　コンタクトレンズ検査料２　180点

３　コンタクトレンズ検査料３　56点

４　コンタクトレンズ検査料４　50点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２又は３を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料４を算定する。

２　注１により当該検査料を算定する場合は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

３　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したこと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Ａ０００に掲げる初診料は算定せず、区分番号Ａ００１に掲げる再診料又は区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料を算定する。

（皮膚科学的検査）

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー　72点

注　検査の回数又は部位数にかかわらず、４月に１回に限り算定する。

（臨床心理・神経心理検査）

Ｄ２８３　発達及び知能検査

１　操作が容易なもの　80点

２　操作が複雑なもの　280点

３　操作と処理が極めて複雑なもの　450点

注　同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの１種類のみの所定点数により算定する。

Ｄ２８４　人格検査

１　操作が容易なもの　80点

２　操作が複雑なもの　280点

３　操作と処理が極めて複雑なもの　450点

注　同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの１種類のみの所定点数により算定する。

Ｄ２８５　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種類のみの所定点数により算定する。

（負荷試験等）

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト　150点
注１　検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコピー又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法、Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又はＤ３１７－２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費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２８６－２　イヌリンクリアランス測定　1,280点

Ｄ２８７　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費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号Ｄ４１９の５に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。

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費用は、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　膵機能テスト（ＰＦＤテスト）　100点
２　肝機能テスト（ＩＣＧ１回又は２回法、ＢＳＰ２回法）、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント（Addis尿沈渣定量検査）、モーゼンタール法、ヨードカリ試験　100点
３　胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト　700点
４　セクレチン試験　3,000点
注　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、全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、注射及び処置の費用は、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、２月に１回に限り算定する。

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

区分番号Ｄ２９２及びＤ２９３に掲げるラジオアイソトープを用いた諸検査については、各区分の所定点数及び区分番号Ｄ２９４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。

Ｄ２９２　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Ｄ２９２若しくはＤ２９３に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合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。

Ｄ２９３　シンチグラム（画像を伴わないもの）

１　甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）　365点

２　レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム）　575点

注　核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。

Ｄ２９４　ラジオアイソトープ検査判断料　110点

注　ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。

（内視鏡検査）

通則

１　超音波内視鏡検査を実施した場合は、超音波内視鏡検査加算として、300点を所定点数に加算する。

２　区分番号Ｄ２９５からＤ３２３まで及びＤ３２５に掲げる内視鏡検査について、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

３　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、１回につき70点とする。

４　写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点

数を所定点数に加算する。

5　緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号Ｄ３２４及びＤ３２５に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　休日加算　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の40に相当する点数

ハ　深夜加算　所定点数の100分の80に相当する点数

ニ　イからハまでにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

Ｄ２９５　関節鏡検査（片側）　720点

Ｄ２９６　喉頭直達鏡検査　190点

Ｄ２９６－２　鼻咽腔直達鏡検査　220点

Ｄ２９７　削除

Ｄ２９８　嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）　600点

Ｄ２９８－２　内視鏡下嚥下機能検査　720点

Ｄ２９９　喉頭ファイバースコピー　600点

Ｄ３００　中耳ファイバースコピー　240点

Ｄ３００－２　顎関節鏡検査（片側）　1,000点

Ｄ３０１　削除

Ｄ３０２　気管支ファイバースコピー　2,500点

注　気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、気管支肺胞洗浄法検査同時加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０２－２　気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査　320点

Ｄ３０３　胸腔鏡検査　7,200点

Ｄ３０４　縦隔鏡検査　7,000点

Ｄ３０５　削除

Ｄ３０６　食道ファイバースコピー　800点

注１　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

２　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０７　削除

Ｄ３０８　胃・十二指腸ファイバースコピー　1,140点

注１　胆管・膵管造影法を行った場合は、胆管・膵管造影法加算として、600点を所定点数に加算する。ただし、諸監視、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は所定点数に含まれるものとする。

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

３　胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、2,800点を所定点数に加算する。

４　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０９　胆道ファイバースコピー　4,000点

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査

１　ダブルバルーン内視鏡によるもの　7,800点

２　シングルバルーン内視鏡によるもの　5,000点
３　カプセル型内視鏡によるもの　1,700点
４　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　４について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

Ｄ３１０－２　消化管通過性検査　600点

Ｄ３１１　直腸鏡検査　300点

Ｄ３１１－２　肛門鏡検査　200点

Ｄ３１２　直腸ファイバースコピー　550点
注　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

Ｄ３１３　大腸内視鏡検査
１　ファイバースコピーによるもの
イ　Ｓ状結腸　900点
ロ　下行結腸及び横行結腸　1,350点
ハ　上行結腸及び盲腸　1,550点
２　カプセル型内視鏡によるもの　1,550点
注１　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
２　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３１４　腹腔鏡検査　2,160点

Ｄ３１５　腹腔ファイバースコピー　2,160点

Ｄ３１６　クルドスコピー　400点

Ｄ３１７　膀胱尿道ファイバースコピー　950点
注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３１７－２　膀胱尿道鏡検査　890点
注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３１８　尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）　1,200点
注　膀胱尿道ファイバースコピー及び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。

Ｄ３１９　腎盂尿管ファイバースコピー（片側）　1,800点

Ｄ３２０　ヒステロスコピー　220点

Ｄ３２１　コルポスコピー　210点

Ｄ３２２　子宮ファイバースコピー　800点

Ｄ３２３　乳管鏡検査　960点

Ｄ３２４　血管内視鏡検査　2,040点
注１　血管内視鏡検査は、患者１人につき月１回に限り算定する。
２　呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ３２５　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法　3,600点
注１　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ10,800点又は3,600点を所定点数に加算する。
２　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使

用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
3　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号Ｅ４００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

Ｄ４００　血液採取（１日につき）
1　静脈　30点
2　その他　６点
注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
2　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。
3　血液回路から採血した場合は算定しない。

Ｄ４０１　脳室穿刺　500点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０２　後頭下穿刺　300点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０３　腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）　220点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０４　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、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０４－２　骨髄生検　730点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０５　関節穿刺（片側）　100点
注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０６　上顎洞穿刺（片側）　60点

Ｄ４０６－２　扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）　180点

Ｄ４０７　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、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４０８　ダグラス窩穿刺　240点

Ｄ４０９　リンパ節等穿刺又は針生検　200点

Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検（片側）
1　併用法　5,000点
2　単独法　3,000点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、１については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、２については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｄ４１０　乳腺穿刺又は針生検（片側）
1　生検針によるもの　650点
2　その他　200点

Ｄ４１１　甲状腺穿刺又は針生検　150点

Ｄ４１２　経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）　1,600点

Ｄ４１３　前立腺針生検法　1,400点

Ｄ４１４　内視鏡下生検法（１臓器につき）　310点

Ｄ４１４－２　超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）　4,800点

Ｄ４１５　経気管肺生検法　4,800点

注１　ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ＣＴ透視下に当該検査を行った場合は、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｄ４１５－２　超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）　5,500点

Ｄ４１５－３　経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）　5,500点

Ｄ４１６　臓器穿刺、組織採取

１　開胸によるもの　9,070点

２　開腹によるもの（腎を含む。）　5,550点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｄ４１７　組織試験採取、切採法

１　皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。）　500点

２　筋肉（心筋を除く。）　1,500点

３　骨、骨盤、脊椎　4,600点

４　眼

イ　後眼部　650点

ロ　その他（前眼部を含む。）　350点

５　耳　400点

６　鼻、副鼻腔　400点

７　口腔　400点

８　咽頭、喉頭　650点

９　甲状腺　650点

10　乳腺　650点

11　直腸　650点

12　精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）　400点

13　末梢神経　1,620点

14　心筋　6,000点

注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ４１８　子宮腟部等からの検体採取

１　子宮頸管粘液採取　40点

２　子宮腟部組織採取　200点

３　子宮内膜組織採取　370点

Ｄ４１９　その他の検体採取

１　胃液・十二指腸液採取（一連につき）　210点

２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）　180点

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　420点

５　副腎静脈サンプリング（一連につき）　4,800点

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

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

６　鼻腔・咽頭拭い液採取　５点

Ｄ４１９－２　眼内液（前房水・硝子体液）検査　1,000点

第５節　薬剤料

区分

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

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第６節　特定保険医療材料料

区分

Ｄ６００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第４部　画像診断

通則

１　画像診断の費用は、第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数により、又は第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、１日につき110点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算１として、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。

５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。

６　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２又はＥ２０３に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第４号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。

７　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に限る。）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第５号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定することができる。

第１節　エックス線診断料

通則

１　エックス線診断の費用は、区分番号Ｅ０００に掲げる透視診断若しくは区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断、区分番号Ｅ００２に掲げる撮影及び区分番号Ｅ００３に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。

２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第１の診断については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の各所定点数により、第２の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　同一の部位につき、同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の２及び４並びに区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の２及び４並びに注４及び注５に掲げる場合を除き、第１枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各所定点数により、第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

４　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。

イ　単純撮影の場合　57点

ロ　特殊撮影の場合　58点

ハ　造影剤使用撮影の場合　66点

ニ　乳房撮影の場合　54点

５　特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号Ｅ００４に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

区分

Ｅ０００　透視診断　110点

Ｅ００１　写真診断

１　単純撮影

イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎　85点

ロ　その他　43点

２　特殊撮影（一連につき）　96点

３　造影剤使用撮影　72点

４　乳房撮影（一連につき）　306点

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

Ｅ００２　撮影

１　単純撮影

イ　アナログ撮影　60点

ロ　デジタル撮影　68点

２　特殊撮影（一連につき）

イ　アナログ撮影　260点

ロ　デジタル撮影　270点

３　造影剤使用撮影

イ　アナログ撮影　144点

ロ　デジタル撮影　154点

４　乳房撮影（一連につき）

イ　アナログ撮影　192点

ロ　デジタル撮影　202点

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

２　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

３　造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。

４　造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号Ｄ２０６に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。

５　造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピーの所定点数（加算を含む。）により算定する。

Ｅ００３　造影剤注入手技

１　点滴注射　区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の所定点数

２　動脈注射　区分番号Ｇ００２に掲げる動脈注射の所定点数

３　動脈造影カテーテル法

イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点

注１　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

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

ロ　イ以外の場合　1,180点

注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

４　静脈造影カテーテル法　3,600点

５　内視鏡下の造影剤注入

イ　気管支ファイバースコピー挿入　区分番号Ｄ３０２に掲げる気管支ファイバースコピーの所定点数

ロ　尿管カテーテル法（両側）　区分番号Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法の所定点数

６　腔内注入及び穿刺注入

イ　注腸　300点

ロ　その他のもの　120点

７　嚥下造影　240点

Ｅ００４　基本的エックス線診断料（１日につき）

１　入院の日から起算して４週間以内の期間　55点

２　入院の日から起算して４週間を超えた期間　40点

注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。

２　次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ　区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）

ロ　区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２節　核医学診断料

通則

１　同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号Ｄ２９２に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号Ｄ２９３に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

２　核医学診断の費用は、区分番号Ｅ１００からＥ１０１－５までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号Ｅ１０２に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。

３　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。

区分

Ｅ１００　シンチグラム（画像を伴うもの）

１　部分（静態）（一連につき）　1,300点

２　部分（動態）（一連につき）　1,800点

３　全身（一連につき）　2,200点

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

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

３　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

４　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

Ｅ１０１　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）　1,800点

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

２　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

３　負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

４　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

１　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000点

２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500点

３　^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　9,000点

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

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　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625点

２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625点

注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

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。

Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）　9,160点

注１　[18]ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
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。

Ｅ１０１－５　乳房用ポジトロン断層撮影　4,000点

注１　[18]ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
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

1　区分番号Ｅ１０１－２に掲げるポジトロン断層撮影、Ｅ１０１－３に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、Ｅ１０１－４に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びＥ１０１－５に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合　450点
2　1以外の場合　370点

注　行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

通則

1　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号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おいては、電子画像管理加算として、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。
4　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号Ｅ２００から区分番号Ｅ２０２までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

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　64列以上のマルチスライス型の機器による場合
⑴　共同利用施設において行われる場合　1,020点

⑵　その他の場合　1,000点
ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点
ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点
ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560点
２　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300点
注１　ＣＴ撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
２　ＣＴ撮影及び脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合にあっては、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、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号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、600点を所定点数に加算する。
５　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号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　ＣＴ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身ＣＴ加算として、800点を所定点数に加算する。
７　ＣＴ撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号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。
８　ＣＴ撮影のイの⑴については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
Ｅ２０１　非放射性キセノン脳血流動態検査　2,000点
注　非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）
１　３テスラ以上の機器による場合
イ　共同利用施設において行われる場合　1,620点
ロ　その他の場合　1,600点
２　1.5テスラ以上３テスラ未満の機器による場合　1,330点
３　１又は２以外の場合　900点
注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
２　１、２及び３を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
３　ＭＲＩ撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250点を所定点数に加算する。この場合におい

て、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

4　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のＭＲＩ撮影を行った場合は、心臓ＭＲＩ撮影加算として、400点を所定点数に加算する。

5　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のＭＲＩ撮影を行った場合は、乳房ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

6　１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

7　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、１回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。

8　１について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のＭＲＩ撮影を行った場合は、頭部ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｅ２０３　コンピューター断層診断　450点

注　コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

第４節　薬剤料

区分

Ｅ３００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　特定保険医療材料料

区分

Ｅ４００　フィルム　材料価格を10円で除して得た点数

注１　６歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2　使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

Ｅ４０１　特定保険医療材料（フィルムを除く。）　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５部　投薬

通則

１　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第５節の所定点数のみにより算定する。

２　投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第４節の所定点数により算定する。

３　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節　調剤料

区分

Ｆ０００　調剤料

１　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　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、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、１に係る場合には１処方につき１点を、２に係る場合には１日につき１点を、それぞれ所定点数に加算する。

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　18点

２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　29点

３　１及び２以外の場合　42点

注１　入院中の患者以外の患者に対する１回の処方について算定する。

２　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、１処方につき１点を所定点数に加算する。

３　入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、１処方に

つき３点を所定点数に加算する。

5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。

6　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき70点を所定点数に加算する。

8　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

10　抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号Ｆ４００において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月１回に限り、１処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号Ａ２５０に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第３節　薬剤料

区分

Ｆ２００　薬剤　薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は１点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに１点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	１剤１日分
屯服薬	１回分
外用薬	１調剤

注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った

場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

２　１処方につき３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

３　注２以外の場合であって、１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

４　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

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

６　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分		
Ｆ３００	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数

注　支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　処方箋料

区分		
Ｆ４００	処方箋料	
	１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合	28点
	２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合	40点
	３　１及び２以外の場合	68点

注１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付１回につき算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣

が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

３　３歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付１回につき３点を所定点数に加算する。

４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、処方箋の交付１回につき70点を所定点数に加算する。

７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　６点

ロ　一般名処方加算２　４点

８　抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月１回に限り、１処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号Ａ２５０に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第６節　調剤技術基本料

区分

Ｆ５００　調剤技術基本料

１　入院中の患者に投薬を行った場合　42点

２　その他の患者に投薬を行った場合　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（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。

２　同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を２回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月１回に限り算定する。

３　１において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第６部　注射

通則

１　注射の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前２号により算定した点数に15点を加算する。

４　精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前３号により算定した点数に１日につき80点を加算する。

５　注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に５点を加算する。

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ　外来化学療法加算１

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　820点

②　15歳以上　600点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　670点

②　15歳以上　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　740点

②　15歳以上　470点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　640点

②　15歳以上　370点

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

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）　20点

注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

２　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料

⑵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）　32点

注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵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　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）　165点

注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

Ｇ００３－２　削除

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（１日につき）　165点

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）　98点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）97点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点

注１　点滴に係る管理に要する費用を含む。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

３　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵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。

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、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の費用は算定しない。

３　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

５　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数

に加算する。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入　1,400点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－４　カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入　2,500点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵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。

３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００７　腱鞘内注射　27点

Ｇ００８　骨髄内注射

１　胸骨　80点

２　その他　90点

Ｇ００９　脳脊髄腔注射

１　脳室　300点

２　後頭下　220点

３　腰椎　140点

注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。

Ｇ０１０　関節腔内注射　80点

Ｇ０１０－２　滑液嚢穿刺後の注入　80点

Ｇ０１１　気管内注入　100点

Ｇ０１２　結膜下注射　27点

Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射　27点

Ｇ０１３　角膜内注射　35点

Ｇ０１４　球後注射　60点

Ｇ０１５　テノン氏嚢内注射　60点

Ｇ０１６　硝子体内注射　580点

Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点

第２款　無菌製剤処理料

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１　無菌製剤処理料１（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点

ロ　イ以外の場合　45点

２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があ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については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

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、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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分１つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者１人につき１日６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日９単位）に限り算定できるものとする。

５　区分番号Ｊ１１７に掲げる鋼線等による直達牽引（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に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

６　区分番号Ｂ００１の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。

７　リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

１　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　205点

２　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　125点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、

手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　245点

２　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　200点

３　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　100点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　147点

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　120点

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　60点

５　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

６　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、

過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料

１　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　180点

２　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　146点

３　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　77点

注１　別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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

イ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　108点

ロ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　88点

ハ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　46点

５　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

６　注１本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

１　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　185点

２　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　170点

３　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　85点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度

として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　111点
ロ　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　102点
ハ　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　51点

5　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

6　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

1　呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　175点
2　呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　85点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対

してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

１　リハビリテーション総合計画評価料１　300点

２　リハビリテーション総合計画評価料２　240点

注１　１について、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。

２　２について、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。

３　当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中１回に限り、150点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｈ００３－３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以

外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

Ｈ００３－３　リハビリテーション計画提供料

１　リハビリテーション計画提供料１　275点

２　リハビリテーション計画提供料２　100点

注１　１について、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

２　２について、退院時に区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に１回に限り算定する。

３　１について、区分番号Ｂ００５－１－３に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者１人につき１回に限り算定する。

４　１について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、５点を所定点数に加算する。

Ｈ００３－４　目標設定等支援・管理料

１　初回の場合　250点

２　２回目以降の場合　100点

注　区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき）

１　30分以上の場合　185点

２　30分未満の場合　130点

注１　１については、摂食機能障害を有する患者に対して、１月に４回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者については、１日につき算定できる。

２　２については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、１日につき算定できる。

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

イ　経口摂取回復促進加算１　185点

ロ　経口摂取回復促進加算２　20点

Ｈ００５　視能訓練（１日につき）

１　斜視視能訓練　135点
２　弱視視能訓練　135点
Ｈ００６　難病患者リハビリテーション料（１日につき）　640点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。
２　医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して３月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　退院日から起算して１月以内の期間に行われた場合　280点
ロ　退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われた場合　140点
Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料（１単位）
１　６歳未満の患者の場合　225点
２　６歳以上18歳未満の患者の場合　195点
３　18歳以上の患者の場合　155点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。
Ｈ００７－２　がん患者リハビリテーション料（１単位）　205点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。
Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料（１日につき）　240点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して１年を限度として、週３回に限り算定する。
Ｈ００７－４　リンパ浮腫複合的治療料
１　重症の場合　200点
２　１以外の場合　100点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者１人１日につき１回算定する。
２　１の場合は月１回（当該治療を開始した日の属する月から起算して２月以内は計11回）に限り、２の場合は６月に１回に限り、それぞれ所定点数を算定する。
Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料（１単位）　50点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者１人につき１日３単位まで算定する。
第２節　薬剤料
区分

Ｈ１００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第８部　精神科専門療法

通則

１　精神科専門療法の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜（ぼう）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

Ｉ０００　精神科電気痙攣（けいれん）療法

１　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　2,800点

２　１以外の場合　150点

注１　１日に１回に限り算定する。

２　１については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

３　１については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。

Ｉ００１　入院精神療法（１回につき）

１　入院精神療法⑴　400点

２　入院精神療法⑵

イ　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合　150点

ロ　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　80点

注１　１については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して３月を限度として週３回に限り算定する。

２　２については、入院中の患者について、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合は週２回を、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合は週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週２回に限り算定する。

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　精神保健福祉法第29条又は第29条の２の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合　660点

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合　540点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　30分以上の場合　400点

⑵　30分未満の場合　330点

２　在宅精神療法

イ　精神保健福祉法第29条又は第29条の２の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合　660点

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合　600点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合　540点

⑵　30分以上60分未満の場合　400点

⑶　30分未満の場合　330点

注１　入院中の患者以外の患者について、退院後４週間以内の期間に行われる場合にあっては１と２を合わせて週２回、その他の場合にあっては１と２を合わせて週１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

２　通院・在宅精神療法は、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Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、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（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

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

ロ　20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,200点

５　１のハの⑴並びに２のハの⑴及び⑵については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ００２－２に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。

６　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

７　１のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に１回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、３月に１回に限り275点を所定点数に加算する。

Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料（１日につき）　55点

注１　入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者１人につき１日に１回に限り算定する。

２　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。

３　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境

を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。

4　抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法の注５に規定する加算を算定する月は、算定しない。

5　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（注２に規定する場合を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

6　他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００２－３　救急患者精神科継続支援料

1　入院中の患者　435点

2　入院中の患者以外　135点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。

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

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

Ｉ００３　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。

Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法（１日につき）

1　医師による場合　480点

2　医師及び看護師が共同して行う場合　350点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

2　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

3　診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

4　認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００４　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Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

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っては週２回、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回に限り算定する。

４　入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回、初診日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回に限り算定する。

５　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。

Ｉ００５　入院集団精神療法（１日につき）　100点

注１　入院中の患者について、入院の日から起算して６月を限度として週２回に限り算定する。

２　入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００６　通院集団精神療法（１日につき）　270点

注１　入院中の患者以外の患者について、６月を限度として週２回に限り算定する。

２　通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００６－２　依存症集団療法（１回につき）　340点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して６月を限度として、週１回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して６月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計24回に限り算定できる。

２　依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００７　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。

Ｉ００８　入院生活技能訓練療法

１　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合　100点

２　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　75点

注１　入院中の患者について、週１回に限り算定する。

２　入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア（１日につき）

１　小規模なもの　275点

２　大規模なもの　330点

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

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

３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。

５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの

（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

6　精神科ショート・ケアを算定した場合は、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、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

7　１については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して５月を限度として、週１回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計20回に限り算定できる。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア（１日につき）

１　小規模なもの　590点

２　大規模なもの　700点

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

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

3　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

4　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

5　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

6　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

7　精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア（１日につき）　540点

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

2　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算

定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

3　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

5　精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）　1,000点

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

2　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

3　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

5　当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。

6　精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１１　精神科退院指導料　320点

注１　入院期間が１月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

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

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料　380点

注１　入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中３回（入院期間が

６月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中６回）に限り算定する。

２　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。

３　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

１　精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)

イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

⑴　週３日目まで　30分以上の場合　580点

⑵　週３日目まで　30分未満の場合　445点

⑶　週４日目以降　30分以上の場合　680点

⑷　週４日目以降　30分未満の場合　530点

ロ　准看護師による場合

⑴　週３日目まで　30分以上の場合　530点

⑵　週３日目まで　30分未満の場合　405点

⑶　週４日目以降　30分以上の場合　630点

⑷　週４日目以降　30分未満の場合　490点

２　削除

３　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)

イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

⑴　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　580点

②　週３日目まで　30分未満の場合　445点

③　週４日目以降　30分以上の場合　680点

④　週４日目以降　30分未満の場合　530点

⑵　同一日に３人以上

①　週３日目まで　30分以上の場合　293点

②　週３日目まで　30分未満の場合　225点

③　週４日目以降　30分以上の場合　343点

④　週４日目以降　30分未満の場合　268点

ロ　准看護師による場合

⑴　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　530点

②　週３日目まで　30分未満の場合　405点

③　週４日目以降　30分以上の場合　630点

④　週４日目以降　30分未満の場合　490点

⑵　同一日に３人以上

①　週３日目まで　30分以上の場合　268点

②　週３日目まで　30分未満の場合　205点

③　週４日目以降　30分以上の場合　318点

④　週４日目以降　30分未満の場合　248点

注１　１については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜（ぼう）する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わ

せて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から７日以内の期間については、１日につき１回に限り算定することができる。

２　３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜（ぼう）する保険医療機関の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料⑴、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り、患者１人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から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。

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

４　注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度とする。

イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

⑴　１日に１回の場合　450点

⑵　１日に２回の場合　900点

⑶　１日に３回以上の場合　1,450点

ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

⑴　１日に１回の場合　380点

⑵　１日に２回の場合　760点

⑶　１日に３回以上の場合　1,240点

ハ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　300点

５　注１及び注２に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。

６　注１及び注２に規定する場合であって、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

７　注１及び注２に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保

険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。

８　精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号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。

９　精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

10　区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）又は２を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

11　別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

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

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

ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料　300点

注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

３　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。

４　精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点

２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点

注１　１については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な

指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料　300点

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

Ｉ０１５　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、50点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。

４　重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。

Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料（月１回）

１　精神科在宅患者支援管理料１

イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　3,000点

⑵　単一建物診療患者２人以上　2,250点

ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　2,500点

⑵　単一建物診療患者２人以上　1,875点

ハ　イ及びロ以外の患者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　2,030点

⑵　単一建物診療患者２人以上　1,248点

２　精神科在宅患者支援管理料２

イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　2,467点

⑵　単一建物診療患者２人以上　1,850点

ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　2,056点

⑵　単一建物診療患者２人以上　1,542点

注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族

の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、イについては、６月を限度として算定する。

２　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、イについては、６月を限度として算定する。

３　精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００７－２に掲げる退院後訪問指導料、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料、区分番号Ｃ０１０に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する３月は算定できない。

５　精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

第２節　薬剤料

区分

Ｉ１００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第９部　処置

通則

１　処置の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節、第３節又は第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、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　緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）

⑴　休日加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

６　対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

１	100平方センチメートル未満	52点
２	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点
３	500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	90点
４	3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満	160点
５	6,000平方センチメートル以上	275点

注１　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

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

３　５については、６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算す

る。

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　270点
４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　504点
５　6,000平方センチメートル以上　1,500点

注１　初回の処置を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号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。
４　４及び５については、６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ００１－２　絆創膏固定術　500点
Ｊ００１－３　鎖骨又は肋骨骨折固定術　500点
Ｊ００１－４　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。

Ｊ００１－５　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。

Ｊ００１－６　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。）
⑴　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満
⑵　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
⑴　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満
⑵　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。

Ｊ００１－７　爪甲除去（麻酔を要しないもの）　60点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ００１－８　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。

Ｊ００１－９　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（１日につき）　45点

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）

１　持続的吸引を行うもの　50点

２　その他のもの　25点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

１　100平方センチメートル未満　1,040点

２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点

３　200平方センチメートル以上　1,100点

注　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

Ｊ００３－２　局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき）

１　100平方センチメートル未満　240点

２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　270点

３　200平方センチメートル以上　330点

注　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

Ｊ００４　流注膿瘍穿刺　190点

Ｊ００５　脳室穿刺　600点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００６　後頭下穿刺　300点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺　264点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００７－２　硬膜外自家血注入　800点

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

２　硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ００８　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）　220点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００９　削除

Ｊ０１０　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）　230点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１０－２　経皮的肝膿瘍等穿刺術　1,450点

Ｊ０１１　骨髄穿刺

１　胸骨　310点

２　その他　330点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺　280点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１３　ダグラス窩穿刺　240点

Ｊ０１４　乳腺穿刺　200点

Ｊ０１５　甲状腺穿刺　150点

Ｊ０１６　リンパ節等穿刺　200点

Ｊ０１７　エタノールの局所注入　1,200点

注　甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入　1,020点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０１８　喀痰吸引（１日につき）　48点

注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。

３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。

Ｊ０１８－２　内視鏡下気管支分泌物吸引（１日につき）　120点

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）　48点

注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。

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

Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ（開始日）　660点

注１　持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１回に限り算定する。

２　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１９－２　削除

Ｊ０２０　胃持続ドレナージ（開始日）　50点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０２１　持続的腹腔ドレナージ（開始日）　550点

注１　持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１回に限り算定する。

２　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸　65点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０２２－２　摘便　100点

Ｊ０２２－３　腰椎麻酔下直腸内異物除去　45点

Ｊ０２２－４　腸内ガス排気処置（開腹手術後）　45点

Ｊ０２２－５　持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）　50点

Ｊ０２３　気管支カテーテル薬液注入法　120点

Ｊ０２４　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Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法（１日につき）　65点

Ｊ０２５　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Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

Ｊ０２６　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Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法（１日につき）　160点

注１　鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－３　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Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

Ｊ０２６－４　ハイフローセラピー（１日につき）

１　15歳未満の患者の場合　282点

２　15歳以上の患者の場合　192点

Ｊ０２７　高気圧酸素治療（１日につき）

１　減圧症又は空気塞栓に対するもの　5,000点

２　その他のもの　3,000点

注　１については、高気圧酸素治療の実施時間が５時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

Ｊ０２８　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。

Ｊ０２９　鉄の肺（１日につき）　260点

Ｊ０２９－２　減圧タンク療法　260点

Ｊ０３０　食道ブジー法　120点

Ｊ０３１　直腸ブジー法　120点

Ｊ０３２　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）　150点

Ｊ０３３　削除

Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法　610点

Ｊ０３４－２　経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術　180点

Ｊ０３４－３　内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）　5,360点

Ｊ０３５　削除

Ｊ０３６　非還納性ヘルニア徒手整復法　290点

注　新生児又は３歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。

Ｊ０３７　痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）　290点

Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）

１　慢性維持透析を行った場合１

イ　４時間未満の場合　1,980点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,140点
ハ　５時間以上の場合　2,275点
２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,940点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,100点
ハ　５時間以上の場合　2,230点
３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　1,900点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,055点
ハ　５時間以上の場合　2,185点
４　その他の場合　1,580点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　導入期加算１　300点
ロ　導入期加算２　400点

３　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき140点を加算する。

４　カニュ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）に限り算定する。

６　１から３までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める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。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月１回に限り所定点数に100点を加算する。

11　通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、６時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、１回につき150点を加算する。

12　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

13　１から３までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している

ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過（１日につき）　1,990点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。

２　著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき120点を加算する。

３　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

４　区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて１月に14回に限り算定する。ただし、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の注８に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。

Ｊ０３９　血漿交換療法（１日につき）　4,200点

注　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

Ｊ０４０　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。

Ｊ０４１　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。

Ｊ０４１－２　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。

Ｊ０４２　腹膜灌流（１日につき）

１　連続携行式腹膜灌流　330点

注１　導入期の14日の間に限り、導入期加算として、１日につき500点を加算する。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注１の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ１日につき1,100点又は550点を加算する。

３　区分番号Ｃ１０２に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週１回に限り、算定する。

２　その他の腹膜灌流　1,100点

Ｊ０４３　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

Ｊ０４３－２　瀉血療法　250点

Ｊ０４３－３　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。

３　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４３－４　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　200点

注　区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ０００に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０４３－５　尿路ストーマカテーテル交換法　100点

注１　区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ０００に掲げる創傷処理、区分番号Ｊ０４３－３に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４３－６　人工膵臓療法（１日につき）　3,500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、３日を限度として算定する。

（救急処置）

Ｊ０４４　救命のための気管内挿管　500点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）　400点

Ｊ０４５　人工呼吸

１　30分までの場合　242点

２　30分を超えて５時間までの場合　242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点

注１　使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。

Ｊ０４５－２　一酸化窒素吸入療法（１日につき）

１　新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合　1,680点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が１時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が１時間を超える場合は、900点に吸入時間が１時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。

２　その他の場合　1,680点

注　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が１時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が１時間を超える場合は、900点に吸入時間が１時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。

Ｊ０４６　非開胸的心マッサージ

１　30分までの場合　250点

２　30分を超えた場合　250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数

Ｊ０４７　カウンターショック（１日につき）

１　非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合　2,500点

２　その他の場合　3,500点

Ｊ０４７－２　心腔内除細動　3,500点

Ｊ０４８　心膜穿刺　500点

Ｊ０４９　食道圧迫止血チューブ挿入法　3,240点

Ｊ０５０　気管内洗浄（１日につき）　280点

注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

２　気管内洗浄と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０５１　胃洗浄　250点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０５２　ショックパンツ（１日につき）　150点

注　２日目以降については、所定点数にかかわらず１日につき50点を算定する。

Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法（１日につき）　1,740点

注　広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。

（皮膚科処置）

Ｊ０５３　皮膚科軟膏処置

１　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　55点

２　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　85点

３　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　155点

４　6,000平方センチメートル以上　270点

注１　100平方センチメートル未満の場合は、第１章基本診療料に含まれ、算定できない。

２　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。

Ｊ０５４　皮膚科光線療法（１日につき）

１　赤外線又は紫外線療法　45点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

２　長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上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）　340点

Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法（一連につき）

１　色素レーザー照射療法　2,170点

注　照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。

２　Ｑスイッチ付レーザー照射療法

イ　４平方センチメートル未満　2,000点

ロ　４平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点

ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点

ニ　64平方センチメートル以上　3,950点

注　３歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。

Ｊ０５５　いぼ焼灼法

１　３箇所以下　210点

２　４箇所以上　260点

Ｊ０５５－２　イオントフォレーゼ　220点

Ｊ０５５－３　臍肉芽腫切除術　220点

Ｊ０５６　いぼ等冷凍凝固法

１　３箇所以下　210点

２　４箇所以上　270点

Ｊ０５７　軟属腫摘除

１　10箇所未満　120点

２　10箇所以上30箇所未満　220点

３　30箇所以上　350点

Ｊ０５７－２　面皰圧出法　49点

Ｊ０５７－３　鶏眼・胼胝処置　170点

注　月２回に限り算定する。

Ｊ０５７－４　稗粒腫摘除
　　１　10箇所未満　74点
　　２　10箇所以上　148点
（泌尿器科処置）
Ｊ０５８　膀胱穿刺　80点
Ｊ０５９　陰嚢水腫穿刺　80点
Ｊ０５９－２　血腫、膿腫穿刺　80点
Ｊ０６０　膀胱洗浄（１日につき）　60点
　注１　薬液注入、膀胱洗浄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浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。
　　２　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。
Ｊ０６０－２　後部尿道洗浄（ウルツマン）（１日につき）　60点
Ｊ０６１　腎盂洗浄（片側）　60点
Ｊ０６２　腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）　1,290点
　注　ファイバースコープによって行った場合に算定する。
Ｊ０６３　留置カテーテル設置　40点
　注１　膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。
　　２　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。
Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）　40点
　注　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。
Ｊ０６５　間歇的導尿（１日につき）　150点
Ｊ０６６　尿道拡張法　216点
Ｊ０６６－２　タイダール自動膀胱洗浄（１日につき）　180点
Ｊ０６７　誘導ブジー法　216点
Ｊ０６８　嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）　290点
Ｊ０６９　前立腺液圧出法　50点
Ｊ０７０　前立腺冷温熕　50点
Ｊ０７０－２　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。
Ｊ０７０－３　冷却痔処置（１日につき）　50点
Ｊ０７０－４　磁気による膀胱等刺激法　70点
　注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
（産婦人科処置）
Ｊ０７１　羊水穿刺（羊水過多症の場合）　144点
Ｊ０７２　腟洗浄（熱性洗浄を含む。）　47点
　注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
Ｊ０７３　子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）　47点
Ｊ０７４　卵管内薬液注入法　60点
Ｊ０７５　陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法　408点
Ｊ０７６　子宮頸管内への薬物挿入法　45点
Ｊ０７７　子宮出血止血法

１　分娩時のもの　624点
２　分娩外のもの　45点
Ｊ０７８　子宮腟部薬物焼灼法　100点
Ｊ０７９　子宮腟部焼灼法　180点
Ｊ０８０　子宮頸管拡張及び分娩誘発法
１　ラミナリア　120点
２　コルポイリンテル　120点
３　金属拡張器（ヘガール等）　180点
４　メトロイリンテル　340点
Ｊ０８１　分娩時鈍性頸管拡張法　456点
Ｊ０８２　子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）　290点
Ｊ０８２－２　薬物放出子宮内システム処置
１　挿入術　240点
２　除去術　150点
Ｊ０８３　妊娠子宮嵌頓非観血的整復法　290点
Ｊ０８４　胎盤圧出法　45点
Ｊ０８５　クリステル胎児圧出法　45点
Ｊ０８５－２　人工羊水注入法　720点
（眼科処置）
Ｊ０８６　眼処置　25点
注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　点眼又は洗眼については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。
Ｊ０８６－２　義眼処置　25点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
Ｊ０８７　前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）　180点
注　顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。
Ｊ０８８　霰粒腫の穿刺　45点
Ｊ０８９　睫毛抜去
１　少数の場合　25点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　多数の場合　45点
注１　上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても１回の算定とする。
２　１日に１回に限り算定する。
Ｊ０９０　結膜異物除去（１眼瞼ごと）　100点
Ｊ０９１　鼻涙管ブジー法　45点
Ｊ０９１－２　鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄　45点
Ｊ０９２　涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）　45点
Ｊ０９３　強膜マッサージ　150点
Ｊ０９４　削除
（耳鼻咽喉科処置）
Ｊ０９５　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）　25点
注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。
Ｊ０９５－２　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。
Ｊ０９６　耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）
１　カテーテルによる耳管通気法（片側）　30点
２　ポリッツェル球による耳管通気法　20点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ０９７　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Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても12点とする。

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。

Ｊ０９７－２　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。

Ｊ０９８　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Ｊ０９７に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても12点とする。

Ｊ０９８－２　扁桃処置　40点

Ｊ０９９　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。

Ｊ１００　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Ｊ０９７－２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。

Ｊ１０１　鼓室穿刺（片側）　50点

Ｊ１０２　上顎洞穿刺（片側）　60点

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）　180点

Ｊ１０４　唾液腺管洗浄（片側）　60点

Ｊ１０５　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

Ｊ１０６及びＪ１０７　削除

Ｊ１０８　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

Ｊ１０９　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）　440点

Ｊ１１０　削除

Ｊ１１１　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

Ｊ１１２　唾液腺管ブジー法（片側）　45点

Ｊ１１３　耳垢栓塞除去（複雑なもの）

１　片側　100点

２　両側　180点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ１１４　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。

Ｊ１１５　超音波ネブライザー（１日につき）　24点

Ｊ１１５－２　排痰誘発法（１日につき）　44点

（整形外科的処置）

Ｊ１１６　関節穿刺（片側）　100点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ１１６－２　粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）　80点

Ｊ１１６－３　ガングリオン穿刺術　80点

Ｊ１１６－４　ガングリオン圧砕法　80点

Ｊ１１６－５　酵素注射療法　2,490点

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所を１日につき）　50点

注１　３歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。

２　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８　介達牽引（１日につき）　35点

注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－２　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。

Ｊ１１８－３　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。

Ｊ１１８－４　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　900点

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

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

３　導入期５週間に限り、１日につき2,000点を９回に限り加算する。

Ｊ１１９　消炎鎮痛等処置（１日につき）

１　マッサージ等の手技による療法　35点

２　器具等による療法　35点

３　湿布処置　35点

注１　１から３までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。

２　同一の患者につき同一日において、１から３までの療法のうち２以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。

３　３については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。

４　区分番号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消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定（１日につき）　35点

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射（１日につき）　35点

Ｊ１１９－４　肛門処置（１日につき）　24点

（栄養処置）

Ｊ１２０　鼻腔栄養（１日につき）　60点

注１　区分番号Ｃ１０５に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０５－２に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０５－３に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

２　間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。

Ｊ１２１　滋養浣腸　45点

（ギプス）

通則

１　既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分

の20に相当する点数を算定する。

２　区分番号Ｊ１２３からＪ１２８までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。

３　６歳未満の乳幼児に対して区分番号Ｊ１２２からＪ１２９－４までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ１２２	四肢ギプス包帯	
	１　鼻ギプス	310点
	２　手指及び手、足（片側）	490点
	３　半肢（片側）	780点
	４　内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点
	５　上肢、下肢（片側）	1,200点
	６　体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,840点
Ｊ１２３	体幹ギプス包帯	1,500点
Ｊ１２４	鎖骨ギプス包帯（片側）	1,250点
Ｊ１２５	ギプスベッド	1,400点
Ｊ１２６	斜頸矯正ギプス包帯	1,670点
Ｊ１２７	先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,400点
Ｊ１２８	脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,440点
Ｊ１２９	治療装具の採型ギプス	
	１　義肢装具採型法（１肢につき）	200点
	２　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）	700点
	３　体幹硬性装具採型法	700点
	４　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき）	1,050点
Ｊ１２９－２	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
Ｊ１２９－３	義肢装具採寸法（１肢につき）	200点
Ｊ１２９－４	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		
Ｊ２００	腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）	170点
Ｊ２０１	酸素加算	

注１　区分番号Ｊ０２４からＪ０２８まで及びＪ０４５に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

２　酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　薬剤料

区分		
Ｊ３００	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		
Ｊ４００	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（せん）・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。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０５９の３のイ、Ｋ０５９の４、Ｋ１３３－２、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６、Ｋ１９０－７、Ｋ２５４の１、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の５、Ｋ２６８の６、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３からＫ６０４－２まで、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５６－２、Ｋ６６４－３、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７５４－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－５まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２３－５、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ９１０－２及びＫ９１０－３に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２及びＫ６３６－２に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７６－２、Ｋ０７９、Ｋ０７９－

２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６４５、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７７９－３、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則４に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6　区分番号Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３５、Ｋ５８３、Ｋ５８６の３、Ｋ５８７、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５、Ｋ７５１の３及び４、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６並びにＫ７７３に掲げる手術（１歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7　区分番号Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５７２まで、Ｋ５７３の２、Ｋ５７４からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１６の１、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２６、Ｋ７２６－２、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７５、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して手術（区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、乳幼児加算又は幼児加算として、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

9　区分番号Ｋ２９３、Ｋ２９４、Ｋ３１４、Ｋ３４３、Ｋ３７４、Ｋ３７６、Ｋ３９４、Ｋ４１０、Ｋ４１２、Ｋ４１５、Ｋ４２２、Ｋ４２４、Ｋ４２５、Ｋ４３９、Ｋ４４２の２及び３、Ｋ４５５、Ｋ４５８、Ｋ４６３並びにＫ４６３－２に掲げる手術については、区分番号Ｋ４６９に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。

11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県

知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、Ｂ型肝炎感染患者（ＨＢｓ又はＨＢｅ抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号Ｌ００２に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号Ｌ００４に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。

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

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

⑴　休日加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

13　対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。

14　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの)、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10部第１節第８款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

15　手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を中途で中絶しなければならない場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

16　区分番号Ｋ６６４に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

17　歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。

18　Ｋ５０４－２、Ｋ５１３－２、Ｋ５１４－２の３、Ｋ５２９－２、Ｋ５５４－２、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７－２、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８７７－２及びＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準

に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

Ｋ０００　創傷処理

１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）　1,250点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,680点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）　8,600点

ロ　その他のもの　2,400点

４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）　470点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　850点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,320点

注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

２　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

３　汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を加算する。

Ｋ０００－２　小児創傷処理（６歳未満）

１　筋肉、臓器に達するもの（長径２．５センチメートル未満）　1,250点

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

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,220点

４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,430点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）　450点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　500点

７　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　950点

８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,740点

注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

２　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

３　汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を加算する。

Ｋ００１　皮膚切開術

１　長径10センチメートル未満　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

Ｋ００２　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　3,580点

３　3,000平方センチメートル以上　10,030点

注１　熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、５回に限り算定する。

２　注１の場合を除き、当初の１回に限り算定する。

３　骨、腱(けん)又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の１回に限り、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。

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

Ｋ００３　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）

１　長径３センチメートル未満　3,480点

２　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　9,180点

３　長径６センチメートル以上　17,810点

Ｋ００４　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）

１　長径３センチメートル未満　2,110点

２　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　4,070点

３　長径６センチメートル以上　11,370点

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

１　長径２センチメートル未満　1,660点

２　長径２センチメートル以上４センチメートル未満　3,670点

３　長径４センチメートル以上　4,360点

Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）

１　長径３センチメートル未満　1,280点

２　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　3,230点

３　長径６センチメートル以上12センチメートル未満　4,160点

４　長径12センチメートル以上　8,320点

Ｋ００６－２　鶏眼・胼胝(べんち)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(べんち)切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）

１　長径３センチメートル未満　1,280点

２　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　3,230点

３　長径６センチメートル以上　4,160点

Ｋ００６－４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）

１　長径３センチメートル未満の良性皮膚腫瘍　1,280点

２　長径３センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍　2,050点

３　長径３センチメートル以上６センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍　3,230点

４　長径６センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍　4,160点

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

１　広汎切除　28,210点

２　単純切除　11,000点

注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　10,000点

Ｋ００８　腋(えき)臭症手術

１　皮弁法　6,870点

２　皮膚有毛部切除術　3,000点

３　その他のもの　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　9,610点

４　200平方センチメートル以上　13,640点

Ｋ０１０　瘢痕拘縮形成手術

１　顔面　12,660点

２　その他　8,060点

Ｋ０１１　顔面神経麻痺形成手術

１　静的なもの　19,110点

２　動的なもの　64,350点

Ｋ０１２　削除

Ｋ０１３　分層植皮術

１　25平方センチメートル未満　3,520点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点

３　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点

４　200平方センチメートル以上　25,820点

注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１３－２　全層植皮術

１　25平方センチメートル未満　10,000点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　12,500点

３　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　28,210点

４　200平方センチメートル以上　40,290点

注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術（生体・培養）　6,110点

注１　生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。

２　生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

Ｋ０１４－２　皮膚移植術（死体）

１　200平方センチメートル未満　8,000点

２　200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　16,000点

３　500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満　32,000点

４　1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　80,000点

５　3,000平方センチメートル以上　96,000点

Ｋ０１５　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

１　25平方センチメートル未満　4,510点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　13,720点

３　100平方センチメートル以上　22,310点

Ｋ０１６　動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術　41,120点

Ｋ０１７　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

１　乳房再建術の場合　87,880点

２　その他の場合　92,460点

Ｋ０１８　削除

Ｋ０１９　複合組織移植術　19,420点
Ｋ０２０　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　127,310点
Ｋ０２１　粘膜移植術
　１　４平方センチメートル未満　6,510点
　２　４平方センチメートル以上　7,820点
Ｋ０２１－２　粘膜弁手術
　１　４平方センチメートル未満　13,190点
　２　４平方センチメートル以上　13,460点
Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）
　１　乳房（再建手術）の場合　18,460点
　２　その他の場合　19,400点
Ｋ０２２－２　象皮病根治手術
　１　大腿　27,380点
　２　下腿　23,400点

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

区分

（筋膜、筋、腱、腱鞘）

Ｋ０２３　筋膜切離術、筋膜切開術　840点
Ｋ０２４　筋切離術　3,690点
Ｋ０２５　股関節内転筋切離術　5,290点
Ｋ０２６　股関節筋群解離術　12,140点
Ｋ０２６－２　股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）　16,700点
　注　変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
Ｋ０２７　筋炎手術
　１　腸腰筋、殿筋、大腿筋　2,060点
　２　その他の筋　1,210点
Ｋ０２８　腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）　2,050点
Ｋ０２９　筋肉内異物摘出術　2,840点
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術
　１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　7,390点
　２　手、足　3,750点
Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術
　１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　24,130点
　２　手、足　12,870点
Ｋ０３２　削除
Ｋ０３３　筋膜移植術
　１　指（手、足）　8,720点
　２　その他のもの　10,310点
Ｋ０３４　腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）　4,290点
Ｋ０３５　腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）　13,580点
Ｋ０３５－２　腱滑膜切除術　9,060点
Ｋ０３６　削除
Ｋ０３７　腱縫合術　13,580点
Ｋ０３７－２　アキレス腱断裂手術　8,710点
Ｋ０３８　腱延長術　10,750点
Ｋ０３９　腱移植術（人工腱形成術を含む。）
　１　指（手、足）　18,780点
　２　その他のもの　23,860点
Ｋ０４０　腱移行術

１　指（手、足）　15,570点
２　その他のもの　18,080点
Ｋ０４０－２　指伸筋腱脱臼観血的整復術　13,610点
Ｋ０４０－３　腓骨筋腱腱鞘形成術　18,080点
Ｋ０４１　削除
（四肢骨）
Ｋ０４２　骨穿孔術　1,730点
Ｋ０４３　骨掻爬術
１　肩甲骨、上腕、大腿　12,270点
２　前腕、下腿　8,040点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　3,590点
Ｋ０４３－２　削除
Ｋ０４３－３　削除
Ｋ０４４　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
Ｋ０４５　骨折経皮的鋼線刺入固定術
１　肩甲骨、上腕、大腿　7,060点
２　前腕、下腿　4,100点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　1,660点
Ｋ０４６　骨折観血的手術
１　肩甲骨、上腕、大腿　18,810点
２　前腕、下腿、手舟状骨　15,980点
３　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　11,370点
Ｋ０４６－２　観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）
１　肩甲骨、上腕、大腿　23,420点
２　前腕、下腿　18,800点
３　手、足、指（手、足）　13,120点
Ｋ０４６－３　一時的創外固定骨折治療術　34,000点
Ｋ０４７　難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）　12,500点
Ｋ０４７－２　難治性骨折超音波治療法（一連につき）　12,500点
Ｋ０４７－３　超音波骨折治療法（一連につき）　4,620点
注　骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術
１　頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）　12,100点
２　その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿　7,870点
３　前腕、下腿　5,200点
４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,620点
Ｋ０４９　骨部分切除術
１　肩甲骨、上腕、大腿　5,900点
２　前腕、下腿　4,410点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,280点
Ｋ０５０　腐骨摘出術
１　肩甲骨、上腕、大腿　15,570点
２　前腕、下腿　12,510点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　3,420点
Ｋ０５１　骨全摘術
１　肩甲骨、上腕、大腿　27,890点

２　前腕、下腿　15,570点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　5,160点

Ｋ０５１－２　中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）　5,160点

注　２本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ０５２　骨腫瘍切除術

１　肩甲骨、上腕、大腿　17,410点
２　前腕、下腿　9,370点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　4,340点

Ｋ０５２－２　削除

Ｋ０５２－３　削除

Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　32,550点
２　前腕、下腿　32,040点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　22,010点

Ｋ０５４　骨切り術

１　肩甲骨、上腕、大腿　28,210点
２　前腕、下腿　22,680点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　8,150点

注　先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０５５　削除

Ｋ０５５－２　大腿骨頭回転骨切り術　44,070点

Ｋ０５５－３　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術　37,570点

Ｋ０５６　偽関節手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　30,310点
２　前腕、下腿、手舟状骨　28,210点
３　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　15,570点

Ｋ０５６－２　難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）　48,820点

Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　34,400点
２　前腕、下腿　27,550点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　15,770点

注　上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０５８　骨長調整手術

１　骨端軟骨発育抑制術　16,340点
２　骨短縮術　15,200点
３　骨延長術（指（手、足））　16,390点
４　骨延長術（指（手、足）以外）　29,370点

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）

１　自家骨移植　16,830点
２　同種骨移植（生体）　28,660点
３　同種骨移植（非生体）
イ　同種骨移植（特殊なもの）　39,720点
ロ　その他の場合　21,050点
４　自家培養軟骨移植術　14,030点

注　骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ０５９－２　関節鏡下自家骨軟骨移植術　22,340点

（四肢関節、靭帯）

Ｋ０６０　関節切開術

１　肩、股、膝	3,600点
２　胸鎖、肘、手、足	1,280点
３　肩鎖、指（手、足）	680点

Ｋ０６０－２　肩甲関節周囲沈着石灰摘出術

１　観血的に行うもの	8,640点
２　関節鏡下で行うもの	12,720点

Ｋ０６０－３　化膿性又は結核性関節炎掻爬術

１　肩、股、膝	20,020点
２　胸鎖、肘、手、足	13,130点
３　肩鎖、指（手、足）	3,330点

Ｋ０６１　関節脱臼非観血的整復術

１　肩、股、膝	1,500点
２　胸鎖、肘、手、足	1,300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	28,210点
２　胸鎖、肘、手、足	18,810点
３　肩鎖、指（手、足）	15,080点

Ｋ０６４　先天性股関節脱臼観血的整復術　23,240点

Ｋ０６５　関節内異物（挿入物を含む。）除去術

１　肩、股、膝	12,540点
２　胸鎖、肘、手、足	4,600点
３　肩鎖、指（手、足）	2,950点

Ｋ０６５－２　関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術

１　肩、股、膝	13,950点
２　胸鎖、肘、手、足	12,300点
３　肩鎖、指（手、足）	7,930点

Ｋ０６６　関節滑膜切除術

１　肩、股、膝	17,750点
２　胸鎖、肘、手、足	11,200点
３　肩鎖、指（手、足）	7,930点

Ｋ０６６－２　関節鏡下関節滑膜切除術

１　肩、股、膝	17,610点
２　胸鎖、肘、手、足	17,030点
３　肩鎖、指（手、足）	16,060点

Ｋ０６６－３　滑液膜摘出術

１　肩、股、膝	17,750点
２　胸鎖、肘、手、足	11,200点
３　肩鎖、指（手、足）	7,930点

Ｋ０６６－４　関節鏡下滑液膜摘出術

１　肩、股、膝	17,610点
２　胸鎖、肘、手、足	17,030点
３　肩鎖、指（手、足）	16,060点

Ｋ０６６－５　膝蓋骨滑液嚢切除術　11,200点

Ｋ０６６－６　関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術　17,030点
Ｋ０６６－７　掌指関節滑膜切除術　7,930点
Ｋ０６６－８　関節鏡下掌指関節滑膜切除術　16,060点
Ｋ０６７　関節鼠摘出手術
　１　肩、股、膝　15,600点
　２　胸鎖、肘、手、足　10,580点
　３　肩鎖、指（手、足）　3,970点
Ｋ０６７－２　関節鏡下関節鼠摘出手術
　１　肩、股、膝　17,780点
　２　胸鎖、肘、手、足　19,100点
　３　肩鎖、指（手、足）　12,000点
Ｋ０６８　半月板切除術　9,200点
Ｋ０６８－２　関節鏡下半月板切除術　15,090点
Ｋ０６９　半月板縫合術　11,200点
Ｋ０６９－２　関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術　16,730点
Ｋ０６９－３　関節鏡下半月板縫合術　18,810点
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術
　１　手、足、指（手、足）　3,050点
　２　その他（ヒグローム摘出術を含む。）　3,190点
Ｋ０７１　削除
Ｋ０７２　関節切除術
　１　肩、股、膝　23,280点
　２　胸鎖、肘、手、足　16,070点
　３　肩鎖、指（手、足）　6,800点
Ｋ０７３　関節内骨折観血的手術
　１　肩、股、膝、肘　20,760点
　２　胸鎖、手、足　17,070点
　３　肩鎖、指（手、足）　11,990点
Ｋ０７３－２　関節鏡下関節内骨折観血的手術
　１　肩、股、膝、肘　27,720点
　２　胸鎖、手、足　22,690点
　３　肩鎖、指（手、足）　14,360点
Ｋ０７４　靱帯断裂縫合術
　１　十字靱帯　17,070点
　２　膝側副靱帯　16,560点
　３　指（手、足）その他の靱帯　7,600点
Ｋ０７４－２　関節鏡下靱帯断裂縫合術
　１　十字靱帯　24,170点
　２　膝側副靱帯　16,510点
　３　指（手、足）その他の靱帯　15,720点
Ｋ０７５　非観血的関節授動術
　１　肩、股、膝　1,320点
　２　胸鎖、肘、手、足　1,260点
　３　肩鎖、指（手、足）　490点
Ｋ０７６　観血的関節授動術
　１　肩、股、膝　38,890点
　２　胸鎖、肘、手、足　28,210点
　３　肩鎖、指（手、足）　10,150点
Ｋ０７６－２　関節鏡下関節授動術

1　肩、股、膝　46,660点
2　胸鎖、肘、手、足　33,850点
3　肩鎖、指（手、足）　10,150点

Ｋ０７７　観血的関節制動術
1　肩、股、膝　27,380点
2　胸鎖、肘、手、足　16,040点
3　肩鎖、指（手、足）　5,550点

Ｋ０７８　観血的関節固定術
1　肩、股、膝　21,640点
2　胸鎖、肘、手、足　22,300点
3　肩鎖、指（手、足）　8,640点

Ｋ０７９　靭帯断裂形成手術
1　十字靭帯　28,210点
2　膝側副靭帯　18,810点
3　指（手、足）その他の靭帯　16,350点

Ｋ０７９－２　関節鏡下靭帯断裂形成手術
1　十字靭帯　34,980点
2　膝側副靭帯　17,280点
3　指（手、足）その他の靭帯　18,250点
4　内側膝蓋大腿靭帯　24,210点

Ｋ０８０　関節形成手術
1　肩、股、膝　45,720点
2　胸鎖、肘、手、足　28,210点
3　肩鎖、指（手、足）　14,050点
注　関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。

Ｋ０８０－２　内反足手術　25,930点

Ｋ０８０－３　肩腱板断裂手術
1　簡単なもの　18,700点
2　複雑なもの　24,310点

Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術
1　簡単なもの　27,040点
2　複雑なもの　38,670点

Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術
1　腱板断裂を伴うもの　45,200点
2　腱板断裂を伴わないもの　32,160点

Ｋ０８０－６　関節鏡下股関節唇形成術　44,830点

Ｋ０８１　人工骨頭挿入術
1　肩、股　19,500点
2　肘、手、足　18,810点
3　指（手、足）　10,880点

Ｋ０８２　人工関節置換術
1　肩、股、膝　37,690点
2　胸鎖、肘、手、足　28,210点
3　肩鎖、指（手、足）　15,970点

Ｋ０８２－２　人工関節抜去術
1　肩、股、膝　30,230点
2　胸鎖、肘、手、足　23,650点
3　肩鎖、指（手、足）　15,990点

Ｋ０８２－３　人工関節再置換術

１　肩、股、膝　54,810点
２　胸鎖、肘、手、足　34,190点
３　肩鎖、指（手、足）　21,930点
Ｋ０８２－４　自家肋骨肋軟骨関節全置換術　91,500点
Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所につき）　3,010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　上腕、前腕、手、大腿、下腿、足　24,320点
２　指（手、足）　3,330点
Ｋ０８４－２　肩甲帯離断術　36,500点
Ｋ０８５　四肢関節離断術
１　肩、股、膝　31,000点
２　肘、手、足　11,360点
３　指（手、足）　3,330点
Ｋ０８６　断端形成術（軟部形成のみのもの）
１　指（手、足）　2,770点
２　その他　3,300点
Ｋ０８７　断端形成術（骨形成を要するもの）
１　指（手、足）　7,410点
２　その他　10,630点
Ｋ０８８　切断四肢再接合術
１　四肢　144,680点
２　指（手、足）　81,900点
（手、足）
Ｋ０８９　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　爪床爪母の形成を伴う複雑なもの　2,490点
Ｋ０９２　削除
Ｋ０９３　手根管開放手術　4,110点
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　10,400点
Ｋ０９４　足三関節固定（ランブリヌディ）手術　27,890点
Ｋ０９５　削除
Ｋ０９６　手掌、足底腱膜切離・切除術
１　鏡視下によるもの　4,340点
２　その他のもの　2,750点
Ｋ０９６－２　体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）　5,000点
Ｋ０９７　手掌、足底異物摘出術　3,190点
Ｋ０９８　手掌屈筋腱縫合術　13,300点

Ｋ０９９　指瘢痕拘縮手術　8,150点
Ｋ０９９－２　デュプイトレン拘縮手術
　１　１指　10,430点
　２　２指から３指　22,480点
　３　４指以上　32,710点
Ｋ１００　多指症手術
　１　軟部形成のみのもの　2,640点
　２　骨関節、腱の形成を要するもの　15,570点
Ｋ１０１　合指症手術
　１　軟部形成のみのもの　8,720点
　２　骨関節、腱の形成を要するもの　15,570点
Ｋ１０１－２　指癒着症手術
　１　軟部形成のみのもの　7,320点
　２　骨関節、腱の形成を要するもの　13,910点
Ｋ１０２　巨指症手術
　１　軟部形成のみのもの　8,720点
　２　骨関節、腱の形成を要するもの　21,240点
Ｋ１０３　屈指症手術、斜指症手術
　１　軟部形成のみのもの　13,810点
　２　骨関節、腱の形成を要するもの　15,570点
Ｋ１０４　削除
Ｋ１０５　裂手、裂足手術　27,890点
Ｋ１０６　母指化手術　35,610点
Ｋ１０７　指移植手術　116,670点
Ｋ１０８　母指対立再建術　22,740点
Ｋ１０９　神経血管柄付植皮術（手、足）　40,460点
Ｋ１１０　第四足指短縮症手術　10,790点
Ｋ１１０－２　第一足指外反症矯正手術　10,790点
Ｋ１１１　削除
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２　腸骨窩膿瘍切開術　4,670点
Ｋ１１３　腸骨窩膿瘍掻爬術　13,920点
Ｋ１１４及びＫ１１５　削除
Ｋ１１６　脊椎、骨盤骨掻爬術　17,170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　31,030点
Ｋ１１９　仙腸関節脱臼観血的手術　24,320点
Ｋ１２０　恥骨結合離開観血的手術　7,890点
Ｋ１２０－２　恥骨結合離開非観血的整復固定術　1,580点
Ｋ１２１　骨盤骨折非観血的整復術　2,570点
Ｋ１２２及びＫ１２３　削除
Ｋ１２４　腸骨翼骨折観血的手術　15,760点
Ｋ１２４－２　寛骨臼骨折観血的手術　52,540点
Ｋ１２５　骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）　32,110点
Ｋ１２６　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

Ｋ１２６－２　自家培養軟骨組織採取術　4,510点

Ｋ１２７　削除

Ｋ１２８　脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術　13,520点

Ｋ１２９からＫ１３１まで　削除

Ｋ１３１－２　内視鏡下椎弓切除術　17,300点

注　２椎弓以上について切除を行う場合は、１椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎弓を超えないものとする。

Ｋ１３２　削除

Ｋ１３３　黄色靭帯骨化症手術　28,730点

Ｋ１３３－２　後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）　69,000点

Ｋ１３４　椎間板摘出術

１　前方摘出術　40,180点

２　後方摘出術　23,520点

３　側方摘出術　28,210点

４　経皮的髄核摘出術　15,310点

注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。

Ｋ１３４－２　内視鏡下椎間板摘出（切除）術

１　前方摘出術　75,600点

２　後方摘出術　30,390点

注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は２椎間を超えないものとする。

Ｋ１３５　脊椎、骨盤腫瘍切除術　36,620点

Ｋ１３６　脊椎、骨盤悪性腫瘍手術　90,470点

Ｋ１３６－２　腫瘍脊椎骨全摘術　113,830点

Ｋ１３７　骨盤切断術　48,650点

Ｋ１３８　脊椎披裂手術

１　神経処置を伴うもの　29,370点

２　その他のもの　22,780点

Ｋ１３９　脊椎骨切り術　60,330点

Ｋ１４０　骨盤骨切り術　36,990点

Ｋ１４１　臼蓋形成手術　28,220点

Ｋ１４１－２　寛骨臼移動術　40,040点

Ｋ１４１－３　脊椎制動術　16,810点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

１　前方椎体固定　37,240点

２　後方又は後側方固定　32,890点

３　後方椎体固定　41,160点

４　前方後方同時固定　66,590点

５　椎弓切除　13,310点

６　椎弓形成　24,260点

注１　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４

を超えないものとする。
２　２から４までに掲げる手術の所定点数には、注１の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る５及び６に掲げる手術の所定点数が含まれる。

Ｋ１４２－２　脊椎側彎症手術
１　固定術　55,950点
２　矯正術
イ　初回挿入　112,260点
ロ　交換術　48,650点
ハ　伸展術　20,540点
注　１及び２のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。

Ｋ１４２－３　内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）　101,910点
注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。

Ｋ１４２－４　経皮的椎体形成術　19,960点
注１　複数椎体に行った場合は、１椎体を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎体を超えないものとする。
２　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ１４２－５　内視鏡下椎弓形成術　30,390点

Ｋ１４２－６　歯突起骨折骨接合術　23,750点

Ｋ１４２－７　腰椎分離部修復術　28,210点

Ｋ１４３　仙腸関節固定術　29,190点

Ｋ１４４　体外式脊椎固定術　25,800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）

Ｋ１４５　穿頭脳室ドレナージ術　1,940点

Ｋ１４６　頭蓋開溝術　17,310点

Ｋ１４７　穿頭術（トレパナチオン）　1,840点

Ｋ１４８　試験開頭術　15,850点

Ｋ１４９　減圧開頭術
１　キアリ奇形、脊髄空洞症の場合　28,280点
２　その他の場合　26,470点

Ｋ１４９－２　後頭蓋窩減圧術　31,000点

Ｋ１５０　脳膿瘍排膿術　21,470点

Ｋ１５１　削除

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術　193,060点

Ｋ１５２　耳性頭蓋内合併症手術　56,950点

Ｋ１５２－２　耳科的硬脳膜外膿瘍切開術　49,520点

Ｋ１５３　鼻性頭蓋内合併症手術　52,870点

Ｋ１５４　機能的定位脳手術
１　片側の場合　52,300点
２　両側の場合　94,500点

Ｋ１５４－２　顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術）　131,630点
Ｋ１５４－３　定位脳腫瘍生検術　20,040点
Ｋ１５５　脳切截術（開頭して行うもの）　19,600点
Ｋ１５６　延髄における脊髄視床路切截術　40,950点
Ｋ１５７　三叉神経節後線維切截術　36,290点
Ｋ１５８　視神経管開放術　36,290点
Ｋ１５９　顔面神経減圧手術（乳様突起経由）　44,500点
Ｋ１５９－２　顔面神経管開放術　44,500点
Ｋ１６０　脳神経手術（開頭して行うもの）　37,620点
Ｋ１６０－２　頭蓋内微小血管減圧術　43,920点
Ｋ１６１　頭蓋骨腫瘍摘出術　23,490点
Ｋ１６２　頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術　36,290点
Ｋ１６３　頭蓋骨膜下血腫摘出術　10,680点
Ｋ１６４　頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）
　１　硬膜外のもの　35,790点
　２　硬膜下のもの　36,970点
　３　脳内のもの　47,020点
Ｋ１６４－２　慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術　10,900点
Ｋ１６４－３　脳血管塞栓（血栓）摘出術　37,560点
Ｋ１６４－４　定位的脳内血腫除去術　18,220点
Ｋ１６４－５　内視鏡下脳内血腫除去術　47,020点
Ｋ１６５　脳内異物摘出術　45,630点
Ｋ１６６　脳膿瘍全摘術　36,500点
Ｋ１６７　頭蓋内腫瘤摘出術　61,720点
Ｋ１６８　脳切除術　36,290点
Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術
　１　松果体部腫瘍　158,100点
　２　その他のもの　132,130点
　注１　脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。
　２　原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しＰＤＴ半導体レーザを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１７０　経耳的聴神経腫瘍摘出術　76,890点
Ｋ１７１　経鼻的下垂体腫瘍摘出術　83,700点
Ｋ１７１－２　内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
　１　下垂体腫瘍　108,470点
　２　頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）　123,620点
Ｋ１７２　脳動静脈奇形摘出術　149,830点
Ｋ１７３　脳・脳膜脱手術　36,290点
Ｋ１７４　水頭症手術
　１　脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）　38,840点
　２　シャント手術　24,310点
Ｋ１７４－２　髄液シャント抜去術　1,680点
Ｋ１７５　脳動脈瘤被包術
　１　１箇所　82,020点
　２　２箇所以上　94,040点

Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）
　　１　１箇所　82,730点
　　２　２箇所以上　108,200点
Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング
　　１　１箇所　114,070点
　　２　２箇所以上　128,400点
　　注１　開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。
　　２　ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。
　　３　ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１７８　脳血管内手術
　　１　１箇所　66,270点
　　２　２箇所以上　84,800点
　　３　脳血管内ステントを用いるもの　82,850点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１７８－２　経皮的脳血管形成術　39,780点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１７８－３　経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
　　１　頭蓋内脳血管の場合　36,280点
　　２　頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）　25,880点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１７８－４　経皮的脳血栓回収術　33,150点
Ｋ１７８－５　経皮的脳血管ステント留置術　35,560点
Ｋ１７９　髄液漏閉鎖術　39,380点
Ｋ１８０　頭蓋骨形成手術
　　１　頭蓋骨のみのもの　17,530点
　　２　硬膜形成を伴うもの　23,660点
　　３　骨移動を伴うもの　40,950点
　　注　３については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。
Ｋ１８１　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）
　　１　片側の場合　65,100点
　　２　両側の場合　71,350点
Ｋ１８１－２　脳刺激装置交換術　14,270点
Ｋ１８１－３　頭蓋内電極抜去術　12,880点
Ｋ１８１－４　迷走神経刺激装置植込術　28,030点
Ｋ１８１－５　迷走神経刺激装置交換術　14,270点
　　（脊髄、末梢神経、交感神経）
Ｋ１８２　神経縫合術
　　１　指（手、足）　15,160点
　　２　その他のもの　24,510点
Ｋ１８２－２　神経交差縫合術
　　１　指（手、足）　43,580点
　　２　その他のもの　46,180点
Ｋ１８２－３　神経再生誘導術
　　１　指（手、足）　12,640点
　　２　その他のもの　21,590点
Ｋ１８３　脊髄硬膜切開術　25,840点

Ｋ１８３－２　空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症に対するもの）　26,450点
Ｋ１８４　減圧脊髄切開術　26,960点
Ｋ１８５　脊髄切截術　38,670点
Ｋ１８６　脊髄硬膜内神経切断術　38,670点
Ｋ１８７　脊髄視床路切截術　42,370点
Ｋ１８８　神経剥離術
　１　鏡視下によるもの　14,170点
　２　その他のもの　10,900点
Ｋ１８８－２　硬膜外腔癒着剥離術　11,000点
Ｋ１８９　脊髄ドレナージ術　408点
Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術
　１　脊髄刺激電極を留置した場合　24,200点
　２　ジェネレーターを留置した場合　16,100点
　注　脊髄刺激電極を２本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１９０－２　脊髄刺激装置交換術　15,650点
Ｋ１９０－３　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術　37,130点
Ｋ１９０－４　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術　7,290点
Ｋ１９０－５　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填　650点
　注　１月に１回に限り算定する。
Ｋ１９０－６　仙骨神経刺激装置植込術
　１　脊髄刺激電極を留置した場合　24,200点
　２　ジェネレーターを留置した場合　16,100点
Ｋ１９０－７　仙骨神経刺激装置交換術　13,610点
Ｋ１９１　脊髄腫瘍摘出術
　１　髄外のもの　62,000点
　２　髄内のもの　118,230点
Ｋ１９２　脊髄血管腫摘出術　106,460点
Ｋ１９３　神経腫切除術
　１　指（手、足）　5,770点
　２　その他のもの　10,770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点を所定点数に加算する。
Ｋ１９３－２　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
Ｋ１９３－３　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）
　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
Ｋ１９４　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　7,750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　8,810点
　　２　股動脈周囲　8,810点
Ｋ１９５－２　尾動脈腺摘出術　7,750点
Ｋ１９６　交感神経節切除術
　　１　頸部　26,030点
　　２　胸部　16,340点
　　３　腰部　17,530点
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　18,500点
Ｋ１９６－３　ストッフェル手術　12,490点
Ｋ１９６－４　閉鎖神経切除術　12,490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。）　12,490点
Ｋ１９７　神経移行術　23,660点
Ｋ１９８　神経移植術　23,520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、涙点閉鎖術　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　涙道内視鏡を用いるもの　2,350点
　　２　その他のもの　1,810点
Ｋ２０３　涙嚢摘出術　4,590点
Ｋ２０４　涙嚢鼻腔吻合術　23,490点
Ｋ２０５　涙嚢瘻管閉鎖術　3,720点
Ｋ２０６　涙小管形成手術　16,730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　外眥切開術　470点
Ｋ２１０　削除
Ｋ２１１　睫毛電気分解術（毛根破壊）　560点
Ｋ２１２　兎眼矯正術　6,700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）　1,440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　11,900点
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術
　　１　縫合法　1,660点
　　２　皮膚切開法　2,160点
Ｋ２１８　眼瞼外反症手術　4,400点
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術
　　１　眼瞼挙筋前転法　7,200点
　　２　筋膜移植法　18,530点

3　その他のもの	6,070点
（結膜）	
Ｋ２２０　結膜縫合術	1,260点
Ｋ２２１　結膜結石除去術	
1　少数のもの（１眼瞼ごと）	260点
2　多数のもの	390点
Ｋ２２２　結膜下異物除去術	390点
Ｋ２２３　結膜嚢形成手術	
1　部分形成	2,250点
2　皮膚及び結膜の形成	14,960点
3　全部形成（皮膚又は粘膜の移植を含む。）	16,730点
Ｋ２２３－２　内眥形成術	16,730点
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）	3,650点
Ｋ２２５　結膜腫瘍冷凍凝固術	800点
Ｋ２２５－２　結膜腫瘍摘出術	6,290点
Ｋ２２５－３　結膜肉芽腫摘除術	800点
（眼窩、涙腺）	
Ｋ２２６　眼窩膿瘍切開術	1,390点
Ｋ２２７　眼窩骨折観血的手術（眼窩ブローアウト骨折手術を含む。）	14,960点
Ｋ２２８　眼窩骨折整復術	29,170点
Ｋ２２９　眼窩内異物除去術（表在性）	8,240点
Ｋ２３０　眼窩内異物除去術（深在性）	
1　視神経周囲、眼窩尖端	27,460点
2　その他	14,960点
Ｋ２３１及びＫ２３２　削除	
Ｋ２３３　眼窩内容除去術	16,980点
Ｋ２３４　眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	6,770点
Ｋ２３５　眼窩内腫瘍摘出術（深在性）	45,230点
Ｋ２３６　眼窩悪性腫瘍手術	51,940点
Ｋ２３７　眼窩縁形成手術（骨移植によるもの）	19,300点
（眼球、眼筋）	
Ｋ２３８　削除	
Ｋ２３９　眼球内容除去術	6,130点
Ｋ２４０　削除	
Ｋ２４１　眼球摘出術	3,670点
Ｋ２４２　斜視手術	
1　前転法	4,280点
2　後転法	4,200点
3　前転法及び後転法の併施	10,970点
4　斜筋手術	9,970点
5　直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300点
Ｋ２４３　義眼台包埋術	8,010点
Ｋ２４４　眼筋移動術	19,330点
Ｋ２４５　眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	8,790点
（角膜、強膜）	
Ｋ２４６　角膜・強膜縫合術	2,980点
Ｋ２４７　削除	
Ｋ２４８　角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980点
Ｋ２４８－２　顕微鏡下角膜抜糸術	950点

Ｋ２４９　角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術　990点
Ｋ２５０　角膜切開術　990点
Ｋ２５１　削除
Ｋ２５２　角膜・強膜異物除去術　640点
Ｋ２５３　削除
Ｋ２５４　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
Ｋ２５５　強角膜瘻孔閉鎖術　11,610点
Ｋ２５６　角膜潰瘍結膜被覆術　2,650点
Ｋ２５７　角膜表層除去併用結膜被覆術　8,300点
Ｋ２５８　削除
Ｋ２５９　角膜移植術　54,800点
注　レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。
Ｋ２６０　強膜移植術　18,810点
Ｋ２６０－２　羊膜移植術　10,530点
Ｋ２６１　角膜形成手術　3,060点
Ｋ２６２　削除
（ぶどう膜）
Ｋ２６３及びＫ２６４　削除
Ｋ２６５　虹彩腫瘍切除術　20,140点
Ｋ２６６　毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術　35,820点
Ｋ２６７　削除
Ｋ２６８　緑内障手術
１　虹彩切除術　4,740点
２　流出路再建術　19,020点
３　濾過手術　23,600点
４　緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのないもの）　34,480点
５　緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）　45,480点
６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　27,990点
Ｋ２６９　虹彩整復・瞳孔形成術　4,730点
Ｋ２７０　虹彩光凝固術　6,620点
Ｋ２７１　毛様体光凝固術　5,600点
Ｋ２７２　毛様体冷凍凝固術　2,160点
Ｋ２７３　隅角光凝固術　9,660点
（眼房、網膜）
Ｋ２７４　前房、虹彩内異物除去術　8,800点
Ｋ２７５　網膜復位術　34,940点
Ｋ２７６　網膜光凝固術
１　通常のもの（一連につき）　10,020点
２　その他特殊なもの（一連につき）　15,960点
Ｋ２７７　網膜冷凍凝固術　15,750点
Ｋ２７７－２　黄斑下手術　47,150点
（水晶体、硝子体）
Ｋ２７８　硝子体注入・吸引術　1,900点
Ｋ２７９　硝子体切除術　15,560点

Ｋ２８０　硝子体茎顕微鏡下離断術
　　１　網膜付着組織を含むもの　38,950点
　　２　その他のもの　29,720点
Ｋ２８０－２　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　47,780点
Ｋ２８１　増殖性硝子体網膜症手術　54,860点
Ｋ２８１－２　網膜再建術　69,880点
Ｋ２８２　水晶体再建術
　　１　眼内レンズを挿入する場合
　　イ　縫着レンズを挿入するもの　17,840点
　　ロ　その他のもの　12,100点
　　２　眼内レンズを挿入しない場合　7,430点
　　３　計画的後嚢切開を伴う場合　21,780点
　　注　水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。
Ｋ２８２－２　後発白内障手術　1,380点
Ｋ２８３　削除
Ｋ２８４　硝子体置換術　6,890点
　　第５款　耳鼻咽喉
区分
　　（外耳）
Ｋ２８５　耳介血腫開窓術　380点
Ｋ２８６　外耳道異物除去術
　　１　単純なもの　220点
　　２　複雑なもの　710点
Ｋ２８７　先天性耳瘻管摘出術　3,900点
Ｋ２８８　副耳（介）切除術　2,240点
Ｋ２８９　耳茸摘出術　830点
Ｋ２９０　外耳道骨増生（外骨腫）切除術　10,120点
Ｋ２９０－２　外耳道骨腫切除術　7,670点
Ｋ２９１　耳介腫瘍摘出術　4,730点
Ｋ２９２　外耳道腫瘍摘出術（外耳道真珠腫手術を含む。）　6,330点
Ｋ２９３　耳介悪性腫瘍手術　22,290点
Ｋ２９４　外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）　35,590点
Ｋ２９５　耳後瘻孔閉鎖術　4,000点
Ｋ２９６　耳介形成手術
　　１　耳介軟骨形成を要するもの　19,240点
　　２　耳介軟骨形成を要しないもの　9,960点
Ｋ２９７　外耳道形成手術　19,240点
Ｋ２９８　外耳道造設術・閉鎖症手術　36,700点
Ｋ２９９　小耳症手術
　　１　軟骨移植による耳介形成手術　56,140点
　　２　耳介挙上　14,740点
　　（中耳）
Ｋ３００　鼓膜切開術　690点
Ｋ３０１　鼓室開放術　7,280点
Ｋ３０２　上鼓室開放術　13,140点
Ｋ３０３　上鼓室乳突洞開放術　24,720点
Ｋ３０４　乳突洞開放術（アントロトミー）　13,480点
Ｋ３０５　乳突削開術　24,490点
Ｋ３０６　錐体部手術　38,470点

Ｋ３０７　削除	
Ｋ３０８　耳管内チューブ挿入術	1,420点
Ｋ３０８－２　耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420点
Ｋ３０９　鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	2,670点
Ｋ３１０　乳突充填術	7,470点
Ｋ３１１　鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）	1,580点
Ｋ３１２　鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020点
Ｋ３１３　中耳、側頭骨腫瘍摘出術	38,330点
Ｋ３１４　中耳悪性腫瘍手術	
１　切除	41,520点
２　側頭骨摘出術	68,640点
Ｋ３１５　鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900点
Ｋ３１６　Ｓ状洞血栓（静脈炎）手術	24,730点
Ｋ３１７　中耳根治手術	42,440点
Ｋ３１８　鼓膜形成手術	18,100点
Ｋ３１９　鼓室形成手術	
１　耳小骨温存術	34,660点
２　耳小骨再建術	51,330点
Ｋ３２０　アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140点
Ｋ３２０－２　人工中耳植込術	32,140点
（内耳）	
Ｋ３２１　内耳開窓術	31,970点
Ｋ３２２　経迷路的内耳道開放術	64,930点
Ｋ３２３　内リンパ嚢開放術	28,890点
Ｋ３２４　削除	
Ｋ３２５　迷路摘出術	
１　部分摘出（膜迷路摘出術を含む。）	29,220点
２　全摘出	38,890点
Ｋ３２６　削除	
Ｋ３２７　内耳窓閉鎖術	23,250点
Ｋ３２８　人工内耳植込術	40,810点
Ｋ３２８－２　植込型骨導補聴器移植術	10,620点
Ｋ３２８－３　植込型骨導補聴器交換術	1,840点
（鼻）	
Ｋ３２９　鼻中隔膿瘍切開術	620点
Ｋ３３０　鼻中隔血腫切開術	820点
Ｋ３３１　鼻腔粘膜焼灼術	900点
Ｋ３３１－２　下甲介粘膜焼灼術	900点
Ｋ３３１－３　下甲介粘膜レーザー焼灼術（両側）	2,910点
Ｋ３３２　削除	
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術	2,130点
Ｋ３３３－２　鼻骨脱臼整復術	1,640点
Ｋ３３３－３　鼻骨骨折徒手整復術	1,640点
Ｋ３３４　鼻骨骨折観血的手術	5,720点
Ｋ３３４－２　鼻骨変形治癒骨折矯正術	23,060点
Ｋ３３５　鼻中隔骨折観血的手術	3,280点
Ｋ３３５－２　上顎洞鼻内手術（スツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	2,740点
Ｋ３３５－３　上顎洞鼻外手術	2,740点
Ｋ３３６　鼻内異物摘出術	690点

Ｋ３３７　鼻前庭嚢胞摘出術　4,980点
Ｋ３３８　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　2,770点
Ｋ３３８－２　削除
Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術　3,550点
Ｋ３４０　鼻茸摘出術　1,090点
Ｋ３４０－２　削除
Ｋ３４０－３　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｉ型（副鼻腔自然口開窓術）　3,600点
Ｋ３４０－４　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）　12,000点
　注　自家腸骨片を充填した場合は3,150点を所定点数に加算する。
Ｋ３４０－５　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）　24,910点
Ｋ３４０－６　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）　32,080点
Ｋ３４０－７　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）　51,630点
Ｋ３４１　上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術　1,510点
Ｋ３４２　鼻副鼻腔腫瘍摘出術　15,200点
Ｋ３４３　鼻副鼻腔悪性腫瘍手術
　１　切除　25,040点
　２　全摘　49,690点
Ｋ３４４　経鼻腔的翼突管神経切除術　30,460点
Ｋ３４５　萎縮性鼻炎手術（両側）　22,370点
Ｋ３４６　後鼻孔閉鎖症手術
　１　単純なもの（膜性閉鎖）　4,360点
　２　複雑なもの（骨性閉鎖）　27,040点
Ｋ３４７　鼻中隔矯正術　8,230点
Ｋ３４７－２　変形外鼻手術　16,390点
Ｋ３４７－３　内視鏡下鼻中隔手術Ｉ型（骨、軟骨手術）　6,620点
Ｋ３４７－４　内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）　2,030点
Ｋ３４７－５　内視鏡下鼻腔手術Ｉ型（下鼻甲介手術）　6,620点
Ｋ３４７－６　内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）　3,170点
Ｋ３４７－７　内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術）　19,940点
（副鼻腔）
Ｋ３４８及びＫ３４９　削除
Ｋ３５０　前頭洞充填術　13,200点
Ｋ３５１　削除
Ｋ３５２　上顎洞根治手術　7,990点
Ｋ３５２－２　鼻内上顎洞根治手術　3,330点
Ｋ３５２－３　副鼻腔炎術後後出血止血法　6,660点
Ｋ３５３　鼻内篩骨洞根治手術　5,000点
Ｋ３５４からＫ３５６まで　削除
Ｋ３５６－２　鼻外前頭洞手術　16,290点
Ｋ３５７　鼻内蝶形洞根治手術　3,820点
Ｋ３５８　上顎洞篩骨洞根治手術　11,310点
Ｋ３５９　前頭洞篩骨洞根治手術　11,290点
Ｋ３６０　篩骨洞蝶形洞根治手術　11,290点
Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術　12,630点
Ｋ３６２　上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術　14,110点
Ｋ３６２－２　経上顎洞的顎動脈結紮術　28,630点
Ｋ３６３　前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術　13,440点

Ｋ３６４　汎副鼻腔根治手術	20,010点
Ｋ３６５　経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210点
Ｋ３６６　削除	
（咽頭、扁桃）	
Ｋ３６７　咽後膿瘍切開術	1,900点
Ｋ３６８　扁桃周囲膿瘍切開術	1,830点
Ｋ３６９　咽頭異物摘出術	
１　簡単なもの	420点
２　複雑なもの	2,100点
Ｋ３７０　アデノイド切除術	1,600点
Ｋ３７１　上咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	5,350点
２　経鼻腔によるもの	6,070点
３　経副鼻腔によるもの	8,790点
４　外切開によるもの	16,590点
Ｋ３７１－２　上咽頭ポリープ摘出術	
１　経口腔によるもの	4,460点
２　経鼻腔によるもの	5,060点
３　経副鼻腔によるもの	8,270点
４　外切開によるもの	15,080点
Ｋ３７２　中咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	2,710点
２　外切開によるもの	16,260点
Ｋ３７３　下咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	7,290点
２　外切開によるもの	16,300点
Ｋ３７４　咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	35,340点
Ｋ３７５　鼻咽腔線維腫手術	
１　切除	9,630点
２　摘出	37,850点
Ｋ３７５－２　鼻咽腔閉鎖術	23,790点
Ｋ３７６　上咽頭悪性腫瘍手術	35,830点
Ｋ３７７　口蓋扁桃手術	
１　切除	1,430点
２　摘出	3,600点
Ｋ３７８　舌扁桃切除術	1,230点
Ｋ３７９　副咽頭間隙腫瘍摘出術	
１　経頸部によるもの	34,320点
２　経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	55,200点
Ｋ３７９－２　副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	
１　経頸部によるもの	47,580点
２　経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	91,500点
Ｋ３８０　過長茎状突起切除術	6,440点
Ｋ３８１　上咽頭形成手術	10,110点
Ｋ３８２　咽頭瘻閉鎖術	12,770点
Ｋ３８２－２　咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	12,770点
（喉頭、気管）	
Ｋ３８３　喉頭切開・截開術	13,420点
Ｋ３８４　喉頭膿瘍切開術	2,140点

Ｋ３８４－２　深頸部膿瘍切開術　4,800点
Ｋ３８５　喉頭浮腫乱切術　2,040点
Ｋ３８６　気管切開術　2,570点
Ｋ３８７　喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）　2,860点
Ｋ３８８　喉頭粘膜下異物挿入術　3,630点
Ｋ３８８－２　喉頭粘膜下軟骨片挿入術　12,240点
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術
　１　間接喉頭鏡によるもの　2,990点
　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　4,300点
Ｋ３９０　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
Ｋ３９１　気管異物除去術
　１　直達鏡によるもの　5,320点
　２　開胸手術によるもの　43,340点
Ｋ３９２　喉頭蓋切除術　3,190点
Ｋ３９２－２　喉頭蓋嚢腫摘出術　3,190点
Ｋ３９３　喉頭腫瘍摘出術
　１　間接喉頭鏡によるもの　3,420点
　２　直達鏡によるもの　4,310点
Ｋ３９４　喉頭悪性腫瘍手術
　１　切除　38,800点
　２　全摘　63,710点
Ｋ３９５　喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）　113,880点
Ｋ３９６　気管切開孔閉鎖術　1,040点
Ｋ３９６－２　気管縫合術　1,040点
Ｋ３９７　喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）　13,390点
Ｋ３９８　喉頭狭窄症手術
　１　前方開大術　23,430点
　２　前壁形成手術　23,320点
　３　Ｔチューブ挿入術　14,040点
Ｋ３９９　気管狭窄症手術　38,540点
Ｋ４００　喉頭形成手術
　１　人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術　18,750点
　２　筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術　28,510点
　３　甲状軟骨固定用器具を用いたもの　34,840点
Ｋ４０１　気管口狭窄拡大術　2,690点
Ｋ４０２　縦隔気管口形成手術　76,040点
Ｋ４０３　気管形成手術（管状気管、気管移植等）
　１　頸部からのもの　49,940点
　２　開胸又は胸骨正中切開によるもの　76,040点
Ｋ４０３－２　嚥下機能手術
　１　輪状咽頭筋切断術　18,810点
　２　喉頭挙上術　18,370点
　３　喉頭気管分離術　30,260点
　４　喉頭全摘術　28,210点

第６款　顔面・口腔・頸部

区分

（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）

Ｋ４０４　抜歯手術（１歯につき）

１　乳歯　130点

２　前歯　155点

３　臼歯　265点

４　埋伏歯　1,050点

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

２　４については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、100点を所定点数に加算する。

４　抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ４０５　削除

Ｋ４０６　口蓋腫瘍摘出術

１　口蓋粘膜に限局するもの　520点

２　口蓋骨に及ぶもの　8,050点

Ｋ４０７　顎・口蓋裂形成手術

１　軟口蓋のみのもの　15,770点

２　硬口蓋に及ぶもの　24,170点

３　顎裂を伴うもの

イ　片側　25,170点

ロ　両側　31,940点

Ｋ４０７－２　軟口蓋形成手術　9,700点

（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）

Ｋ４０８　口腔底膿瘍切開術　700点

Ｋ４０９　口腔底腫瘍摘出術　7,210点

Ｋ４１０　口腔底悪性腫瘍手術　29,360点

Ｋ４１１　頬粘膜腫瘍摘出術　4,460点

Ｋ４１２　頬粘膜悪性腫瘍手術　26,310点

Ｋ４１３　舌腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　1,220点

２　その他のもの　2,940点

Ｋ４１４　舌根甲状腺腫摘出術　11,760点

Ｋ４１４－２　甲状舌管嚢胞摘出術　8,970点

Ｋ４１５　舌悪性腫瘍手術

１　切除　26,410点

２　亜全摘　75,070点

Ｋ４１６及びＫ４１７　削除

Ｋ４１８　舌形成手術（巨舌症手術）　9,100点

Ｋ４１８－２　舌繋瘢痕性短縮矯正術　2,650点

Ｋ４１９　頬、口唇、舌小帯形成手術　560点

Ｋ４２０　削除

（顔面）

Ｋ４２１　口唇腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　910点

２　その他のもの　3,050点

Ｋ４２２　口唇悪性腫瘍手術　33,010点

Ｋ４２３　頬腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　910点

２　その他のもの　5,250点
Ｋ４２４　頬悪性腫瘍手術　20,940点
Ｋ４２５　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術　108,700点
Ｋ４２６　口唇裂形成手術（片側）
１　口唇のみの場合　13,180点
２　口唇裂鼻形成を伴う場合　18,810点
３　鼻腔底形成を伴う場合　24,350点
Ｋ４２６－２　口唇裂形成手術（両側）
１　口唇のみの場合　18,810点
２　口唇裂鼻形成を伴う場合　23,790点
３　鼻腔底形成を伴う場合　36,620点
（顔面骨、顎関節）
Ｋ４２７　頬骨骨折観血的整復術　18,100点
Ｋ４２７－２　頬骨変形治癒骨折矯正術　38,610点
Ｋ４２８　下顎骨折非観血的整復術　1,240点
注　三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。
Ｋ４２９　下顎骨折観血的手術
１　片側　13,000点
２　両側　27,320点
Ｋ４２９－２　下顎関節突起骨折観血的手術
１　片側　28,210点
２　両側　47,020点
Ｋ４３０　顎関節脱臼非観血的整復術　410点
Ｋ４３１　顎関節脱臼観血的手術　26,210点
Ｋ４３２　上顎骨折非観血的整復術　1,570点
Ｋ４３３　上顎骨折観血的手術　16,400点
Ｋ４３４　顔面多発骨折観血的手術　39,700点
Ｋ４３４－２　顔面多発骨折変形治癒矯正術　47,630点
Ｋ４３５　術後性上顎嚢胞摘出術　6,660点
Ｋ４３６　顎骨腫瘍摘出術
１　長径３センチメートル未満　2,820点
２　長径３センチメートル以上　13,390点
Ｋ４３７　下顎骨部分切除術　16,780点
Ｋ４３８　下顎骨離断術　32,560点
Ｋ４３９　下顎骨悪性腫瘍手術
１　切除　40,360点
２　切断　64,590点
Ｋ４４０　上顎骨切除術　15,310点
Ｋ４４１　上顎骨全摘術　42,590点
Ｋ４４２　上顎骨悪性腫瘍手術
１　掻爬　9,160点
２　切除　34,420点
３　全摘　68,480点
Ｋ４４３　上顎骨形成術
１　単純な場合　27,880点
２　複雑な場合及び２次的再建の場合　45,510点
３　骨移動を伴う場合　72,900点
注１　１について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。
２　３については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ４４４　下顎骨形成術
　　１　おとがい形成の場合　7,780点
　　２　短縮又は伸長の場合　30,790点
　　３　再建の場合　51,120点
　　４　骨移動を伴う場合　54,210点
　　注１　２については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。
　　２　４については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。
Ｋ４４４－２　下顎骨延長術
　　１　片側　30,790点
　　２　両側　47,550点
Ｋ４４５　顎関節形成術　40,870点
Ｋ４４６　顎関節授動術
　　１　徒手的授動術
　　イ　パンピングを併用した場合　990点
　　ロ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点
　　２　顎関節鏡下授動術　10,520点
　　３　開放授動術　25,100点
Ｋ４４７　顎関節円板整位術
　　１　顎関節鏡下円板整位術　22,100点
　　２　開放円板整位術　27,300点
　　（唾液腺）
Ｋ４４８　がま腫切開術　820点
Ｋ４４９　唾液腺膿瘍切開術　900点
Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）
　　１　表在性のもの　640点
　　２　深在性のもの　3,770点
　　３　腺体内に存在するもの　6,550点
　　注　２又は３の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
Ｋ４５１　がま腫摘出術　7,140点
Ｋ４５２　舌下腺腫瘍摘出術　7,180点
Ｋ４５３　顎下腺腫瘍摘出術　9,640点
Ｋ４５４　顎下腺摘出術　10,210点
Ｋ４５５　顎下腺悪性腫瘍手術　33,010点
Ｋ４５６　削除
Ｋ４５７　耳下腺腫瘍摘出術
　　１　耳下腺浅葉摘出術　27,210点
　　２　耳下腺深葉摘出術　34,210点
Ｋ４５８　耳下腺悪性腫瘍手術
　　１　切除　33,010点
　　２　全摘　44,020点
Ｋ４５９　唾液腺管形成手術　13,630点
Ｋ４６０　唾液腺管移動術
　　１　上顎洞内へのもの　13,630点
　　２　結膜嚢内へのもの　15,490点
　　（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））
Ｋ４６１　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術
　　１　片葉のみの場合　8,860点
　　２　両葉の場合　10,760点
Ｋ４６１－２　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術

１　片葉のみの場合　17,410点
２　両葉の場合　25,210点
Ｋ４６２　バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）　22,880点
Ｋ４６２－２　内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）　25,210点
Ｋ４６３　甲状腺悪性腫瘍手術
１　切除　24,180点
２　全摘及び亜全摘　33,790点
Ｋ４６３－２　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
１　切除　27,550点
２　全摘及び亜全摘　37,160点
Ｋ４６４　副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
１　副甲状腺（上皮小体）摘出術　15,680点
２　副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植）　33,790点
Ｋ４６４－２　内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術　20,660点
Ｋ４６５　副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）　39,000点
（その他の頸部）
Ｋ４６６　斜角筋切断術　3,760点
Ｋ４６７　頸瘻、頸嚢摘出術　13,710点
Ｋ４６８　頸肋切除術　15,240点
Ｋ４６９　頸部郭清術
１　片側　27,670点
２　両側　37,140点
Ｋ４７０　頸部悪性腫瘍手術　41,920点
Ｋ４７１　筋性斜頸手術　3,720点
第７款　胸部
区分
（乳腺）
Ｋ４７２　乳腺膿瘍切開術　820点
Ｋ４７３　削除
Ｋ４７４　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　6,730点
Ｋ４７４－２　乳管腺葉区域切除術　12,820点
Ｋ４７４－３　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）
１　マンモグラフィー又は超音波装置によるもの　6,240点
２　ＭＲＩによるもの　8,210点
Ｋ４７５　乳房切除術　6,040点
Ｋ４７５－２　乳癌冷凍凝固摘出術　7,240点
Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術
１　単純乳房切除術（乳腺全摘術）　14,820点
２　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　28,210点
３　乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　22,520点
４　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））　42,350点
５　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの　42,350点
６　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの　42,350点
７　拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）　52,820点

８　乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）　27,810点
９　乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）　48,340点
注１　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
２　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
Ｋ４７６－２　陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術　7,350点
Ｋ４７６－３　動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）
１　一次的に行うもの　49,120点
２　二次的に行うもの　53,560点
Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　25,000点
（胸壁）
Ｋ４７７　胸壁膿瘍切開術　700点
Ｋ４７８　肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髄炎手術　8,950点
Ｋ４７９　削除
Ｋ４８０　胸壁冷膿瘍手術　7,810点
Ｋ４８０－２　流注膿瘍切開掻爬術　7,670点
Ｋ４８１　肋骨骨折観血的手術　10,330点
Ｋ４８２　肋骨切除術
１　第１肋骨　16,900点
２　その他の肋骨　5,160点
Ｋ４８３　胸骨切除術、胸骨骨折観血手術　12,120点
Ｋ４８４　胸壁悪性腫瘍摘出術
１　胸壁形成手術を併施するもの　56,000点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ４８４－２　胸骨悪性腫瘍摘出術
１　胸壁形成手術を併施するもの　43,750点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ４８５　胸壁腫瘍摘出術　12,960点
Ｋ４８６　胸壁瘻手術　23,520点
Ｋ４８７　漏斗胸手術
１　胸骨挙上法によるもの　28,210点
２　胸骨翻転法によるもの　37,370点
３　胸腔鏡によるもの　39,260点
（胸腔、胸膜）
Ｋ４８８　試験開胸術　10,800点
Ｋ４８８－２　試験的開胸開腹術　17,380点
Ｋ４８８－３　胸腔鏡下試験開胸術　13,500点
Ｋ４８８－４　胸腔鏡下試験切除術　15,800点
Ｋ４８９からＫ４９２まで　削除
Ｋ４９３　骨膜外、胸膜外充填術　23,520点
Ｋ４９４　胸腔内（胸膜内）血腫除去術　15,350点
Ｋ４９５　削除
Ｋ４９６　醸膿胸膜、胸膜肺胚切除術
１　１肺葉に相当する範囲以内のもの　26,340点
２　１肺葉に相当する範囲を超えるもの　33,150点

Ｋ４９６－２　胸腔鏡下膿胸膜又は胸膜肺瘻切除術　51,850点
Ｋ４９６－３　胸膜外肺剥皮術
　１　１肺葉に相当する範囲以内のもの　26,340点
　２　１肺葉に相当する範囲を超えるもの　33,150点
Ｋ４９６－４　胸腔鏡下膿胸腔掻爬術　32,690点
Ｋ４９７　膿胸腔有茎筋肉弁充填術　38,610点
Ｋ４９７－２　膿胸腔有茎大網充填術　57,100点
Ｋ４９８　胸郭形成手術（膿胸手術の場合）
　１　肋骨切除を主とするもの　42,020点
　２　胸膜肺瘻切除を併施するもの　49,200点
Ｋ４９９　胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）　16,540点
Ｋ５００　削除
Ｋ５０１　乳糜胸手術　17,290点
Ｋ５０１－２　胸腔・腹腔シャントバルブ設置術　12,530点
Ｋ５０１－３　胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）　15,230点
（縦隔）
Ｋ５０２　縦隔腫瘍、胸腺摘出術　38,850点
Ｋ５０２－２　縦隔切開術
　１　頸部からのもの、経食道によるもの　6,390点
　２　経胸腔によるもの、経腹によるもの　20,050点
Ｋ５０２－３　胸腔鏡下縦隔切開術　31,300点
Ｋ５０２－４　拡大胸腺摘出術　33,870点
　注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。
Ｋ５０２－５　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術　58,950点
　注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。
Ｋ５０３　縦隔郭清術　37,010点
Ｋ５０４　縦隔悪性腫瘍手術
　１　単純摘出　38,850点
　２　広汎摘出　58,820点
Ｋ５０４－２　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術　58,950点
（気管支、肺）
Ｋ５０５及びＫ５０６　削除
Ｋ５０７　肺膿瘍切開排膿術　31,030点
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）　10,150点
Ｋ５０８－２　気管・気管支ステント留置術
　１　硬性鏡によるもの　9,400点
　２　軟性鏡によるもの　8,960点
Ｋ５０８－３　気管支熱形成術　10,150点
Ｋ５０９　気管支異物除去術
　１　直達鏡によるもの　9,260点
　２　開胸手術によるもの　45,650点
Ｋ５０９－２　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。
Ｋ５０９－３　気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術　10,000点
Ｋ５０９－４　気管支瘻孔閉鎖術　9,130点
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）　8,040点
Ｋ５１０－２　光線力学療法
　１　早期肺がん（０期又は１期に限る。）に対するもの　10,450点
　２　その他のもの　10,450点

Ｋ５１０－３　気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術　12,020点

Ｋ５１１　肺切除術

１　楔状部分切除　27,520点

２　区域切除（１肺葉に満たないもの）　58,430点

３　肺葉切除　58,350点

４　複合切除（１肺葉を超えるもの）　64,850点

５　１側肺全摘　59,830点

６　気管支形成を伴う肺切除　76,230点

Ｋ５１２　削除

Ｋ５１３　胸腔鏡下肺切除術

１　肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの）　39,830点

２　その他のもの　58,950点

Ｋ５１３－２　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術　58,950点

Ｋ５１３－３　胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術　58,950点

Ｋ５１３－４　胸腔鏡下肺縫縮術　53,130点

Ｋ５１４　肺悪性腫瘍手術

１　部分切除　60,350点

２　区域切除　69,250点

３　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの　72,640点

４　肺全摘　72,640点

５　隣接臓器合併切除を伴う肺切除　78,400点

６　気管支形成を伴う肺切除　80,460点

７　気管分岐部切除を伴う肺切除　124,860点

８　気管分岐部再建を伴う肺切除　127,130点

９　胸膜肺全摘　92,000点

10　壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）　105,000点

注　９及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

１　部分切除　60,170点

２　区域切除　72,640点

３　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの　92,000点

Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）　63,200点

注　肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５１４－４　同種死体肺移植術　139,230点

注１　肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

２　両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。

Ｋ５１４－５　移植用部分肺採取術（生体）　60,750点

注　肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５１４－６　生体部分肺移植術　130,260点

注１　生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

２　肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

３　両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。

Ｋ５１５　肺剥皮術　32,600点

Ｋ５１６　気管支瘻閉鎖術　59,170点

Ｋ５１７　肺縫縮術　28,220点

Ｋ５１８　気管支形成手術

１　楔状切除術　64,030点

２　輪状切除術　66,010点

Ｋ５１９　先天性気管狭窄症手術　146,950点

（食道）

Ｋ５２０　食道縫合術（穿孔、損傷）

１　頸部手術　17,070点

２　開胸手術　28,210点

３　開腹手術　17,750点

４　内視鏡によるもの　10,300点

Ｋ５２１　食道周囲膿瘍切開誘導術

１　開胸手術　28,210点

２　胸骨切開によるもの　23,290点

３　その他のもの（頸部手術を含む。）　7,920点

Ｋ５２２　食道狭窄拡張術

１　内視鏡によるもの　9,450点

２　食道ブジー法　2,950点

３　拡張用バルーンによるもの　12,480点

注　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ５２２－２　食道ステント留置術　6,300点

Ｋ５２２－３　食道空置バイパス作成術　65,900点

Ｋ５２３　食道異物摘出術

１　頸部手術によるもの　27,890点

２　開胸手術によるもの　28,210点

３　開腹手術によるもの　27,720点

Ｋ５２３－２　硬性内視鏡下食道異物摘出術　5,360点

注　硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号Ｋ３６９に掲げる咽頭異物摘出術（２に限る。）及びＫ６５３－３に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ５２４　食道憩室切除術

１　頸部手術によるもの　24,730点

２　開胸によるもの　34,570点

Ｋ５２４－２　胸腔鏡下食道憩室切除術　39,930点

Ｋ５２４－３　腹腔鏡下食道憩室切除術　39,930点

Ｋ５２５　食道切除再建術

１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　77,040点

２　胸部、腹部の操作によるもの　69,690点

３　腹部の操作によるもの　51,420点

Ｋ５２５－２　胸壁外皮膚管形成吻合術

１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　77,040点

２　胸部、腹部の操作によるもの　69,690点

３　腹部の操作によるもの　51,420点

４　バイパスのみ作成する場合　45,230点

Ｋ５２５－３　非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施するもの）　69,690点

Ｋ５２６　食道腫瘍摘出術

１　内視鏡によるもの　8,480点

２　開胸又は開腹手術によるもの　37,550点

３　腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの　50,250点

Ｋ５２６－２　内視鏡的食道粘膜切除術

１　早期悪性腫瘍粘膜切除術　8,840点

２　早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術　22,100点
Ｋ５２６－３　内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法　12,950点
Ｋ５２６－４　内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法　14,510点
Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
１　頸部食道の場合　47,530点
２　胸部食道の場合　56,950点
Ｋ５２８　先天性食道閉鎖症根治手術　64,820点
Ｋ５２８－２　先天性食道狭窄症根治手術　51,220点
Ｋ５２８－３　胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術　76,320点
Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　122,540点
２　胸部、腹部の操作によるもの　101,490点
３　腹部の操作によるもの　69,840点
注１　有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。
２　血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。
Ｋ５２９－２　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　125,240点
２　胸部、腹部の操作によるもの　104,190点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。
Ｋ５２９－３　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術　109,240点
Ｋ５３０　食道アカラシア形成手術　32,710点
Ｋ５３０－２　腹腔鏡下食道アカラシア形成手術　44,500点
Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術　11,340点
Ｋ５３１　食道切除後２次的再建術
１　皮弁形成によるもの　43,920点
２　消化管利用によるもの　64,300点
Ｋ５３２　食道・胃静脈瘤手術
１　血行遮断術を主とするもの　37,620点
２　食道離断術を主とするもの　37,620点
Ｋ５３２－２　食道静脈瘤手術（開腹）　34,240点
Ｋ５３２－３　腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）　49,800点
Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）　8,990点
Ｋ５３３－２　内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術　8,990点
（横隔膜）
Ｋ５３４　横隔膜縫合術
１　経胸又は経腹　33,460点
２　経胸及び経腹　40,910点
Ｋ５３４－２　横隔膜レラクサチオ手術
１　経胸又は経腹　27,890点
２　経胸及び経腹　37,620点
Ｋ５３４－３　胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術　31,990点
Ｋ５３５　胸腹裂孔ヘルニア手術
１　経胸又は経腹　29,560点
２　経胸及び経腹　39,040点
Ｋ５３６　後胸骨ヘルニア手術　27,380点
Ｋ５３７　食道裂孔ヘルニア手術
１　経胸又は経腹　27,380点
２　経胸及び経腹　38,290点
Ｋ５３７－２　腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術　42,180点

第８款　心・脈管

区分

（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）

Ｋ５３８　心膜縫合術　9,180点

Ｋ５３８－２　心筋縫合止血術（外傷性）　11,800点

Ｋ５３９　心膜切開術　9,420点

Ｋ５３９－２　心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術　15,240点

Ｋ５３９－３　胸腔鏡下心膜開窓術　16,540点

Ｋ５４０　収縮性心膜炎手術　51,650点

Ｋ５４１　試験開心術　24,700点

Ｋ５４２　心腔内異物除去術　39,270点

Ｋ５４３　心房内血栓除去術　39,270点

Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術

１　単独のもの　60,600点

２　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの　77,770点

３　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの　91,910点

Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ　9,400点

Ｋ５４６　経皮的冠動脈形成術

１　急性心筋梗塞に対するもの　32,000点

２　不安定狭心症に対するもの　22,000点

３　その他のもの　19,300点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５４７　経皮的冠動脈粥腫切除術　28,280点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

１　高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの　24,720点

２　エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの　24,720点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術

１　急性心筋梗塞に対するもの　34,380点

２　不安定狭心症に対するもの　24,380点

３　その他のもの　21,680点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５０　冠動脈内血栓溶解療法　17,720点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５０－２　経皮的冠動脈血栓吸引術　19,640点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５１　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）

１　１箇所のもの　76,550点

２　２箇所以上のもの　79,860点

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術

１　１吻合のもの　71,570点

２　２吻合以上のもの　89,250点

注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。

Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

１　１吻合のもの　71,570点

２　２吻合以上のもの　91,350点

注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。

Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）

１　単独のもの　63,390点
２　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの　80,060点
３　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの　100,200点

Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術
１　単独のもの　114,300点
２　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの　147,890点
３　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの　167,180点

Ｋ５５４　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

Ｋ５５４－２　胸腔鏡下弁形成術
１　１弁のもの　109,860点
２　２弁のもの　123,170点

Ｋ５５５　弁置換術
１　１弁のもの　85,500点
２　２弁のもの　100,200点
３　３弁のもの　114,510点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５５５－２　経カテーテル大動脈弁置換術
１　経心尖大動脈弁置換術　61,530点
２　経皮的大動脈弁置換術　37,560点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５５－３　胸腔鏡下弁置換術
１　１弁のもの　115,500点
２　２弁のもの　130,200点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５５６　大動脈弁狭窄直視下切開術　42,940点

Ｋ５５６－２　経皮的大動脈弁拡張術　37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５７　大動脈弁上狭窄手術　71,570点

Ｋ５５７－２　大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）　78,260点

Ｋ５５７－３　弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術　157,840点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５５７－４　ダムス・ケー・スタンセル（ＤＫＳ）吻合を伴う大動脈狭窄症手術　115,750点

Ｋ５５８　ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）　192,920点

Ｋ５５９　閉鎖式僧帽弁交連切開術　38,450点

Ｋ５５９－２　経皮的僧帽弁拡張術　34,930点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５５９－３　経皮的僧帽弁クリップ術　34,930点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
１　上行大動脈
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　114,510点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　128,820点

ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　148,860点
ニ　その他のもの　100,200点
2　弓部大動脈　114,510点
3　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　187,370点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　210,790点
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　243,580点
ニ　その他のもの　171,760点
4　下行大動脈　89,250点
5　胸腹部大動脈　249,750点
6　腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）　59,080点
7　腹部大動脈（その他のもの）　52,000点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
1　弓部大動脈　114,510点
2　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　187,370点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　210,790点
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　243,580点
ニ　その他のもの　171,760点
3　下行大動脈　89,250点

Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術
1　血管損傷の場合　43,830点
2　１以外の場合
イ　胸部大動脈　56,560点
ロ　腹部大動脈　49,440点
ハ　腸骨動脈　43,830点

Ｋ５６２　動脈管開存症手術
1　経皮的動脈管開存閉鎖術　22,780点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
2　動脈管開存閉鎖術（直視下）　22,000点

Ｋ５６２－２　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術　27,400点

Ｋ５６３　肺動脈絞扼術　39,410点

Ｋ５６４　血管輪又は重複大動脈弓離断手術　43,150点

Ｋ５６５　巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）　94,420点

Ｋ５６６　体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）　44,670点

Ｋ５６７　大動脈縮窄（離断）症手術
1　単独のもの　57,250点
2　心室中隔欠損症手術を伴うもの　100,200点
3　複雑心奇形手術を伴うもの　173,620点

Ｋ５６７－２　経皮的大動脈形成術　37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ５６８　大動脈肺動脈中隔欠損症手術
1　単独のもの　80,840点
2　心内奇形手術を伴うもの　97,690点

Ｋ５６９　三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）　103,640点

Ｋ５７０　肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術

１　肺動脈弁切開術（単独のもの）　35,750点
２　右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの　74,460点

Ｋ５７０－２　経皮的肺動脈弁拡張術　34,410点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５７０－３　経皮的肺動脈形成術　31,280点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ５７１　肺静脈還流異常症手術
１　部分肺静脈還流異常　50,970点
２　総肺静脈還流異常
イ　心臓型　109,310点
ロ　その他のもの　129,310点

Ｋ５７２　肺静脈形成術　58,930点

Ｋ５７３　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）　16,090点
２　心房中隔欠損作成術　36,900点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５７４　心房中隔欠損閉鎖術
１　単独のもの　39,130点
２　肺動脈弁狭窄を合併するもの　45,130点

Ｋ５７４－２　経皮的心房中隔欠損閉鎖術　31,850点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５７５　三心房心手術　68,940点

Ｋ５７６　心室中隔欠損閉鎖術
１　単独のもの　52,320点
２　肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの　65,830点
３　大動脈弁形成を伴うもの　66,060点
４　右室流出路形成を伴うもの　71,570点

Ｋ５７７　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

Ｋ５７８　右室二腔症手術　80,490点

Ｋ５７９　不完全型房室中隔欠損症手術
１　心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独のもの）　60,330点
２　心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの　66,060点

Ｋ５７９－２　完全型房室中隔欠損症手術
１　心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの　107,350点
２　ファロー四徴症手術を伴うもの　192,920点

Ｋ５８０　ファロー四徴症手術
１　右室流出路形成術を伴うもの　71,000点
２　末梢肺動脈形成術を伴うもの　94,060点

Ｋ５８１　肺動脈閉鎖症手術
１　単独のもの　100,200点
２　ラステリ手術を伴うもの　173,620点
３　巨大側副血管術を伴うもの　231,500点
注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５８２　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）　192,920点

Ｋ５８３　大血管転位症手術
１　心房内血流転換手術（マスタード・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）　144,690点
３　心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの　173,620点
４　ラステリ手術を伴うもの　154,330点
注　４については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５８４　修正大血管転位症手術
１　心室中隔欠損パッチ閉鎖術　85,790点
２　根治手術（ダブルスイッチ手術）　201,630点
注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５８５　総動脈幹症手術　143,860点

Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術
１　両方向性グレン手術　71,570点
２　フォンタン手術　85,880点
３　心室中隔造成術　181,350点
注　２については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

Ｋ５８７　左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）　179,310点

Ｋ５８８　冠動静脈瘻開胸的遮断術　53,240点

Ｋ５８９　冠動脈起始異常症手術　85,880点

Ｋ５９０　心室憩室切除術　76,710点

Ｋ５９１　心臓脱手術　113,400点

Ｋ５９２　肺動脈塞栓除去術　48,880点

Ｋ５９２－２　肺動脈血栓内膜摘除術　135,040点

Ｋ５９３　肺静脈血栓除去術　39,270点

Ｋ５９４　不整脈手術
１　副伝導路切断術　89,250点
２　心室頻拍症手術　147,890点
３　メイズ手術　98,640点

Ｋ５９４－２　肺静脈隔離術　72,230点

Ｋ５９５　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　40,760点
２　その他のもの　34,370点
注１　三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、17,000点を所定点数に加算する。
２　磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、5,000点を所定点数に加算する。
３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ５９５－２　経皮的中隔心筋焼灼術　24,390点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ５９６　体外ペースメーキング術　3,370点

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術
　　１　心筋電極の場合　15,060点
　　２　経静脈電極の場合　9,520点
　　３　リードレスペースメーカーの場合　9,520点
Ｋ５９７－２　ペースメーカー交換術　4,000点
Ｋ５９７－３　植込型心電図記録計移植術　1,260点
Ｋ５９７－４　植込型心電図記録計摘出術　840点
Ｋ５９８　両心室ペースメーカー移植術　31,510点
Ｋ５９８－２　両心室ペースメーカー交換術　5,000点
Ｋ５９９　植込型除細動器移植術
　　１　経静脈リードを用いるもの　31,510点
　　２　皮下植込型リードを用いるもの　24,310点
Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術　7,200点
Ｋ５９９－３　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術　35,200点
　　注　両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。
Ｋ５９９－４　両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術　7,200点
　　注　両室ペーシング機能付き植込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。
Ｋ５９９－５　経静脈電極抜去術
　　１　レーザーシースを用いるもの　28,600点
　　２　レーザーシースを用いないもの　22,210点
　　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ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。
Ｋ６０１　人工心肺（１日につき）
　　１　初日　30,150点
　　２　２日目以降　3,000点
　　注１　初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、4,800点を所定点数に加算する（主たるもののみを算定する。）。
　　２　初日に選択的脳灌流を併せて行った場合は、7,000点を所定点数に加算する。
　　３　カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｋ６０２　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
Ｋ６０２－２　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（１日につき）
　　１　初日　11,100点
　　２　２日目以降　3,680点
Ｋ６０３　補助人工心臓（１日につき）
　　１　初日　54,370点
　　２　２日目以降30日目まで　5,000点
　　３　31日目以降　4,000点
Ｋ６０３－２　小児補助人工心臓（１日につき）
　　１　初日　63,150点
　　２　２日目以降30日目まで　8,680点
　　３　31日目以降　7,680点
Ｋ６０４　削除
Ｋ６０４－２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）
　　１　初日（１日につき）　58,500点

２　２日目以降30日目まで（１日につき）　5,000点
３　31日目以降90日目まで（１日につき）　2,780点
４　91日目以降（１日につき）　1,500点

Ｋ６０５　移植用心採取術　62,720点
注　心提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６０５－２　同種心移植術　192,920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。

Ｋ６０５－３　移植用心肺採取術　100,040点
注　心肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６０５－４　同種心肺移植術　286,010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。

Ｋ６０５－５　骨格筋由来細胞シート心表面移植術　9,420点

（動脈）

Ｋ６０６　血管露出術　530点

Ｋ６０７　血管結紮術
１　開胸又は開腹を伴うもの　12,660点
２　その他のもの　3,750点

Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　3,130点

Ｋ６０７－３　上腕動脈表在化法　5,000点

Ｋ６０８　動脈塞栓除去術
１　開胸又は開腹を伴うもの　28,560点
２　その他のもの（観血的なもの）　11,180点

Ｋ６０８－２　外シャント血栓除去術　1,680点

Ｋ６０８－３　内シャント血栓除去術　3,130点

Ｋ６０９　動脈血栓内膜摘出術
１　大動脈に及ぶもの　40,950点
２　内頸動脈　43,880点
３　その他のもの　28,450点

Ｋ６０９－２　経皮的頸動脈ステント留置術　34,740点
注１　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
２　内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術
１　頭蓋内動脈　99,700点
２　胸腔内動脈（大動脈を除く。）　52,570点
３　腹腔内動脈（大動脈を除く。）　47,790点
４　指（手、足）の動脈　18,400点
５　その他の動脈　21,700点

Ｋ６１０－２　脳新生血管造成術　52,550点

Ｋ６１０－３　内シャント又は外シャント設置術　18,080点

Ｋ６１０－４　四肢の血管吻合術　18,080点

Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）　18,080点

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置
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

Ｋ６１２　末梢動静脈瘻造設術
１　静脈転位を伴うもの　21,300点
２　その他のもの　7,760点

Ｋ６１３　腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）　31,840点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術

１　大動脈	70,700点
２　胸腔内動脈	64,050点
３　腹腔内動脈	56,560点
４　頭、頸部動脈	55,050点
５　下腿、足部動脈	62,670点
６　膝窩動脈	42,500点
７　その他の動脈	30,290点

Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）

１　止血術	23,110点
２　選択的動脈化学塞栓術	20,040点
３　その他のもの	18,620点

Ｋ６１５－２　経皮的大動脈遮断術	1,660点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ６１６　四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ６１６－２　頸動脈球摘出術	10,800点
Ｋ６１６－３　経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ６１６－５　経皮的血管内異物除去術	14,000点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

（静脈）

Ｋ６１７　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
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術	11,020点
Ｋ６１７－３　静脈瘤切除術（下肢以外）	1,820点
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ６１７－５　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200点

注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ６１８　中心静脈注射用植込型カテーテル設置

１　四肢に設置した場合	10,500点
２　頭頸部その他に設置した場合	10,800点

注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、300点を加算する。

２　使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。

Ｋ６１９　静脈血栓摘出術

１　開腹を伴うもの	22,070点
２　その他のもの（観血的なもの）	13,100点
Ｋ６１９－２　総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100点
Ｋ６２０　下大静脈フィルター留置術	10,160点
Ｋ６２０－２　下大静脈フィルター除去術	6,490点
Ｋ６２１　門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	40,650点
Ｋ６２２　胸管内頸静脈吻合術	37,620点

Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術
　　１　胸腔内静脈　25,200点
　　２　腹腔内静脈　25,200点
　　３　その他の静脈　16,140点
Ｋ６２３－２　脾腎静脈吻合術　21,220点
（リンパ管、リンパ節）
Ｋ６２４　削除
Ｋ６２５　リンパ管腫摘出術
　　１　長径５センチメートル未満　13,090点
　　２　長径５センチメートル以上　16,390点
Ｋ６２６　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
Ｋ６２６－２　リンパ節膿瘍切開術　910点
Ｋ６２７　リンパ節群郭清術
　　１　顎下部又は舌下部（浅在性）　10,870点
　　２　頸部（深在性）　24,090点
　　３　鎖骨上窩及び下窩　14,460点
　　４　腋窩　17,750点
　　５　胸骨旁　23,190点
　　６　鼠径部及び股部　8,710点
　　７　後腹膜　41,380点
　　８　骨盤　26,800点
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術　41,090点
Ｋ６２７－３　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術　26,460点
　注　泌尿器がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２７－４　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術　39,720点
　注　精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２８　リンパ管吻合術　34,450点
第９款　腹部
区分
（腹壁、ヘルニア）
Ｋ６２９　削除
Ｋ６３０　腹壁膿瘍切開術　1,270点
Ｋ６３１　腹壁瘻手術
　　１　腹壁に限局するもの　1,820点
　　２　腹腔に通ずるもの　10,050点
Ｋ６３２　腹壁腫瘍摘出術
　　１　形成手術を必要としない場合　4,310点
　　２　形成手術を必要とする場合　11,210点
Ｋ６３３　ヘルニア手術
　　１　腹壁瘢痕ヘルニア　9,950点
　　２　半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開　6,200点
　　３　臍ヘルニア　4,200点
　　４　臍帯ヘルニア　18,810点
　　５　鼠径ヘルニア　6,000点
　　６　大腿ヘルニア　8,860点
　　７　腰ヘルニア　8,880点
　　８　骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）　18,810点

９　内ヘルニア　18,810点

Ｋ６３３－２　腹腔鏡下ヘルニア手術

１　腹壁瘢痕ヘルニア　16,520点

２　大腿ヘルニア　18,550点

３　半月状線ヘルニア、白線ヘルニア　13,820点

４　臍ヘルニア　11,420点

５　閉鎖孔ヘルニア　24,130点

Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）　22,960点

（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）

Ｋ６３５　胸水・腹水濾過濃縮再静注法　4,990点

Ｋ６３５－２　腹腔・静脈シャントバルブ設置術　6,730点

Ｋ６３５－３　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術　12,000点

Ｋ６３６　試験開腹術　5,550点

Ｋ６３６－２　ダメージコントロール手術　11,240点

Ｋ６３６－３　腹腔鏡下試験開腹術　11,320点

Ｋ６３６－４　腹腔鏡下試験切除術　11,320点

Ｋ６３７　限局性腹腔膿瘍手術

１　横隔膜下膿瘍　10,690点

２　ダグラス窩膿瘍　5,710点

３　虫垂周囲膿瘍　5,340点

４　その他のもの　9,270点

Ｋ６３７－２　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。

Ｋ６３８　骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術　3,290点

Ｋ６３９　急性汎発性腹膜炎手術　14,400点

Ｋ６３９－２　結核性腹膜炎手術　12,000点

Ｋ６３９－３　腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術　23,040点

Ｋ６４０　腸間膜損傷手術

１　縫合、修復のみのもの　10,390点

２　腸管切除を伴うもの　26,880点

Ｋ６４１　大網切除術　8,720点

Ｋ６４２　大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術

１　腸切除を伴わないもの　14,290点

２　腸切除を伴うもの　29,970点

Ｋ６４２－２　腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術　32,310点

Ｋ６４２－３　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術　30,310点

Ｋ６４３　後腹膜悪性腫瘍手術　48,510点

Ｋ６４３－２　腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術　50,610点

Ｋ６４４　臍腸管瘻手術

１　腸管切除を伴わないもの　5,260点

２　腸管切除を伴うもの　18,280点

Ｋ６４５　骨盤内臓全摘術　120,980点

（胃、十二指腸）

Ｋ６４６　胃血管結紮術（急性胃出血手術）　11,360点

Ｋ６４７　胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）　12,190点

Ｋ６４７－２　腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術　23,940点

Ｋ６４７－３　内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術　10,300点

Ｋ６４８　胃切開術　11,140点

Ｋ６４９　胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術　11,800点

Ｋ６４９－２　腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術　22,320点
Ｋ６５０　削除
Ｋ６５１　内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術　9,210点
Ｋ６５２　胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）　11,530点
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術　6,460点
　２　早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術　18,370点
　３　早期悪性腫瘍ポリープ切除術　6,230点
　４　その他のポリープ・粘膜切除術　5,200点
Ｋ６５３－２　食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）　3,200点
Ｋ６５３－３　内視鏡的食道及び胃内異物摘出術　3,250点
Ｋ６５３－４　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法　6,460点
Ｋ６５３－５　内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術　12,480点
Ｋ６５４　内視鏡的消化管止血術　4,600点
Ｋ６５４－２　胃局所切除術　13,830点
Ｋ６５４－３　腹腔鏡下胃局所切除術
　１　内視鏡処置を併施するもの　26,500点
　２　その他のもの　20,400点
Ｋ６５５　胃切除術
　１　単純切除術　33,850点
　２　悪性腫瘍手術　55,870点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術
　１　単純切除術　45,470点
　２　悪性腫瘍手術　64,120点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－３　十二指腸窓（内方）憩室摘出術　26,910点
Ｋ６５５－４　噴門側胃切除術
　１　単純切除術　40,170点
　２　悪性腫瘍切除術　71,630点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－５　腹腔鏡下噴門側胃切除術
　１　単純切除術　54,010点
　２　悪性腫瘍切除術　75,730点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６５６　胃縮小術　28,210点
Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）　40,050点
Ｋ６５７　胃全摘術
　１　単純全摘術　50,920点
　２　悪性腫瘍手術　69,840点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術
　１　単純全摘術　64,740点
　２　悪性腫瘍手術　83,090点
　注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５８　削除
Ｋ６５９　食道下部迷走神経切除術（幹迷切）
　１　単独のもの　13,600点
　２　ドレナージを併施するもの　19,000点

３　胃切除術を併施するもの　37,620点
Ｋ６５９－２　腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）　30,570点
Ｋ６６０　食道下部迷走神経選択的切除術
１　単独のもの　19,500点
２　ドレナージを併施するもの　28,210点
３　胃切除術を併施するもの　37,620点
Ｋ６６０－２　腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術　34,100点
Ｋ６６１　胃冠状静脈結紮及び切除術　17,400点
Ｋ６６２　胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）　16,010点
Ｋ６６２－２　腹腔鏡下胃腸吻合術　18,890点
Ｋ６６３　十二指腸空腸吻合術　13,400点
Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）　6,070点
Ｋ６６４－２　経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）　14,610点
Ｋ６６４－３　薬剤投与用胃瘻造設術　8,570点
Ｋ６６５　胃瘻閉鎖術
１　開腹又は腹腔鏡によるもの　12,040点
２　内視鏡によるもの　10,300点
Ｋ６６５－２　胃瘻抜去術　2,000点
Ｋ６６６　幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）　10,500点
Ｋ６６６－２　腹腔鏡下幽門形成術　17,060点
Ｋ６６７　噴門形成術　16,980点
Ｋ６６７－２　腹腔鏡下噴門形成術　37,620点
Ｋ６６７－３　削除
Ｋ６６８　胃横断術（静脈瘤手術）　28,210点
Ｋ６６８－２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術　31,710点
（胆嚢、胆道）
Ｋ６６９　胆管切開術　12,460点
Ｋ６７０　胆嚢切開結石摘出術　11,800点
Ｋ６７１　胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）
１　胆嚢摘出を含むもの　33,850点
２　胆嚢摘出を含まないもの　26,880点
Ｋ６７１－２　腹腔鏡下胆管切開結石摘出術
１　胆嚢摘出を含むもの　39,890点
２　胆嚢摘出を含まないもの　33,610点
Ｋ６７２　胆嚢摘出術　27,670点
Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術　21,500点
Ｋ６７３　胆管形成手術（胆管切除術を含む。）　37,620点
Ｋ６７４　総胆管拡張症手術　59,490点
注　乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６７４－２　腹腔鏡下総胆管拡張症手術　110,000点
注　乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６７５　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。）　45,520点
２　肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの　57,790点
３　肝切除（葉以上）を伴うもの　77,450点
４　膵頭十二指腸切除を伴うもの　101,590点
５　膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの　173,500点
Ｋ６７６　削除
Ｋ６７７　胆管悪性腫瘍手術

１　膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの　173,500点
２　その他のもの　84,700点
Ｋ６７７－２　肝門部胆管悪性腫瘍手術
１　血行再建あり　180,990点
２　血行再建なし　101,090点
Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）　16,300点
Ｋ６７９　胆嚢胃（腸）吻合術　11,580点
Ｋ６８０　総胆管胃（腸）吻合術　33,850点
Ｋ６８１　胆嚢外瘻造設術　9,420点
Ｋ６８２　胆管外瘻造設術
１　開腹によるもの　14,760点
２　経皮経肝によるもの　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６８２－２　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。
Ｋ６８２－３　内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）　10,800点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６８２－４　超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）　25,570点
Ｋ６８３　削除
Ｋ６８４　先天性胆道閉鎖症手術　60,000点
Ｋ６８４－２　腹腔鏡下胆道閉鎖症手術　119,200点
Ｋ６８５　内視鏡的胆道結石除去術
１　胆道砕石術を伴うもの　14,300点
２　その他のもの　9,980点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
Ｋ６８６　内視鏡的胆道拡張術　13,820点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
Ｋ６８７　内視鏡的乳頭切開術
１　乳頭括約筋切開のみのもの　11,270点
２　胆道砕石術を伴うもの　24,550点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
Ｋ６８８　内視鏡的胆道ステント留置術　11,540点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
Ｋ６８９　経皮経肝胆管ステント挿入術　12,270点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６８９－２　経皮経肝バルーン拡張術　12,270点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
（肝）
Ｋ６９０　肝縫合術　17,400点
Ｋ６９１　肝膿瘍切開術
１　開腹によるもの　11,860点
２　開胸によるもの　12,520点
Ｋ６９１－２　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。
Ｋ６９２　肝嚢胞切開又は縫縮術　13,710点
Ｋ６９２－２　腹腔鏡下肝嚢胞切開術　28,210点
Ｋ６９３　肝内結石摘出術（開腹）　28,210点
Ｋ６９４　肝嚢胞、肝膿瘍摘出術　28,210点
Ｋ６９５　肝切除術

１　部分切除　39,040点
２　亜区域切除　56,280点
３　外側区域切除　46,130点
４　１区域切除（外側区域切除を除く。）　60,700点
５　２区域切除　76,210点
６　３区域切除以上のもの　97,050点
７　２区域切除以上であって、血行再建を伴うもの　126,230点
注　区分番号Ｋ６９７－２に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号Ｋ６９７－３に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合には、局所穿刺療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。

Ｋ６９５－２　腹腔鏡下肝切除術
１　部分切除　59,680点
２　外側区域切除　74,880点
３　亜区域切除　108,820点
４　１区域切除（外側区域切除を除く。）　130,730点
５　２区域切除　152,440点
６　３区域切除以上のもの　174,090点

Ｋ６９６　肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術　30,940点

Ｋ６９７　肝内胆管外瘻造設術
１　開腹によるもの　18,810点
２　経皮経肝によるもの　10,800点

Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）
１　腹腔鏡によるもの　18,710点
２　その他のもの　17,410点

Ｋ６９７－３　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
１　２センチメートル以内のもの
イ　腹腔鏡によるもの　16,300点
ロ　その他のもの　15,000点
２　２センチメートルを超えるもの
イ　腹腔鏡によるもの　23,260点
ロ　その他のもの　21,960点

Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）　82,800点
注　肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植術　227,140点
注１　生体部分肝を移植した場合は、生体部分肝の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
２　肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６９７－６　移植用肝採取術（死体）　86,700点
注　肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６９７－７　同種死体肝移植術　193,060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。

（膵）

Ｋ６９８　急性膵炎手術
１　感染性壊死部切除を伴うもの　49,390点
２　その他のもの　28,210点

Ｋ６９９　膵結石手術
１　膵切開によるもの　28,210点
２　経十二指腸乳頭によるもの　28,210点

Ｋ６９９－２　体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）　19,300点

注　破砕した膵石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的膵石除去加算として、一連につき１回に限り5,640点を所定点数に加算する。

Ｋ７００　膵中央切除術　53,560点

Ｋ７００－２　膵腫瘍摘出術　26,100点

Ｋ７００－３　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術　39,950点

Ｋ７０１　膵破裂縫合術　22,080点

Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術

１　膵尾部切除術の場合

イ　脾同時切除の場合　24,000点

ロ　脾温存の場合　21,750点

２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合　57,190点

３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合　52,730点

４　血行再建を伴う腫瘍切除術の場合　55,870点

Ｋ７０２－２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

１　脾同時切除の場合　53,480点

２　脾温存の場合　56,240点

Ｋ７０３　膵頭部腫瘍切除術

１　膵頭十二指腸切除術の場合　78,620点

２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合　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　128,230点

Ｋ７０３－２　腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術　158,450点

Ｋ７０４　膵全摘術　103,030点

Ｋ７０５　膵嚢胞胃（腸）吻合術　31,310点

Ｋ７０６　膵管空腸吻合術　37,620点

Ｋ７０７　膵嚢胞外瘻造設術

１　内視鏡によるもの　18,370点

２　開腹によるもの　12,460点

Ｋ７０８　膵管外瘻造設術　18,810点

Ｋ７０８－２　膵管誘導手術　18,810点

Ｋ７０８－３　内視鏡的膵管ステント留置術　22,240点

Ｋ７０９　膵瘻閉鎖術　28,210点

Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）　77,240点

注　膵提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術　112,570点

注　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）　84,080点

注　膵腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術　140,420点

注　膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

（脾）

Ｋ７１０　脾縫合術（部分切除を含む。）　24,410点

Ｋ７１１　脾摘出術　31,030点

Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術　37,060点

（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）

Ｋ７１２　破裂腸管縫合術　10,400点

Ｋ７１３　腸切開術　9,650点
Ｋ７１４　腸管癒着症手術　12,010点
Ｋ７１４－２　腹腔鏡下腸管癒着剥離術　20,650点
Ｋ７１５　腸重積症整復術
　１　非観血的なもの　4,490点
　２　観血的なもの　6,040点
Ｋ７１５－２　腹腔鏡下腸重積症整復術　14,660点
Ｋ７１６　小腸切除術
　１　悪性腫瘍手術以外の切除術　15,940点
　２　悪性腫瘍手術　34,150点
Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術
　１　悪性腫瘍手術以外の切除術　31,370点
　２　悪性腫瘍手術　37,380点
Ｋ７１６－３　移植用部分小腸採取術（生体）　56,850点
　注　小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７１６－４　生体部分小腸移植術　164,240点
　注１　生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
　２　小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７１６－５　移植用小腸採取術（死体）　65,140点
　注　小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７１６－６　同種死体小腸移植術　177,980点
　注　小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７１７　小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）　18,810点
Ｋ７１８　虫垂切除術
　１　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの　6,740点
　２　虫垂周囲膿瘍を伴うもの　8,880点
Ｋ７１８－２　腹腔鏡下虫垂切除術
　１　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの　13,760点
　２　虫垂周囲膿瘍を伴うもの　22,050点
Ｋ７１９　結腸切除術
　１　小範囲切除　24,170点
　２　結腸半側切除　29,940点
　３　全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術　35,680点
Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術
　１　小範囲切除、結腸半側切除　42,680点
　２　全切除、亜全切除　59,510点
Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術　59,510点
Ｋ７１９－４　ピックレル氏手術　13,700点
Ｋ７１９－５　全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術　51,860点
Ｋ７２０　結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（開腹によるもの）　16,610点
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
　１　長径２センチメートル未満　5,000点
　２　長径２センチメートル以上　7,000点
Ｋ７２１－２　削除
Ｋ７２１－３　内視鏡的結腸異物摘出術　5,360点
Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術　22,040点
Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術　10,390点

Ｋ７２３　削除
Ｋ７２４　腸吻合術　9,330点
Ｋ７２５　腸瘻、虫垂瘻造設術　7,360点
Ｋ７２５－２　腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術　13,250点
Ｋ７２６　人工肛門造設術　9,570点
Ｋ７２６－２　腹腔鏡下人工肛門造設術　16,700点
Ｋ７２７　腹壁外腸管前置術　8,340点
Ｋ７２８　腸狭窄部切開縫合術　11,220点
Ｋ７２９　腸閉鎖症手術
　１　腸管切除を伴わないもの　12,190点
　２　腸管切除を伴うもの　28,210点
Ｋ７２９－２　多発性小腸閉鎖症手術　47,020点
Ｋ７２９－３　腹腔鏡下腸閉鎖症手術　32,310点
Ｋ７３０　小腸瘻閉鎖術
　１　腸管切除を伴わないもの　11,580点
　２　腸管切除を伴うもの　17,900点
　３　内視鏡によるもの　10,300点
Ｋ７３１　結腸瘻閉鎖術
　１　腸管切除を伴わないもの　11,750点
　２　腸管切除を伴うもの　28,210点
　３　内視鏡によるもの　10,300点
Ｋ７３２　人工肛門閉鎖術
　１　腸管切除を伴わないもの　11,470点
　２　腸管切除を伴うもの　28,210点
Ｋ７３３　盲腸縫縮術　4,400点
Ｋ７３４　腸回転異常症手術　18,810点
Ｋ７３４－２　腹腔鏡下腸回転異常症手術　26,800点
Ｋ７３５　先天性巨大結腸症手術　50,830点
Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）　11,090点
　注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
Ｋ７３５－３　腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術　63,710点
Ｋ７３５－４　下部消化管ステント留置術　10,920点
Ｋ７３５－５　腸管延長術　76,000点
Ｋ７３６　人工肛門形成術
　１　開腹を伴うもの　10,030点
　２　その他のもの　3,670点
（直腸）
Ｋ７３７　直腸周囲膿瘍切開術　2,610点
Ｋ７３８　直腸異物除去術
　１　経肛門（内視鏡によるもの）　8,040点
　２　開腹によるもの　11,530点
Ｋ７３９　直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）
　１　経肛門　4,010点
　２　経括約筋　9,940点
　３　経腹及び経肛　18,810点
Ｋ７３９－２　経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）　26,100点
Ｋ７３９－３　低侵襲経肛門的局所切除術（ＭＩＴＡＳ）　16,700点
Ｋ７４０　直腸切除・切断術
　１　切除術　42,850点

２　低位前方切除術　66,300点
３　超低位前方切除術（経肛門的結腸嚢肛門吻合によるもの）　69,840点
４　切断術　77,120点
注　１から３までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術
１　切除術　75,460点
２　低位前方切除術　83,930点
３　切断術　83,930点
注　１及び２については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

Ｋ７４０－３　削除
Ｋ７４１　直腸狭窄形成手術　28,210点
Ｋ７４１－２　直腸瘤手術　5,760点
Ｋ７４２　直腸脱手術
１　経会陰によるもの
イ　腸管切除を伴わないもの　8,410点
ロ　腸管切除を伴うもの　25,780点
２　直腸挙上固定を行うもの　10,900点
３　骨盤底形成を行うもの　18,810点
４　腹会陰からのもの（腸切除を含む。）　37,620点

Ｋ７４２－２　腹腔鏡下直腸脱手術　30,810点
（肛門、その周辺）
Ｋ７４３　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）　4,010点
３　結紮術、焼灼術、血栓摘出術　1,390点
４　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴わないもの）　5,190点
５　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）　6,520点
６　ＰＰＨ　11,260点

Ｋ７４３－２　肛門括約筋切開術　1,380点
Ｋ７４３－３　削除
Ｋ７４３－４　痔核手術後狭窄拡張手術　5,360点
Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術　3,750点
Ｋ７４３－６　肛門部皮膚剥離切除術　3,750点
Ｋ７４４　裂肛又は肛門潰瘍根治手術　3,110点
Ｋ７４５　肛門周囲膿瘍切開術　2,050点
Ｋ７４６　痔瘻根治手術
１　単純なもの　3,750点
２　複雑なもの　7,470点

Ｋ７４６－２　高位直腸瘻手術　8,120点
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術　1,040点
Ｋ７４８　肛門悪性腫瘍手術
１　切除　28,210点
２　直腸切断を伴うもの　70,680点

Ｋ７４９　肛門拡張術（観血的なもの）　1,630点
Ｋ７５０　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　23,660点

Ｋ７５１　鎖肛手術
　　１　肛門膜状閉鎖切開　2,100点
　　２　会陰式　18,810点
　　３　仙骨会陰式　35,270点
　　４　腹会陰、腹仙骨式　62,660点
Ｋ７５１－２　仙尾部奇形腫手術　46,950点
Ｋ７５１－３　腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）　70,140点
Ｋ７５２　肛門形成手術
　　１　肛門狭窄形成手術　5,210点
　　２　直腸粘膜脱形成手術　7,710点
Ｋ７５３　毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術　3,680点

第10款　尿路系・副腎

区分

（副腎）
Ｋ７５４　副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）　28,210点
Ｋ７５４－２　腹腔鏡下副腎摘出術　40,100点
Ｋ７５４－３　腹腔鏡下小切開副腎摘出術　34,390点
Ｋ７５５　副腎腫瘍摘出術
　　１　皮質腫瘍　39,410点
　　２　髄質腫瘍（褐色細胞腫）　47,020点
Ｋ７５５－２　腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）　47,030点
Ｋ７５６　副腎悪性腫瘍手術　47,020点
Ｋ７５６－２　腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術　51,120点

（腎、腎盂）
Ｋ７５７　腎破裂縫合術　37,620点
Ｋ７５７－２　腎破裂手術　38,270点
Ｋ７５８　腎周囲膿瘍切開術　3,480点
Ｋ７５９　腎切半術　37,620点
Ｋ７６０　癒合腎離断術　47,020点
Ｋ７６１　腎被膜剥離術（除神経術を含む。）　10,660点
Ｋ７６２　腎固定術　10,350点
Ｋ７６３　腎切石術　27,550点
Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）　32,800点
Ｋ７６５　経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む。）　33,040点
Ｋ７６６　経皮的尿管拡張術（経皮的腎瘻造設術を含む。）　13,000点
Ｋ７６７　腎盂切石術　27,210点
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　19,300点
Ｋ７６９　腎部分切除術　35,880点
Ｋ７６９－２　腹腔鏡下腎部分切除術　43,930点
Ｋ７６９－３　腹腔鏡下小切開腎部分切除術　42,900点
Ｋ７７０　腎嚢胞切除縮小術　11,580点
Ｋ７７０－２　腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術　18,850点
Ｋ７７０－３　腹腔鏡下腎嚢胞切除術　20,360点
Ｋ７７１　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。
Ｋ７７２　腎摘出術　18,760点
Ｋ７７２－２　腹腔鏡下腎摘出術　54,250点
Ｋ７７２－３　腹腔鏡下小切開腎摘出術　40,240点
Ｋ７７３　腎（尿管）悪性腫瘍手術　42,770点

Ｋ７７３－２　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術　64,720点
Ｋ７７３－３　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術　49,870点
Ｋ７７３－４　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）　52,800点
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　70,730点
Ｋ７７４　削除
Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術　13,860点
Ｋ７７６　腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術　27,890点
Ｋ７７７　腎（腎盂）腸瘻閉鎖術
　１　内視鏡によるもの　10,300点
　２　その他のもの　28,210点
Ｋ７７８　腎盂形成手術　33,120点
Ｋ７７８－２　腹腔鏡下腎盂形成手術　51,600点
Ｋ７７９　移植用腎採取術（生体）　35,700点
　注　腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７７９－２　移植用腎採取術（死体）　43,400点
　注　腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７７９－３　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。
Ｋ７８０　同種死体腎移植術　98,770点
　注１　臓器の移植に関する法律（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。
Ｋ７８０－２　生体腎移植術　62,820点
　注１　生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
　２　腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
（尿管）
Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術
　１　レーザーによるもの　22,270点
　２　その他のもの　14,800点
Ｋ７８１－２　削除
Ｋ７８１－３　経尿道的腎盂尿管凝固止血術　8,250点
Ｋ７８２　尿管切石術
　１　上部及び中部　10,310点
　２　膀胱近接部　15,310点
Ｋ７８３　経尿道的尿管狭窄拡張術　20,930点
Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術　3,400点
Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術　1,300点
Ｋ７８４　残存尿管摘出術　18,810点
Ｋ７８４－２　尿管剥離術　18,810点
Ｋ７８５　経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術　21,420点
Ｋ７８５－２　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術　31,040点
Ｋ７８６　尿管膀胱吻合術　25,570点
　注　巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。
Ｋ７８７　尿管尿管吻合術　27,210点
Ｋ７８８　尿管腸吻合術　17,070点
Ｋ７８９　尿管腸膀胱吻合術　46,450点

Ｋ７９０　尿管皮膚瘻造設術　14,200点
Ｋ７９１　尿管皮膚瘻閉鎖術　30,450点
Ｋ７９２　尿管腸瘻閉鎖術
　１　内視鏡によるもの　10,300点
　２　その他のもの　36,840点
Ｋ７９３　尿管腟瘻閉鎖術　28,210点
Ｋ７９４　尿管口形成手術　16,580点
Ｋ７９４－２　経尿道的尿管瘤切除術　15,500点
（膀胱）
Ｋ７９５　膀胱破裂閉鎖術　11,170点
Ｋ７９６　膀胱周囲膿瘍切開術　3,300点
Ｋ７９７　膀胱内凝血除去術　2,980点
Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術
　１　経尿道的手術　8,320点
　２　膀胱高位切開術　3,150点
Ｋ７９８－２　経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）　8,320点
Ｋ７９９　膀胱壁切除術　9,270点
Ｋ８００　膀胱憩室切除術　9,060点
Ｋ８００－２　経尿道的電気凝固術　9,060点
Ｋ８００－３　膀胱水圧拡張術　6,410点
　注１　間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。
　２　灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
　３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
Ｋ８０１　膀胱単純摘除術
　１　腸管利用の尿路変更を行うもの　59,350点
　２　その他のもの　51,510点
Ｋ８０２　膀胱腫瘍摘出術　10,610点
Ｋ８０２－２　膀胱脱手術
　１　メッシュを使用するもの　30,880点
　２　その他のもの　23,260点
Ｋ８０２－３　膀胱後腫瘍摘出術
　１　腸管切除を伴わないもの　11,100点
　２　腸管切除を伴うもの　21,700点
Ｋ８０２－４　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術　12,710点
Ｋ８０２－５　腹腔鏡下膀胱部分切除術　22,410点
Ｋ８０２－６　腹腔鏡下膀胱脱手術　41,160点
　注　メッシュを使用した場合に算定する。
Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術
　１　切除　34,150点
　２　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　66,890点
　３　全摘（尿管Ｓ状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの）　80,160点
　４　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　107,800点
　５　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　110,600点
　６　経尿道的手術
　イ　電解質溶液利用のもの　12,300点
　ロ　その他のもの　10,400点
　注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
Ｋ８０３－２　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　76,880点
２　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　117,790点
３　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　120,590点

Ｋ８０３－３　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　74,880点
２　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　115,790点
３　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　118,590点

Ｋ８０４　尿膜管摘出術　10,950点
Ｋ８０４－２　腹腔鏡下尿膜管摘出術　22,030点
Ｋ８０５　膀胱瘻造設術　3,530点
Ｋ８０５－２　膀胱皮膚瘻造設術　25,200点
Ｋ８０５－３　導尿路造設術　49,400点
Ｋ８０６　膀胱皮膚瘻閉鎖術　8,700点
Ｋ８０７　膀胱腟瘻閉鎖術　27,700点
Ｋ８０８　膀胱腸瘻閉鎖術
１　内視鏡によるもの　10,300点
２　その他のもの　27,700点

Ｋ８０９　膀胱子宮瘻閉鎖術　37,180点
Ｋ８０９－２　膀胱尿管逆流手術　25,570点
注　巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を加算する。

Ｋ８０９－３　腹腔鏡下膀胱内手術　39,280点
Ｋ８１０　ボアリー氏手術　36,840点
Ｋ８１１　腸管利用膀胱拡大術　48,200点
Ｋ８１２　回腸（結腸）導管造設術　49,570点
Ｋ８１２－２　排泄腔外反症手術
１　外反膀胱閉鎖術　70,430点
２　膀胱腸裂閉鎖術　103,710点

（尿道）
Ｋ８１３　尿道周囲膿瘍切開術　1,160点
Ｋ８１４　外尿道口切開術　1,010点
Ｋ８１５　尿道結石、異物摘出術
１　前部尿道　2,180点
２　後部尿道　6,300点

Ｋ８１６　外尿道腫瘍切除術　2,180点
Ｋ８１７　尿道悪性腫瘍摘出術
１　摘出　32,230点
２　内視鏡による場合　23,130点
３　尿路変更を行う場合　54,060点

Ｋ８１８　尿道形成手術
１　前部尿道　17,030点
２　後部尿道　37,700点

Ｋ８１９　尿道下裂形成手術　33,790点
Ｋ８１９－２　陰茎形成術　52,710点
Ｋ８２０　尿道上裂形成手術　39,000点
Ｋ８２１　尿道狭窄内視鏡手術　15,040点
Ｋ８２１－２　尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）　14,200点
Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術　12,300点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

Ｋ８２２　女子尿道脱手術　7,560点
Ｋ８２３　尿失禁手術
１　恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの　23,510点
２　その他のもの　20,680点
Ｋ８２３－２　尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術　23,320点
注　コラーゲン注入手術に伴って使用したコラーゲンの費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｋ８２３－３　膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）　23,320点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ８２３－４　腹腔鏡下尿失禁手術　32,440点
Ｋ８２３－５　人工尿道括約筋植込・置換術　23,920点

第11款　性器

区分

（陰茎）
Ｋ８２４　陰茎尖圭コンジローム切除術　1,130点
Ｋ８２５　陰茎全摘術　16,630点
Ｋ８２６　陰茎切断術　7,020点
Ｋ８２６－２　陰茎折症手術　8,550点
Ｋ８２６－３　陰茎様陰核形成手術　7,020点
Ｋ８２７　陰茎悪性腫瘍手術
１　陰茎切除　23,200点
２　陰茎全摘　36,500点
Ｋ８２８　包茎手術
１　背面切開術　740点
２　環状切除術　2,040点
Ｋ８２８－２　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　4,670点
２　その他のシャント術によるもの　18,600点
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）
Ｋ８２９　精管切断、切除術（両側）　2,550点
Ｋ８３０　精巣摘出術　2,770点
Ｋ８３０－２　精巣外傷手術
１　陰嚢内血腫除去術　3,200点
２　精巣白膜縫合術　3,400点
Ｋ８３１及びＫ８３１－２　削除
Ｋ８３２　精巣上体摘出術　4,200点
Ｋ８３３　精巣悪性腫瘍手術　12,340点
Ｋ８３４　精索静脈瘤手術　2,970点
Ｋ８３４－２　腹腔鏡下内精巣静脈結紮術　20,500点
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術　12,500点
Ｋ８３５　陰嚢水腫手術
１　交通性陰嚢水腫手術　3,620点
２　その他　2,290点
Ｋ８３６　停留精巣固定術　9,740点
Ｋ８３６－２　腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術　37,170点
Ｋ８３７　精管形成手術　12,470点
Ｋ８３８　精索捻転手術
１　対側の精巣固定術を伴うもの　7,810点
２　その他のもの　8,230点

（精嚢、前立腺）

Ｋ８３９　前立腺膿瘍切開術	2,770点
Ｋ８４０　前立腺被膜下摘出術	15,920点
Ｋ８４１　経尿道的前立腺手術	
１　電解質溶液利用のもの	20,400点
２　その他のもの	18,500点
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除術	
１　ホルミウムレーザーを用いるもの	20,470点
２　その他のもの	19,000点
Ｋ８４１－３　経尿道的前立腺高温度治療（一連につき）	5,000点
Ｋ８４１－４　焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000点
Ｋ８４１－５　経尿道的前立腺核出術	21,500点
Ｋ８４２　削除	
Ｋ８４３　前立腺悪性腫瘍手術	41,080点
Ｋ８４３－２　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430点
Ｋ８４３－３　腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780点
Ｋ８４３－４　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	95,280点

（外陰、会陰）

Ｋ８４４　バルトリン腺膿瘍切開術	780点
Ｋ８４５　処女膜切開術	790点
Ｋ８４６　処女膜切除術	980点
Ｋ８４７　輪状処女膜切除術	2,230点
Ｋ８４８　バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	2,760点
Ｋ８４９　女子外性器腫瘍摘出術	2,340点
Ｋ８５０　女子外性器悪性腫瘍手術	
１　切除	29,190点
２　皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	63,200点
Ｋ８５０－２　腟絨毛性腫瘍摘出術	23,830点
Ｋ８５１　会陰形成手術	
１　筋層に及ばないもの	2,330点
２　筋層に及ぶもの	6,910点
Ｋ８５１－２　外陰・腟血腫除去術	1,600点
Ｋ８５１－３　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	6,240点

（腟）

Ｋ８５２　腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）	
１　前又は後壁裂創	2,760点
２　前後壁裂創	6,330点
３　腟円蓋に及ぶ裂創	8,280点
４　直腸裂傷を伴うもの	31,940点
Ｋ８５３　腟閉鎖術	
１　中央腟閉鎖術（子宮全脱）	7,410点
２　その他	2,580点
Ｋ８５４　腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2,230点
Ｋ８５４－２　後腟円蓋切開（異所性妊娠）	2,230点
Ｋ８５５　腟中隔切除術	
１　不全隔のもの	1,260点
２　全中隔のもの	2,540点

Ｋ８５６　腟壁腫瘍摘出術　2,540点
Ｋ８５６－２　腟壁嚢腫切除術　2,540点
Ｋ８５６－３　腟ポリープ切除術　1,040点
Ｋ８５６－４　腟壁尖圭コンジローム切除術　1,040点
Ｋ８５７　腟壁悪性腫瘍手術　44,480点
Ｋ８５８　腟腸瘻閉鎖術
　１　内視鏡によるもの　10,300点
　２　その他のもの　35,130点
Ｋ８５９　造腟術、腟閉鎖症術
　１　拡張器利用によるもの　2,130点
　２　遊離植皮によるもの　18,810点
　３　腟断端挙上によるもの　28,210点
　４　腸管形成によるもの　47,040点
　５　筋皮弁移植によるもの　55,810点
Ｋ８５９－２　腹腔鏡下造腟術　38,690点
Ｋ８６０　腟壁形成手術　7,880点
Ｋ８６０－２　腟断端挙上術（腟式、腹式）　29,190点
（子宮）
Ｋ８６１　子宮内膜掻爬術　1,180点
Ｋ８６２　クレニッヒ手術　7,710点
Ｋ８６３　腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術　20,610点
Ｋ８６３－２　子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剥離術を含む。）　18,590点
Ｋ８６３－３　子宮鏡下子宮内膜焼灼術　17,810点
Ｋ８６４　子宮位置矯正術
　１　アレキサンダー手術　4,040点
　２　開腹による位置矯正術　8,140点
　３　癒着剥離矯正術　16,420点
Ｋ８６５　子宮脱手術
　１　腟壁形成手術及び子宮位置矯正術　16,900点
　２　ハルバン・シャウタ手術　16,900点
　３　マンチェスター手術　14,110点
　４　腟壁形成手術及び子宮全摘術（腟式、腹式）　28,210点
Ｋ８６５－２　腹腔鏡下仙骨腟固定術　48,240点
　注　メッシュを使用した場合に算定する。
Ｋ８６６　子宮頸管ポリープ切除術　990点
Ｋ８６６－２　子宮腟部冷凍凝固術　990点
Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術　3,330点
Ｋ８６７－２　子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術　470点
Ｋ８６７－３　子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）　3,330点
Ｋ８６７－４　子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療　3,330点
Ｋ８６８からＫ８７０まで　削除
Ｋ８７１　子宮息肉様筋腫摘出術（腟式）　3,810点
Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術
　１　腹式　24,510点
　２　腟式　14,290点
Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術　37,620点
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　4,730点
Ｋ８７２－４　痕跡副角子宮手術
　１　腹式　15,240点

２　腟式　8,450点
Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法　8,450点
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　17,100点
Ｋ８７４及びＫ８７５　削除
Ｋ８７６　子宮腟上部切断術　10,390点
Ｋ８７６－２　腹腔鏡下子宮腟上部切断術　17,540点
Ｋ８７７　子宮全摘術　28,210点
Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術　42,050点
Ｋ８７８　広靱帯内腫瘍摘出術　16,120点
Ｋ８７８－２　腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術　28,130点
Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術　62,000点
Ｋ８７９－２　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術　70,200点
Ｋ８８０　削除
Ｋ８８１　腹壁子宮瘻手術　23,290点
Ｋ８８２　重複子宮、双角子宮手術　25,280点
Ｋ８８３　子宮頸管形成手術　3,590点
Ｋ８８３－２　子宮頸管閉鎖症手術
１　非観血的　180点
２　観血的　3,590点
Ｋ８８４　奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）　23,290点
（子宮附属器）
Ｋ８８５　腟式卵巣嚢腫内容排除術　1,350点
Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢腫内容排除術　1,490点
Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）
１　開腹によるもの　13,890点
２　腹腔鏡によるもの　21,370点
Ｋ８８７　卵巣部分切除術（腟式を含む。）
１　開腹によるもの　6,150点
２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－２　卵管結紮術（腟式を含む。）（両側）
１　開腹によるもの　4,350点
２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－３　卵管口切開術
１　開腹によるもの　5,220点
２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－４　腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術　24,130点
Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
１　開腹によるもの　17,080点
２　腹腔鏡によるもの　25,940点
Ｋ８８８－２　卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）
１　開腹によるもの　12,460点
２　腹腔鏡によるもの　25,540点
Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）　58,500点
Ｋ８９０　卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）　27,380点
Ｋ８９０－２　卵管鏡下卵管形成術　46,410点
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　46,410点
（産科手術）
Ｋ８９１　分娩時頸部切開術（縫合を含む。）　3,170点
Ｋ８９２　骨盤位娩出術　3,800点

Ｋ８９３　吸引娩出術　2,550点
Ｋ８９４　鉗子娩出術
　１　低位（出口）鉗子　2,700点
　２　中位鉗子　4,760点
Ｋ８９５　会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）　1,530点
Ｋ８９６　会陰（腟壁）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　4,630点
　３　腟円蓋に及ぶもの　4,320点
　４　直腸裂創を伴うもの　8,920点
Ｋ８９７　頸管裂創縫合術（分娩時）　5,880点
Ｋ８９８　帝王切開術
　１　緊急帝王切開　22,200点
　２　選択帝王切開　20,140点
　注　複雑な場合については、2,000点を所定点数に加算する。
Ｋ８９９　胎児縮小術（娩出術を含む。）　3,220点
Ｋ９００　臍帯還納術　1,240点
Ｋ９００－２　脱垂肢整復術　1,240点
Ｋ９０１　子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）　2,460点
Ｋ９０２　胎盤用手剥離術　2,350点
Ｋ９０３　子宮破裂手術
　１　子宮全摘除を行うもの　29,190点
　２　子宮腟上部切断を行うもの　29,190点
　３　その他のもの　16,130点
Ｋ９０４　妊娠子宮摘出術（ポロー手術）　33,120点
Ｋ９０５　子宮内反症整復手術（腟式、腹式）
　１　非観血的　340点
　２　観血的　15,490点
Ｋ９０６　子宮頸管縫縮術
　１　マクドナルド法　1,680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
Ｋ９０７　胎児外回転術　670点
Ｋ９０８　胎児内（双合）回転術　1,190点
Ｋ９０９　流産手術
　１　妊娠11週までの場合
　　イ　手動真空吸引法によるもの　4,000点
　　ロ　その他のもの　2,000点
　２　妊娠11週を超え妊娠21週までの場合　5,110点
Ｋ９０９－２　子宮内容除去術（不全流産）　1,980点
Ｋ９１０　削除
Ｋ９１０－２　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術　40,000点
Ｋ９１０－３　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）　11,880点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ９１１　胞状奇胎除去術　4,120点
Ｋ９１２　異所性妊娠手術
　１　開腹によるもの　14,110点
　２　腹腔鏡によるもの　22,950点
Ｋ９１３　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　2,700点
（その他）
Ｋ９１３－２　性腺摘出術
１　開腹によるもの　6,280点
２　腹腔鏡によるもの　18,590点
第12款　削除
第13款　臓器提供管理料
区分
Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料　20,000点
注　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ９１５　生体臓器提供管理料　5,000点
第２節　輸血料
区分
Ｋ９２０　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）
⑴　液状保存の場合　250点
⑵　凍結保存の場合　500点
ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）
⑴　液状保存の場合　250点
⑵　凍結保存の場合　500点
４　自己血輸血
イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに）
⑴　液状保存の場合　750点
⑵　凍結保存の場合　1,500点
ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）
⑴　液状保存の場合　750点
⑵　凍結保存の場合　1,500点
５　希釈式自己血輸血
イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに）　1,000点
ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）　1,000点
６　交換輸血（１回につき）　5,250点
注１　輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。
２　自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。
３　骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号Ｄ４０４に掲げる骨髄穿刺又は区分番号Ｋ６０６に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。
４　輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。

５　輸血に伴って行った患者の血液型検査（ＡＢＯ式及びRh式）の費用として54点を所定点数に加算する。

６　不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず１月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、１週間に１回に限り、197点を所定点数に加算する。

７　ＨＬＡ型適合血小板輸血に伴って行ったＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）又はクラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。

８　輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、１回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。

９　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

10　輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

11　輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

12　血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、580点を所定点数に加算する。

Ｋ９２０－２　輸血管理料

１　輸血管理料Ⅰ　220点

２　輸血管理料Ⅱ　110点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合に、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、１においては120点、２においては60点を加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。

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　21,640点

ロ　自家移植の場合　17,440点

２　末梢血幹細胞採取

イ　同種移植の場合　21,640点

ロ　自家移植の場合　17,440点

注１　同種移植における造血幹細胞提供者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用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　骨髄移植

イ　同種移植の場合　66,450点

ロ　自家移植の場合　25,850点

２　末梢血幹細胞移植

イ　同種移植の場合　66,450点
ロ　自家移植の場合　30,850点
3　臍帯血移植　66,450点
注1　同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
2　造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、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、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。
4　造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。
5　造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。
6　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。
7　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
8　1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。
9　1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）
1　濃縮及び洗浄を行うもの　5,500点
2　濾過を行うもの　3,500点
注1　併施される手術の所定点数とは別に算定する。
2　使用した術中術後自己血回収セットの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２４　自己生体組織接着剤作成術　4,340点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

Ｋ９２４－２　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）　1,760点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

第3節　手術医療機器等加算

区分
Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定等加算
1　脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合　3,130点
2　甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合　2,500点

Ｋ９３１　超音波凝固切開装置等加算　3,000点
注　胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

Ｋ９３２　創外固定器加算　10,000点
注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５６－２、Ｋ０５８、Ｋ０７３、Ｋ０７６、Ｋ０７８、Ｋ１２４－２、Ｋ１２５、Ｋ１８０の3又はＫ４４３に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３３　イオントフォレーゼ加算　45点
注　区分番号Ｋ３００及びＫ３０９に掲げる手術に当たって、イオントフォレーゼを使用した場合に算定する。

Ｋ９３４　副鼻腔手術用内視鏡加算　1,000点

注　区分番号Ｋ３５０、Ｋ３５２、Ｋ３５２－３、Ｋ３６２－２及びＫ３６５に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

Ｋ９３４－２　副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算　1,000点

注　区分番号Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで及びＫ３５０からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３５　止血用加熱凝固切開装置加算　700点

注　区分番号Ｋ４７６に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５４－３の２からＫ６５５－２まで、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ７００からＫ７００－３まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０５、Ｋ７０６、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６、Ｋ７１６－２、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

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

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算　5,500点

注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－３　微小血管自動縫合器加算　2,500点

注　区分番号Ｋ０１７及びＫ０２０に掲げる手術に当たって、微小血管自動縫合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３７　心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算　30,000点

注　区分番号Ｋ５５２－２に掲げる手術に当たって、心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３７－２　術中グラフト血流測定加算　2,500点

注　手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。

Ｋ９３８　体外衝撃波消耗性電極加算　3,000点

注　区分番号Ｋ６７８及びＫ７６８に掲げる手術に当たって、消耗性電極を使用した場合に算定する。

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

１　ナビゲーションによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、Ｋ

３４０－３からＫ３４０－７まで、Ｋ３４２、Ｋ３４３、Ｋ３４９からＫ３６５まで、Ｋ５１１の２、Ｋ５１３の２、Ｋ５１４の２、Ｋ５１４－２の２、Ｋ６９５、Ｋ６９５－２及びＫ６９７－４に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

２　実物大臓器立体モデルによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ１３６、Ｋ１４２の６、Ｋ１４２－２、Ｋ１５１－２、Ｋ１６２、Ｋ１８０、Ｋ２２７、Ｋ２２８、Ｋ２３６、Ｋ２３７、Ｋ３１３、Ｋ３１４の２、Ｋ４０６の２、Ｋ４２７、Ｋ４２７－２、Ｋ４２９、Ｋ４３３、Ｋ４３４及びＫ４３６からＫ４４４までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

３　患者適合型手術支援ガイドによるもの　2,000点

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

Ｋ９３９－２　術中血管等描出撮影加算　500点

注　手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定する。

Ｋ９３９－３　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算　450点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

Ｋ９３９－４　削除

Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ６６４に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。

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

Ｋ９３９－６　凍結保存同種組織加算　81,610点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓、大血管、肝臓、胆道又は膵臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。

Ｋ９３９－７　レーザー機器加算

１　レーザー機器加算１　50点

２　レーザー機器加算２　100点

３　レーザー機器加算３　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

２　１については、Ｋ４０６（１に限る。）、Ｋ４１３（１に限る。）、Ｋ４２１（１に限る。）、Ｋ４２３（１に限る。）及びＫ４４８に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

３　２については、区分番号Ｋ４１３（２に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

４　３については、区分番号Ｋ４０６（２に限る。）、Ｋ４０９、Ｋ４１１、Ｋ４２１（２に限る。）、Ｋ４２３（２に限る。）、Ｋ４５１及びＫ４５２に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

第４節　薬剤料

区分

Ｋ９４０　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点

数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　特定保険医療材料料

区分		
Ｋ９５０	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部　麻酔

通則

1　麻酔の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節及び第２節の各区分の所定点数に第３節又は第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

2　未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は１歳以上３歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。

3　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。

4　同一の目的のために２以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。

5　第１節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの麻酔料は、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（単純な場合）　600点

3　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）　800点

注１　３歳以上６歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。

２　３については、静脈麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｌ００２　硬膜外麻酔

1　頸（けい）・胸部　1,500点

2　腰部　800点

3　仙骨部　340点

注　実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。

Ｌ００３　硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（１日につき）（麻酔当日を除く。）　80点

注　精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、１日につき80点を所定点数に加算する。

Ｌ００４　脊椎麻酔　850点

注　実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数

を増すごとに、128点を所定点数に加算する。

Ｌ００５　上・下肢伝達麻酔　170点

Ｌ００６　球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）　150点

Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔　310点

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

１　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　24,900点

ロ　イ以外の場合　18,200点

２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600点

ロ　イ以外の場合　12,100点

３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450点

ロ　イ以外の場合　9,050点

４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130点

ロ　イ以外の場合　6,610点

５　その他の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　8,300点

ロ　イ以外の場合　6,000点

注１　一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。

２　全身麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　１に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,800点

ロ　２に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,200点

ハ　３に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　900点

ニ　４に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　660点

ホ　５に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　600点

３　酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

４　硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔併施加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　頸・胸部　750点

ロ　腰部　400点

ハ　仙骨部　170点

５　注４について、硬膜外麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間

加算として、30分又はその端数を増すごとに、注４のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を更に所定点数に加算する。

６　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。

７　心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。

８　同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、15,250点を所定点数に加算する。

９　区分番号Ｌ１００に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、45点を所定点数に加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号Ｋ６７２－２に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びＫ７１８－２に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。

11　区分番号Ｋ６０９に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－２　低体温療法（１日につき）　12,200点

注１　低体温療法を開始してから３日間を限度として算定する。

２　心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法（一連につき）　5,000点

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

１　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　250点

２　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　1,050点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。

２　１について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｌ０１０に掲げる麻酔管理料(Ⅱ)を算定している場合は算定できない。

４　区分番号Ｋ０１７、Ｋ０２０、Ｋ１３６－２、Ｋ１４２－２の１、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１６９の１、Ｋ１７２、Ｋ１７５の２、Ｋ１７７、Ｋ３１４の２、Ｋ３７９－２の２、Ｋ３９４の２、Ｋ３９５、Ｋ４０３の２、Ｋ４１５の２、Ｋ５１４の９、Ｋ５１４－４、Ｋ５１９、Ｋ５２９の１、Ｋ５２９－２の２、Ｋ５５２の１、Ｋ５５３の３、Ｋ５５３－２の２、Ｋ５５３－２の３、Ｋ５５５の３、Ｋ５５８、Ｋ５６０の１のイからＫ５６０の１のハまで、Ｋ５６０の２、Ｋ５６０の３のイからＫ５６０の３のニまで、Ｋ５６０の４、Ｋ５６０の５、Ｋ５６０－２の２のニ、Ｋ５６７の３、Ｋ５７９－２の２、Ｋ５８０の２、Ｋ５８１の３、Ｋ５８２の２、Ｋ５８２の３、Ｋ５８３、Ｋ５８４の２、Ｋ５８５、Ｋ５８６の２、Ｋ５８７、Ｋ５９２－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１０の１、Ｋ６４５、Ｋ６７５の４、Ｋ６７５の５、Ｋ６７７－２の１、Ｋ６９５の４、Ｋ６９５の６、Ｋ６９５の７、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０３、

Ｋ７０４、Ｋ８０１の１、Ｋ８０３の２、Ｋ８０３の４及びＫ８０３－２に掲げる手術に当たって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

Ｌ０１０　麻酔管理料(Ⅱ)

１　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　150点

２　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　450点

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

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

１　トータルスパイナルブロック、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、腰神経叢ブロック　570点

４　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合　400点

５　星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック　340点

６　腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　170点

７　頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　90点

注　上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号Ｌ１０２に掲げる神経幹内注射で算定する。

Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

１　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック　3,000点

２　胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック　1,800点

３　眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　800点

４　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後

枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　340点

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

Ｌ１０２　神経幹内注射　25点

Ｌ１０３　カテラン硬膜外注射　140点

Ｌ１０４　トリガーポイント注射　80点

Ｌ１０５　神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（１日につき）（チューブ挿入当日を除く。）　80点

注　精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、１日につき80点を所定点数に加算する。

第３節　薬剤料

区分

Ｌ２００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｌ３００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部　放射線治療

通則

1　放射線治療の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節の所定点数に第２節の所定点数を合算した点数により算定する。

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

3　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号Ｍ０００からＭ００１－３まで及びＭ００２からＭ００４までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｍ０００　放射線治療管理料（分布図の作成１回につき）

1	１門照射、対向２門照射又は外部照射を行った場合	2,700点
2	非対向２門照射、３門照射又は腔内照射を行った場合	3,100点
3	４門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合	4,000点
4	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による体外照射を行った場合	5,000点

注１　線量分布図を作成し、区分番号Ｍ００１に掲げる体外照射、区分番号Ｍ００４の１に掲げる外部照射、区分番号Ｍ００４の２に掲げる腔内照射又は区分番号Ｍ００４の３に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、一連につき２回に限り算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号Ｍ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｍ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。

3　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号Ｍ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｍ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り100点を所定点数に加算する。

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき１回に限り2,000点を所定点数に加算する。

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

1	甲状腺癌に対するもの	1,390点
2	甲状腺機能亢進症に対するもの	1,390点
3	固形癌骨転移による疼痛に対するもの	1,700点
4	Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの	3,000点
5	骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの	2,630点

注１　１及び２については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する

患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　３については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

３　４については、Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

４　５については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

Ｍ００１　体外照射

１　エックス線表在治療

イ　１回目　110点

ロ　２回目　33点

２　高エネルギー放射線治療

イ　１回目

⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点

⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点

⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　1,800点

ロ　２回目

⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点

⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点

⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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、術中照射療法加算として、患者１人につき１日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。

３　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、２のイの⑶若しくはロの⑶又は３に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　体表面の位置情報によるもの　150点

ロ　骨構造の位置情報によるもの　300点

ハ　腫瘍の位置情報によるもの　450点

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。

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

Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　50,000点

Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）

１　定位放射線治療の場合　63,000点

２　１以外の場合　8,000点

注１　定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。

イ　動体追尾法　10,000点

ロ　その他　5,000点

Ｍ００１－４　粒子線治療（一連につき）

１　希少な疾病に対して実施した場合

イ　重粒子線治療の場合　187,500点

ロ　陽子線治療の場合　187,500点

２　１以外の特定の疾病に対して実施した場合

イ　重粒子線治療の場合　110,000点

ロ　陽子線治療の場合　110,000点

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

２　粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

Ｍ００２　全身照射（一連につき）　30,000点

注　造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。

Ｍ００３　電磁波温熱療法（一連につき）

１　深在性悪性腫瘍に対するもの　9,000点

２　浅在性悪性腫瘍に対するもの　6,000点

Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき）

１　外部照射　80点

２　腔内照射

イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　10,000点

ロ　その他の場合　5,000点

３　組織内照射

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（がん）に対する永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として、使用した線源の費用として１個につき630点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、注６の加算は算定できない。

５　食道用アプリケーター又は気管、気管支用アプリケーターを使用した場合は、食道用アプリケーター加算又は気管、気管支用アプリケーター加算として、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。

６　使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

７　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（ＩＧＢＴ）（２のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

Ｍ００５　血液照射　110点

第２節　特定保険医療材料料

区分

Ｍ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第13部　病理診断

通則

1　病理診断の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節及び第２節並びに第３部第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2　病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第３部第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

3　病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前２号により算定した点数及び第３部第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

4　第１節又は第２節に掲げられていない病理診断であって特殊な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。ただし、区分番号Ｎ００６に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。

7　保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００３－２に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。

第１節　病理標本作製料

通則

1　病理標本作製に当たって、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定する。

2　リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数える。

区分

Ｎ０００	病理組織標本作製	
	１　組織切片によるもの（１臓器につき）	860点
	２　セルブロック法によるもの（１部位につき）	860点
Ｎ００１	電子顕微鏡病理組織標本作製（１臓器につき）	2,000点
Ｎ００２	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	
	１　エストロジェンレセプター	720点
	２　プロジェステロンレセプター	690点
	３　ＨＥＲ２タンパク	690点
	４　ＥＧＦＲタンパク	690点
	５　ＣＣＲ４タンパク	10,000点
	６　ＡＬＫ融合タンパク	2,700点
	７　ＣＤ３０	400点
	８　その他（１臓器につき）	400点

注１　１及び２の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。

2　８について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患

者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。

Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製（１手術につき）　1,990点

Ｎ００３－２　迅速細胞診

１　手術中の場合（１手術につき）　450点

２　検査中の場合（１検査につき）　450点

Ｎ００４　細胞診（１部位につき）

１　婦人科材料等によるもの　150点

２　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　190点

注１　１について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

２　２について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。

Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製

１　単独の場合　2,700点

２　区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の３による病理標本作製を併せて行った場合　3,050点

Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製　6,520点

Ｎ００５－３　ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点

第２節　病理診断・判断料

区分

Ｎ００６　病理診断料

１　組織診断料　450点

２　細胞診断料　200点

注１　１については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製、区分番号Ｎ００１に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

２　２については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ００３－２に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号Ｎ００４に掲げる細胞診の２により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

３　当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号Ｎ０００からＮ００４までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

４　病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該

基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　病理診断管理加算１

⑴　組織診断を行った場合　120点

⑵　細胞診断を行った場合　60点

ロ　病理診断管理加算２

⑴　組織診断を行った場合　320点

⑵　細胞診断を行った場合　160点

５　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号Ｎ０００の１に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作製又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｎ００７　病理判断料　150点

注１　行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｎ００６に掲げる病理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30年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。

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に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。

３　施設入所者材料料

イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ３００に掲げる特定保険医療材料

ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料

注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。

４　その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料

ロ　第２章特掲診療料第３部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）

ハ　第２章特掲診療料第５部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）

ニ　第２章特掲診療料第６部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）

ホ　第２章特掲診療料第７部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）

ヘ　第２章特掲診療料第８部精神科専門療法に掲げる診療料

ト　第２章特掲診療料第９部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）

チ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）

リ　第２章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１　施設入所者共同指導料　600点

注　併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

薬剤　　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。

３　施設入所者材料料

イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ３００に掲げる特定保険医療材料

ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料

注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。

４　その他の診療料

併設保険医療機関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⑴（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料⑵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　平成30年９月30日までの間における区分番号Ａ０００の注２については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号Ａ０００の注３、区分番号Ａ００２の注２及び注３並びに区分番号Ｃ０１２の注１から注３までについては、「400床」とあるのは、「500床」とする。

３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

４　平成31年３月31日までの間における区分番号Ａ２０６の注２については、「400床」とあるのは、「500床」とする。

５　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号Ａ２４５の１のロ又は２のロの規定については、平成30年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年３月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。

６　旧算定方法別表第一区分番号Ａ３００の注３及び注４の規定については、平成30年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年３月31日までの間に限り、なお従前の例による。

７　第２章第２部第２節第１款の通則１及び２の規定にかかわらず、平成32年３月31日までの間に限り、区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号Ｃ１１９に掲げる在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月１回に限り所定点数を算定する。

８　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

イ　区分番号Ｄ００６の２に掲げるトロンボテスト

ロ　区分番号Ｄ００６－３の２に掲げるｍＲＮＡ定量（１以外のもの）

ハ　区分番号Ｄ００７の９に掲げるムコ蛋白

ニ　区分番号Ｄ００７の24に掲げる膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）

ホ　区分番号Ｄ００９の６に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（ＰＡＰ）

９　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｈ００１の注４の後段及び注５、Ｈ００１－２の注４の後段及び注５並びにＨ００２の注４の後段及び注５に規定する診療料は、平成31年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別表第二

歯科診療報酬点数表

［目次］

第１章　基本診療料
第１部　初・再診料
第１節　初診料
第２節　再診料
第２部　入院料等
第１節　入院基本料
第２節　入院基本料等加算
第３節　特定入院料
第４節　短期滞在手術等基本料
第２章　特掲診療料
第１部　医学管理等
第２部　在宅医療
第３部　検査
第１節　検査料
第２節　薬剤料
第４部　画像診断
第１節　診断料
第２節　撮影料
第３節　基本的エックス線診断料
第４節　フィルム及び造影剤料
第５部　投薬
第１節　調剤料
第２節　処方料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第５節　処方箋料
第６節　調剤技術基本料
第６部　注射
第１節　注射料
第１款　注射実施料
第２款　無菌製剤処理料
第２節　薬剤料
第３節　特定保険医療材料料
第７部　リハビリテーション
第１節　リハビリテーション料
第２節　薬剤料
第８部　処置
第１節　処置料
第２節　処置医療機器等加算
第３節　特定薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第９部　手術
第１節　手術料
第２節　輸血料
第３節　手術医療機器等加算
第４節　薬剤料

第５節　特定薬剤料
第６節　特定保険医療材料料
第10部　麻酔
第１節　麻酔料
第２節　薬剤料
第３節　特定保険医療材料料
第11部　放射線治療
第１節　放射線治療管理・実施料
第２節　特定保険医療材料料
第12部　歯冠修復及び欠損補綴
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３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等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算を除く。）は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。

第１節　初診料

区分

Ａ０００　初診料

１　歯科初診料　237点

２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　282点

注１　１については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、226点を算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、１の歯科初診料は算定できない。

３　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて１回とし、第１回の初診時に算定する。

４　同一の患者について１月以内に初診料を算定すべき初診を２回以上行った場合は、初診料は１回とし、第１回の初診時に算定する。

５　６歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定する場合は算定できない。

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

7　６歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。

8　６歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注７のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。

9　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制加算２として、初診時１回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。

11　歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。

Ａ００１　削除

第２節　再診料

区分

Ａ００２　再診料

１　歯科再診料　48点

２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　72点

注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。

２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合におい

て、１の歯科再診料は算定できない。

３　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、10点を所定点数に加算する。ただし、注６に規定する加算を算定する場合を除く。

４　著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

５　６歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、65点、190点又は420点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、180点を所定点数に加算する。

６　６歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、75点、200点又は530点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、190点を所定点数に加算する。

７　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。

８　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算１又は再診時歯科外来診療環境体制加算２として、３点又は５点を所定点数に加算する。

９　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。

第２部　入院料等

通則

１　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第４節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。

２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

３　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

４　第１節から第４節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合は、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。

５　別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は歯科医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策及び栄養管理体制につい

て、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

７　前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、前号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。

第１節　入院基本料

通則

１　本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例により算定する。

２　本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る算定要件の例による。

３　本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算する。

４　本節各区分に掲げる入院基本料に係る加算要件は、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算要件の例による。

５　本節各区分に掲げる入院基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例による。

６　本節各区分に掲げる入院基本料を算定する保険医療機関においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

７　前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）につき算定できる医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料
Ａ１０１　療養病棟入院基本料
Ａ１０２　特定機能病院入院基本料
Ａ１０３　専門病院入院基本料
Ａ１０４　削除
Ａ１０５　有床診療所入院基本料
Ａ１０６　有床診療所療養病床入院基本料

第２節　入院基本料等加算

通則

１　本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号Ａ２５０に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。

２　本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号Ａ２５０に掲げる地域歯科診療支援病院入

院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例による。

区分

Ａ２００　総合入院体制加算

Ａ２０１からＡ２０３まで　削除

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

Ａ２０５　救急医療管理加算

Ａ２０５－２　在宅患者緊急入院診療加算

Ａ２０６　診療録管理体制加算

Ａ２０６－２　医師事務作業補助体制加算

Ａ２０６－３　急性期看護補助体制加算

Ａ２０６－４　看護職員夜間配置加算

Ａ２０７　乳幼児加算・幼児加算

Ａ２０８　削除

Ａ２０８－２　難病等特別入院診療加算

Ａ２０８－３　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

Ａ２０９　看護配置加算

Ａ２１０　看護補助加算

Ａ２１１からＡ２１３まで　削除

Ａ２１４　地域加算

Ａ２１４－２　離島加算

Ａ２１５　療養環境加算

Ａ２１６　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

Ａ２１６－２　二類感染症患者療養環境特別加算

Ａ２１７　重症者等療養環境特別加算

Ａ２１７－２　小児療養環境特別加算

Ａ２１８　療養病棟療養環境加算

Ａ２１８－２　療養病棟療養環境改善加算

Ａ２１９　診療所療養病床療養環境加算

Ａ２１９－２　診療所療養病床療養環境改善加算

Ａ２２０　無菌治療室管理加算

Ａ２２１　放射線治療病室管理加算

Ａ２２１－２　緩和ケア診療加算

Ａ２２１－３　有床診療所緩和ケア診療加算

Ａ２２２　がん拠点病院加算

Ａ２２３　削除

Ａ２２３－２　栄養サポートチーム加算

Ａ２２４　医療安全対策加算

Ａ２２４－２　感染防止対策加算

Ａ２２４－３　患者サポート体制充実加算

Ａ２２５　削除

Ａ２２６　褥瘡（じょくそう）ハイリスク患者ケア加算

Ａ２２７からＡ２２７－４まで　削除

Ａ２２７－５　入退院支援加算

Ａ２２８　認知症ケア加算

Ａ２４０　削除

Ａ２４１　総合評価加算

Ａ２４２　削除

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算
Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算
Ａ２４５　薬剤総合評価調整加算
Ａ２５０　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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔(くう)リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔(くう)リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

通則

１　本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料の例により算定する。
２　本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
３　本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
４　本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
５　本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料の例による。
６　本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
７　前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

Ａ３００　特定集中治療室管理料
Ａ３０１　ハイケアユニット入院医療管理料
Ａ３０２　小児特定集中治療室管理料
Ａ３０３　緩和ケア病棟入院料
Ａ３０４　小児入院医療管理料
Ａ３０５　特定一般病棟入院料
Ａ３０６　地域包括ケア病棟入院料

第４節　短期滞在手術等基本料

区分

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

注１　医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料の注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号Ａ４

００に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

２　短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

ＢＯＯＯからＢＯＯＯ－３まで　削除

ＢＯＯＯ－４　歯科疾患管理料　100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、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して２月以内１回に限り算定する。

２　２回目以降の歯科疾患管理料は、１回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注１の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、１回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月１回に限り算定する。

３　区分番号ＢＯＯＯ－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号ＢＯＯＯ－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号ＢＯＯＯ－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注１及び注２の規定にかかわらず、区分番号ＢＯＯＯ－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号ＢＯＯＯ－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号ＢＯＯＯ－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

４　入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第１章第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

５　初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、注１及び注２の規定にかかわらず、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

６　管理計画に基づく治療終了日から起算して２月を経過するまでの間、区分番号Ａ０００に掲げる初診料は、算定できない。

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号ＢＯＯＯ－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号ＢＯＯＯ－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号ＢＯＯＯ－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定で

きない。

8　13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

9　注１の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。

10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12　口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

13　口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点

注１　がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。

2　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ０００－６　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

1　手術前　280点

2　手術後　190点

注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる

周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料⑴を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料⑵

１　手術前　500点

２　手術後　300点

注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料⑵を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料⑶　190点

注１　がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料⑶を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ００１　削除

Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料

１　歯科衛生実地指導料１　80点

２　歯科衛生実地指導料２　100点

注１　１については、歯科疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示

を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。

３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院した日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第１章第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る病棟に入院している場合は、この限りでない。

４　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している月は、算定できない。

Ｂ００１－３　歯周病患者画像活用指導料　10点

注　歯周病に罹患している患者に対して区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、２枚以上撮影した場合は、２枚目から１枚につき10点を所定点数に加算し、１回につき５枚に限り算定する。

Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料　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は、月２回に限り算定する。

２　指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、１回に限り、共同療養指導計画加算として、100点を所定点数に加算する。

３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

Ｂ００３　特定薬剤治療管理料　470点

注１　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

２　同一の患者につき１月以内に特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を２回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は１回とし、

第１回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

３　薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、４月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

４　特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

Ｂ００４　悪性腫瘍特異物質治療管理料

注　医科点数表の区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料の例により算定する。

Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合は、月１回に限り算定する。

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

３　区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料（２に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

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

２　歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

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

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

４　２について、区分番号Ａ２２１－２に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ００４－１－２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号Ｂ００４－１－５に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

５　３について、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注

５に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１　入院栄養食事指導料１

イ　初回　260点

ロ　２回目　200点

２　入院栄養食事指導料２

イ　初回　250点

ロ　２回目　190点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料　290点

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

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

３　区分番号Ｂ００４－１－２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料（２に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料１　72点

２　外来リハビリテーション診療料２　109点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ０００に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ０００－３に掲げる廃用症候群リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定できない。

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

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　292点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者

に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。

２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

Ｂ００４－２　手術前医学管理料　1,192点

注１　手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して第10部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク若しくは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

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

３　手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

４　同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に２枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影（区分番号Ｅ０００及び区分番号Ｅ１００に規定する歯科用３次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定する。この場合において、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

５　当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号Ｂ００１－４の注５の例による。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定する。

６　第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定できない。

７　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

Ｂ００４－３　手術後医学管理料（１日につき）

１　病院の場合　1,188点

２　診療所の場合　1,056点

注１　病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第５号により医科点数表の例によることとされるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）後に、必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日を限度として算定する。

２　同一の手術について、同一月に区分番号Ｂ００４－２に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する３日間については、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

３　当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号Ｂ００１－５に掲げる手術後医学管理料の注３の例による。

４　第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる尿・糞便等検査

判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定できない。

5　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

6　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料のうち、特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定できない。

Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　削除

Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２、Ｉ０１０及びＩ０１１－３に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2　第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3　歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

Ｂ００４－７及びＢ００４－８　削除

Ｂ００４－９　介護支援等連携指導料　400点

注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ０１５の注３に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）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

1　がん治療連携計画策定料１　750点

2　がん治療連携計画策定料２　300点

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

２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。

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

３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－３　がん治療連携管理料

１　がん診療連携拠点病院の場合　500点

２　地域がん診療病院の場合　300点

３　小児がん拠点病院の場合　750点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

Ｂ００６－３－４　療養・就労両立支援指導料　1,000点

注１　がんと診断された患者（産業医が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、６月に１回に限り算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

３　注１の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００７　退院前訪問指導料　580点

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

２　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

１　特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合　380点

２　１の患者以外の患者の場合　325点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、１については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、２についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者１人につき週１回かつ月４回に限り算定する。

２　麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき50点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料（３に限る。）は、算定できない。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　入院中の患者以外の患者であって、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)　250点

注１　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、当該患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

３　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得

て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

4　保険医療機関が、診療に基づき当該患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設又は介護医療院その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

5　保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

6　保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

7　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注５に規定する加算を算定する場合は算定しない。

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

ロ　入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合　30点

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料　30点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)　500点

注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師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　診療情報連携共有料　120点

注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。

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

Ｂ０１１－２　削除

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

２　注１の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合は、手帳記載加算として、３点を所定点数に加算する。

３　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定できない。

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。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２（注１の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料　100点

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

Ｂ０１３　新製有床義歯管理料（１口腔（くう）につき）

１　２以外の場合　190点

２　困難な場合　230点

注１　新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、１回に限り算定する。

２　新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔（くう）リハビリテーション料１（１に限る。）は算定できない。

Ｂ０１３－２　削除

Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）物管理料（１口腔（くう）につき）　480点

注　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴（てつ）に係る補綴（てつ）物（歯冠補綴（てつ）物、ブリッジ及

び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。

Ｂ０１４　退院時共同指導料１

１　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点

２　１以外の場合　500点

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

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

Ｂ０１５　退院時共同指導料２　400点

注１　入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と１回以上、共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定する。

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

３　注１の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。

４　注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ２２７－５に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

５　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料㈡は、別に算定できない。

Ｂ０１６　削除

Ｂ０１７　肺血栓塞栓症予防管理料　305点

注１　病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２　肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれる。

Ｂ０１８　医療機器安全管理料（一連につき）　1,100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

第２部　在宅医療

区分

Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）

１　歯科訪問診療１　1,036点

２　歯科訪問診療２　338点

３　歯科訪問診療３　175点

注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

4　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合

ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合

5　歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

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

7　別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、１回に限り300点を所定点数に加算する。

9　保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

10　歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合

⑴　同一建物居住者以外の場合　115点

⑵　同一建物居住者の場合　50点

ロ　イ以外の保険医療機関の場合

⑴　同一建物居住者以外の場合　90点

⑵　同一建物居住者の場合　30点

12　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。

13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ　初診時　237点

ロ　再診時　48点

14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

ロ　イ以外の場合　100点

Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　360点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点

３　１及び２以外の場合　300点

注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

２　訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。

３　区分番号Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

Ｃ００１－２　削除

Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料

１　在宅療養支援歯科診療所１の場合　320点

２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　250点

３　１及び２以外の場合　190点

注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月１回に限り算定する。

２　２回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、１回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注１の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、１回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月１回に限り算定する。

３　注１の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。

６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。

７　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

Ｃ００１－４　削除

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２、Ｉ０１０及びＩ０１１－３に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２　第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶は、別に算定できない。

Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

１　10歯未満　350点

２　10歯以上20歯未満　450点

３　20歯以上　550点

注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。

２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１

－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。

7　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　450点

注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。

2　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

4　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

Ｃ００２　救急搬送診療料　1,300点

注１　患者を救急用の自動車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に同乗して診療を行った場合に算定する。

２　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　650点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点

３　１及び２以外の場合　290点

注１　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

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

３　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

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

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は、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｃ００５　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点

注１　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。

２　退院した患者に対して退院の日から１月以内に行った指導管理の費用は算定できない。

３　入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

Ｃ００５－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点

注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　退院した患者に対して退院の日から１月以内に行った指導管理の費用は算定できない。

３　入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

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歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意

を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　１回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から１月以内に行った指導の費用は、１回目の歯科訪問診療料に含まれる。

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

４　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料を算定している患者については算定できない。

Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料　200点

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

第３部　検査

通則

１　検査の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　第１節に掲げられていない検査であって特殊なものの検査料は、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）

Ｄ０００　電気的根管長測定検査　30点

注　２根管以上の歯に対して実施した場合は、２根管目からは１根管を増すごとに15点を所定点数に加算する。

Ｄ００１　細菌簡易培養検査　60点

注　感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。

Ｄ００２　歯周病検査

１　歯周基本検査

イ　１歯以上10歯未満　50点

ロ　10歯以上20歯未満　110点

ハ　20歯以上　200点

２　歯周精密検査

イ　１歯以上10歯未満　100点

ロ　10歯以上20歯未満　220点

ハ　20歯以上　400点

３　混合歯列期歯周病検査　80点

注　同一の患者につき１月以内に歯周病検査を算定する検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

Ｄ００２－２からＤ００２－４まで　削除

Ｄ００２－５　歯周病部分的再評価検査（１歯につき）　15点

注　区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後１回に限り算定する。

Ｄ００３からＤ００８まで　削除

Ｄ００９　顎運動関連検査（１装置につき１回）　380点

注　顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（ＭＭＧ）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。

Ｄ０１０　歯冠補綴時色調採得検査（１枚につき）　10点

注　前歯部に対し、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号Ｍ０１５の２に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

Ｄ０１１　有床義歯咀嚼機能検査（１口腔につき）

１　有床義歯咀嚼機能検査１（１回につき）

イ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合　560点

ロ　咀嚼能力測定のみを行う場合　140点

２　有床義歯咀嚼機能検査２（１回につき）

イ　下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合　550点

ロ　咬合圧測定のみを行う場合　130点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。

２　有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。

３　新製有床義歯等の装着日前に２回以上行った場合は、第１回目の検査を行ったときに限り算定する。

４　新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して６月以内を限度として、月１回に限り算定する。

５　２については、１を算定した月は算定できない。

Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき）　140点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ｄ０１１に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき）　130点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ｄ０１１に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲

げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

Ｄ０１２　舌圧検査（１回につき）　140点

注１　舌圧測定を行った場合は、６月に１回に限り算定する。

２　注１の規定にかかわらず、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床又は区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する患者若しくはＪ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月２回に限り算定する。

Ｄ０１３　精密触覚機能検査　460点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該検査を行った場合に月１回に限り算定する。

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、算定できない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４部　画像診断

通則

１　画像診断の費用は、第１節の各区分の所定点数により、又は第１節、第２節及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における第１節の診断料（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）を除く。）は、第１の診断については第１節の各区分の所定点数により、第２の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　同一の部位につき、同時に２枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第２節の撮影料（区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（３に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第１枚目の撮影については第２節の各区分の所定点数により、第２枚目から第５枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の撮影については算定できない。

４　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、１日につき110点を所定点数に加算する。

５　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第１号から第３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ　歯科エックス線撮影の場合（１回につき）　10点

ロ　歯科パノラマ断層撮影の場合　95点

ハ　歯科用３次元エックス線断層撮影の場合　120点

ニ　その他の場合　60点

６　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）及び区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算１として月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。

７　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号Ｅ２０３に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、そ

の結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算２として、月１回に限り180点を所定点数に加算する。

８　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（１のイ及び３に係るものを除く。）又は区分番号Ｅ２００に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第６号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り歯科画像診断管理加算１を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算２を算定する場合は、この限りでない。

９　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号Ｅ２０３に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第７号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月１回に限り歯科画像診断管理加算２を算定する。

10　特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第３節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

11　第４部に掲げる画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

第１節　診断料

区分

Ｅ０００　写真診断

１　単純撮影

イ　歯科エックス線撮影

⑴　全顎撮影の場合　160点

⑵　全顎撮影以外の場合（１枚につき）　20点

ロ　その他の場合　85点

２　特殊撮影

イ　歯科パノラマ断層撮影　125点

ロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）　96点

３　歯科用３次元エックス線断層撮影　450点

４　造影剤使用撮影　72点

注１　一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における２枚目以降の撮影に係る写真診断（２及び３に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

２　３については、撮影の回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

第２節　撮影料

区分

Ｅ１００　歯、歯周組織、顎骨、口腔（くう）軟組織

１　単純撮影

イ　歯科エックス線撮影

⑴　全顎撮影の場合

①　アナログ撮影　250点

②　デジタル撮影　252点

⑵　全顎撮影以外の場合（１枚につき）

①　アナログ撮影　25点

②　デジタル撮影　28点

ロ　その他の場合

⑴　アナログ撮影　65点
⑵　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
⑴　アナログ撮影　180点
⑵　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）
⑴　アナログ撮影　264点
⑵　デジタル撮影　266点
3　歯科用３次元エックス線断層撮影（一連につき）　600点
4　造影剤使用撮影
イ　アナログ撮影　148点
ロ　デジタル撮影　150点
注１　１のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、10点を所定点数に加算する。
2　新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。
3　３について、同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
4　３について、造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。
Ｅ１０１　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
Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）
1　入院の日から起算して４週間以内の期間　55点
2　入院の日から起算して４週間を超えた期間　40点
注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。
2　次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。
イ　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の１に掲げるもの
ロ　区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の１に掲げるもの
3　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できない。
２　使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第５部　投薬

通則

１　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第５節の所定点数のみにより算定する。

２　投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第４節の所定点数により算定する。

３　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

第１節　調剤料

区分

Ｆ０００　調剤料

１　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　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、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、１に係る場合は１処方につき１点を、２に係る場合は１日につき１点をそれぞれ所定点数に加算する。

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　29点

２　１以外の場合　42点

注１　入院中の患者以外の患者に対する１回の処方について算定する。

２　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、１処方につき１点を所定点数に加算する。

３　入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれる。

４　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、１処方につき３点を所定点数に加算する。

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り１処方につき18点を所定点数に加算する。

６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で

抗悪性腫瘍剤を処方した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り１処方につき70点を所定点数に加算する。

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

第３節　薬剤料

区分

Ｆ２００　薬剤　薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は１点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに１点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	１剤１日分
屯服薬	１回分
外用薬	１調剤

注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

２　１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

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

４　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｆ３００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点

２　１以外の場合　68点

注１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付１回につき算定する。

２　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付１回につき３点を所定点数に加算する。

３　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注３の加算は算定できない。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、処方箋の交付１回につき70点を所定点数に加算する。

６　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　６点

ロ　一般名処方加算２　４点

第６節　調剤技術基本料

区分

Ｆ５００　調剤技術基本料

１　入院中の患者に投薬を行った場合　42点

２　その他の患者に投薬を行った場合　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（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。

２　同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を２回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月１回に限り算定する。

３　１において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として、10点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

第６部　注射

通則

１　注射の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、15点を前２号により算定した点数に加算する。

４　精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、１日につき80点を前３号により算定した点数に加算する。

５　注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、５点を前各号により算定した点数に加算する。

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患

者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ　外来化学療法加算１

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　820点

②　15歳以上　600点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　670点

②　15歳以上　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　740点

②　15歳以上　470点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　640点

②　15歳以上　370点

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

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。

第１節　注射料

通則

注射料は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　20点

注　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　32点

注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定できない。

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　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）　165点

注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。

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）　98点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500ｍＬ以上の場合）　97点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点

注１　点滴に係る管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

３　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定できない。

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、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の費用は算定できない。

３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。

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。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００７　関節腔内注射　80点

Ｇ００８　滑液嚢穿刺後の注入　80点

第２款　無菌製剤処理料

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１　無菌製剤処理料１（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点

ロ　イ以外の場合　45点

２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤につ

いて、必要があ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。）は、当該合算薬剤料は所定点数にかかわらず220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

２　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

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。

４　脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分１つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者１人につき１日６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日９単位）に限り算定できるものとする。

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　245点

２　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　200点

３　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　100点

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

に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　147点

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　120点

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　60点

5　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｈ０００－２　削除

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

1　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　180点

2　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　146点

3　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　77点

注１　別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合

は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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

イ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）　108点

ロ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）　88点

ハ　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）　46点

５　注４の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）

１　30分以上の場合　185点

２　30分未満の場合　130点

注１　１については、摂食機能障害を有する患者に対して、１月に４回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者については、１日につき算定できる。

２　２については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、１日につき算定できる。

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

イ　経口摂取回復促進加算１　185点

ロ　経口摂取回復促進加算２　20点

４　治療開始日から起算して３月を超えた場合に、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び３に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）

１　有床義歯の場合

イ　ロ以外の場合　104点

ロ　困難な場合　124点

２　舌接触補助床の場合　194点

３　その他の場合　189点

注１　１については、有床義歯を装着している患者に対して、月１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。

３　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。

４　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。

５　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。

Ｈ００１－３　歯科口腔リハビリテーション料２（１口腔につき）　54点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月１回に限り算定する。

Ｈ００２　障害児（者）リハビリテーション料（１単位）

１　６歳未満の患者の場合　225点

２　６歳以上18歳未満の患者の場合　195点

３　18歳以上の患者の場合　155点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。

Ｈ００３　がん患者リハビリテーション料（１単位）　205点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料（１単位）　50点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者１人につき１日３単位まで算定する。

第２節　薬剤料

区分

Ｈ１００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第８部　処置

通則

１　処置の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあっては、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っては、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っ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っ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者に対して、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第８号又は第９号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ　処置（区分番号Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床及び区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合　　所定点数の100分の30に相当する点数

6　緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算１　　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算１　　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

⑴　休日加算２　　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２　　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２　　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　　所定点数の100分の40に相当する点数

7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

8　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ　区分番号Ｉ００５（３に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号Ｉ００６（３に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合　　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合　　所定点数の100分の30に相当する点数

9　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ　処置（区分番号Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床及び区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合　　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合　　所定点数の100分の30に相当する点数

第１節　処置料

区分

（歯の疾患の処置）

Ｉ０００　う蝕処置（１歯１回につき）　　18点

注　貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｉ０００－２　咬合調整

１　１歯以上10歯未満　　40点

２　10歯以上　60点

Ｉ０００－３　残根削合（１歯１回につき）　18点

注　貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）

１　歯髄温存療法　188点

２　直接歯髄保護処置　150点

３　間接歯髄保護処置　30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。

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。

Ｉ００２　知覚過敏処置（１口腔１回につき）

１　３歯まで　46点

２　４歯以上　56点

注　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００２－２　う蝕薬物塗布処置（１口腔１回につき）

１　３歯まで　46点

２　４歯以上　56点

注　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００３　初期う蝕早期充填処置（１歯につき）　134点

注　小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００４　歯髄切断（１歯につき）

１　生活歯髄切断　230点

２　失活歯髄切断　70点

注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、40点を所定点数に加算する。

２　歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００５　抜髄（１歯につき）

１　単根管　228点

２　２根管　418点

３　３根管以上　588点

注１　区分番号Ｉ００１の１に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して３月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、40点、230点又は400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、78点、268点又は438点を算定する。

３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）

１　単根管　150点

２　２根管　300点

３　３根管以上　438点

注　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）

１　単根管　28点

２　２根管　34点

３　３根管以上　46点

注　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００８　根管充填（１歯につき）

１　単根管　72点
２　２根管　94点
３　３根管以上　114点
注　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）
１　単根管　136点
２　２根管　164点
３　３根管以上　200点
注１　区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注１により当該管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。
２　特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、４根管又は樋状根に対して歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

（外科後処置）

Ｉ００９　外科後処置
１　口腔内外科後処置（１口腔１回につき）　22点
２　口腔外外科後処置（１回につき）　22点

Ｉ００９－２　創傷処置
１　100平方センチメートル未満　52点
２　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　60点
３　500平方センチメートル以上　90点
注　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

Ｉ００９－３　歯科ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）　50点

Ｉ００９－４　上顎洞洗浄（片側）　55点

Ｉ００９－５　口腔内分泌物吸引（１日につき）　48点

（歯周組織の処置）

Ｉ０１０　歯周疾患処置（１口腔１回につき）　14点
注　特定薬剤を用いて行った場合に算定する。

Ｉ０１１　歯周基本治療
１　スケーリング（３分の１顎につき）　68点
２　スケーリング・ルートプレーニング（１歯につき）
イ　前歯　60点
ロ　小臼歯　64点
ハ　大臼歯　72点
３　歯周ポケット掻爬（１歯につき）
イ　前歯　60点
ロ　小臼歯　64点
ハ　大臼歯　72点
注１　１については、同時に３分の１顎を超えて行った場合は、３分の１顎を増すごとに、38点を所定点数に加算する。
２　同一部位に２回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、２回目以降の費用は、所定点数（１については、注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。

３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降は、算定できない。
４　麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
５　区分番号Ｄ００２の３に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。

Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療(I)

１　１歯以上10歯未満　200点
２　10歯以上20歯未満　250点
３　20歯以上　350点

注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(I)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。
２　２回目以降の歯周病安定期治療(I)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
３　歯周病安定期治療(I)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(I)は算定できない。
４　歯周病安定期治療(I)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
５　歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した月は算定できない。

Ｉ０１１－２－２　歯周病安定期治療(Ⅱ)

１　１歯以上10歯未満　380点
２　10歯以上20歯未満　550点
３　20歯以上　830点

注１　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真撮影、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅱ)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月１回に限り算定する。
２　歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(Ⅱ)に係る費用は算定できない。
３　歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
４　歯周病安定期治療(I)を算定した月は算定できない。

Ｉ０１１－３　歯周基本治療処置（１口腔につき）　10点

注１　区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置（区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周疾患処置を除く。）を行った場合は、月１回に限り算定する。
２　区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周疾患処置を算定した月は、歯周基本治療処置は別に算定できない。
３　薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

（その他の処置）

Ｉ０１４　暫間固定

１　簡単なもの　200点
２　困難なもの　500点
Ｉ０１４－２　暫間固定装置修理　70点
Ｉ０１５　口唇プロテクター　290点
Ｉ０１６　線副子（１顎につき）　650点
Ｉ０１７　口腔内装置（１装置につき）
１　口腔内装置１　1,500点
２　口腔内装置２　800点
３　口腔内装置３　650点
注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
Ｉ０１７－１－２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置（１装置につき）
１　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置１　3,000点
２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置２　2,000点
注　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合に、当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
Ｉ０１７－１－３　舌接触補助床（１装置につき）
１　新たに製作した場合　2,500点
２　旧義歯を用いた場合　1,000点
Ｉ０１７－１－４　術後即時顎補綴装置（１顎につき）　2,500点
Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理（１口腔につき）
１　口腔内装置調整
イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合　120点
ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合　120点
ハ　イ及びロ以外の場合　220点
２　口腔内装置修理　234点
注１　１のイについては、新たに製作した区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着時又は装着後１月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、１回に限り算定する。
２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。
３　１のハについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する顎関節治療用装置又は区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。
４　同一の患者について１月以内に口腔内装置調整を２回以上行った場合は、第１回の調整を行ったときに算定する。
５　２については、同一の患者について１月以内に口腔内装置修理を２回以上行った場合は、第１回の修理を行ったときに算定する。
Ｉ０１７－３　顎外固定
１　簡単なもの　600点
２　困難なもの　1,500点
Ｉ０１８　歯周治療用装置
１　冠形態のもの（１歯につき）　50点
２　床義歯形態のもの（１装置につき）　750点
注１　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査（２に限る。）を実施した患者に対して算定する。
２　印象採得、特定保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。
Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去（１歯につき）
１　簡単なもの　20点

２　困難なもの　36点
３　著しく困難なもの　60点
Ｉ０２０　暫間固定装置の除去（１装置につき）　30点
Ｉ０２１　根管内異物除去（１歯につき）　150点
Ｉ０２２　有床義歯床下粘膜調整処置（１顎１回につき）　110点
Ｉ０２３　心身医学療法
１　入院中の患者　150点
２　入院中の患者以外の患者
イ　初診時　110点
ロ　再診時　80点
注１　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
２　入院中の患者については、入院の日から起算して４週間以内の場合にあっては週２回、入院の日から起算して４週間を超える場合にあっては週１回に限り算定する。
３　入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して４週間以内の場合にあっては週２回、初診日から起算して４週間を超える場合にあっては週１回に限り算定する。
４　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。
Ｉ０２４　鼻腔栄養（１日につき）　60点
Ｉ０２５　酸素吸入（１日につき）　65点
注１　使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。
２　人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。
Ｉ０２６　高気圧酸素治療（１日につき）　3,000点
Ｉ０２７　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。
Ｉ０２８　削除
Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）
１　周術期等専門的口腔衛生処置１　92点
２　周術期等専門的口腔衛生処置２　100点
注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。
２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。
３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん

等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。

４　２について、１を算定した日は別に算定できない。

５　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　120点

注１　区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。

３　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

Ｉ０２９－３　口腔粘膜処置（１口腔につき）　30点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、２回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して１月経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　68点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)、区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)又は区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　う蝕多発傾向者の場合　110点

２　在宅等療養患者の場合　110点

３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点

注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回

に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

３　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

第２節　処置医療機器等加算

区分

Ｉ０８０及びＩ０８１　削除

Ｉ０８２　酸素加算

注１　区分番号Ｉ０２５からＩ０２７までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

２　酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　特定薬剤料

区分

Ｉ１００　特定薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｉ２００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第９部　手術

通則

１　手術の費用は、第１節若しくは第２節の各区分の所定点数のみにより、又は第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　手術に当たって、第３節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第３節から第６節までの所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない手術であって特殊な手術の費用は、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Ｊ０１８、Ｊ０３２、Ｊ０３９、Ｊ０６０、Ｊ０６９、Ｊ０７０－２、Ｊ０７６、Ｊ０９６及びＪ１０４－２（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

５　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｊ１００－２の注１に規定する加算、通則第14号又は第15号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ　手術（区分番号Ｊ０１３（１及び２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を除く。）を行っ

た場合　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｊ０１３（１及び２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合　所定点数の100分の30に相当する点数

6　全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は３歳未満の乳幼児（極低出生体重児及び新生児を除く。）に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の400、100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。

7　区分番号Ｊ０１６、Ｊ０１８、Ｊ０２１の２、Ｊ０３１、Ｊ０３２、Ｊ０３５、Ｊ０３９の２及び３、Ｊ０４２、Ｊ０５７並びにＪ０６０に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。

8　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して、入院を必要とする観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。

9　緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

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

⑴　休日加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。）　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。）　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

10　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、Ｂ型肝炎感染患者（ＨＢs又はＨＢe抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号Ｌ００２に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号Ｌ００４に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。

11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

12　対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。

13　同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、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る患者であって、同注６に規定する歯科診療特別対応加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲

げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ　区分番号Ｊ０００（１、２及び３に限る。）に掲げる抜歯手術を行った場合（注１の加算を算定した場合を除く。）　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｊ０１３（２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合　所定点数の100分の30に相当する点数

15　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ　区分番号Ｊ０１３（１及び２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術以外の手術を行った場合　所定点数の100分の50に相当する点数

ロ　区分番号Ｊ０１３（１及び２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合　所定点数の100分の30に相当する点数

16　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又はＢ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した患者に対して、算定後１月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点をそれぞれ所定点数に加算する。

第１節　手術料

区分

Ｊ０００　抜歯手術（１歯につき）

１　乳歯	130点
２　前歯	155点
３　臼歯	265点
４　埋伏歯	1,050点

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

２　４については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、100点を所定点数に加算する。

４　抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｊ０００－２　歯根分割掻爬術　260点

Ｊ０００－３　上顎洞陥入歯等除去術

１　抜歯窩から行う場合	470点
２　犬歯窩開さくにより行う場合	2,000点

Ｊ００１　ヘミセクション（分割抜歯）　470点

Ｊ００２　抜歯窩再掻爬手術　130点

Ｊ００３　歯根嚢胞摘出手術

１　歯冠大のもの	800点
２　拇指頭大のもの	1,350点
３　鶏卵大のもの	2,040点

Ｊ００４　歯根端切除手術（１歯につき）

１　２以外の場合	1,350点
２　歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	2,000点

注１　第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

２　歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。

３　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。

Ｊ００４－２　歯の再植術　1,300点

注　外傷性脱臼歯の再植術に限り算定する。

Ｊ００４－３　歯の移植手術　1,300点

注　自家移植を行った場合に限り算定する。

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　軟組織に限局するもの　600点

２　硬組織に及ぶもの　1,300点

Ｊ００９　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

Ｊ０１０　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

Ｊ０１１　上顎結節形成術

１　簡単なもの　2,000点

２　困難なもの　3,000点

注　両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ０１２　おとがい神経移動術　1,300点

注　両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ０１３　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　顎炎又は顎骨骨髄炎等

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

Ｊ０１４　口腔底膿瘍切開術　700点

Ｊ０１５　口腔底腫瘍摘出術　7,210点

Ｊ０１５－２　口腔底迷入下顎智歯除去術　5,230点

Ｊ０１６　口腔底悪性腫瘍手術　29,360点

Ｊ０１７　舌腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　1,220点

２　その他のもの　2,940点

Ｊ０１７－２　甲状舌管嚢胞摘出術　8,970点

Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術

１　切除　26,410点

２　亜全摘　75,070点

Ｊ０１９　口蓋腫瘍摘出術

１　口蓋粘膜に限局するもの　520点

２　口蓋骨に及ぶもの　8,050点

Ｊ０２０　口蓋混合腫瘍摘出術　5,600点

Ｊ０２１　口蓋悪性腫瘍手術

１　切除（単純）　5,600点

２　切除（広汎）　18,000点

Ｊ０２２　顎・口蓋裂形成手術

１　軟口蓋のみのもの　15,770点

２　硬口蓋に及ぶもの　24,170点

３　顎裂を伴うもの

イ　片側　25,170点

ロ　両側　31,940点

Ｊ０２３　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

Ｊ０２４　口唇裂形成手術（片側）

１　口唇のみの場合　13,180点

２　口唇裂鼻形成を伴う場合　18,810点

３　鼻腔底形成を伴う場合　24,350点

Ｊ０２４－２　口唇裂形成手術（両側）

１　口唇のみの場合　18,810点

２　口唇裂鼻形成を伴う場合　23,790点

３　鼻腔底形成を伴う場合　36,620点

Ｊ０２４－３　軟口蓋形成手術　9,700点

Ｊ０２４－４　鼻咽腔閉鎖術　23,790点

Ｊ０２５　削除

Ｊ０２６　舌繋瘢痕性短縮矯正術　2,650点

Ｊ０２７　頬、口唇、舌小帯形成術　560点

Ｊ０２８　舌形成手術（巨舌症手術）　9,100点

Ｊ０２９　削除

Ｊ０３０　口唇腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　910点

２　その他のもの　3,050点

Ｊ０３１　口唇悪性腫瘍手術　33,010点

Ｊ０３２　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術　108,700点

Ｊ０３３　頬腫瘍摘出術

１　粘液嚢胞摘出術　910点

２　その他のもの　5,250点

Ｊ０３４　頬粘膜腫瘍摘出術　4,460点

Ｊ０３５　頬粘膜悪性腫瘍手術　26,310点

Ｊ０３５－２　口腔粘膜血管腫凝固術（一連につき）　2,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

Ｊ０３６　術後性上顎嚢胞摘出術

１　上顎に限局するもの　6,660点

２　篩骨蜂巣に及ぶもの　14,500点

Ｊ０３７　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

Ｊ０３８　上顎骨切除術　15,310点

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

１　掻爬　9,160点

２　切除　34,420点
３　全摘　68,480点
Ｊ０４０　下顎骨部分切除術　16,780点
Ｊ０４１　下顎骨離断術　32,560点
Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術
１　切除　40,360点
２　切断　64,590点
Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）
１　長径３センチメートル未満　2,820点
２　長径３センチメートル以上　13,390点
Ｊ０４４　顎骨嚢胞開窓術　2,040点
Ｊ０４４－２　埋伏歯開窓術　2,820点
Ｊ０４５　口蓋隆起形成術　2,040点
Ｊ０４６　下顎隆起形成術　1,700点
注　両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。
Ｊ０４７　腐骨除去手術
１　歯槽部に限局するもの　600点
２　顎骨に及ぶもの
イ　片側の３分の１未満の範囲のもの　1,300点
ロ　片側の３分の１以上の範囲のもの　3,420点
注　２のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。
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　顎炎又は顎骨骨髄炎
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　7,140点
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）
１　表在性のもの　640点
２　深在性のもの　3,770点
３　腺体内に存在するもの　6,550点
注　２及び３について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
Ｊ０５４　舌下腺腫瘍摘出術　7,180点
Ｊ０５５　顎下腺摘出術　10,210点
Ｊ０５６　顎下腺腫瘍摘出術　9,640点
Ｊ０５７　顎下腺悪性腫瘍手術　33,010点
Ｊ０５８　削除
Ｊ０５９　耳下腺腫瘍摘出術
１　耳下腺浅葉摘出術　27,210点
２　耳下腺深葉摘出術　34,210点
Ｊ０６０　耳下腺悪性腫瘍手術

１　切除　33,010点
２　全摘（のう）　44,020点
Ｊ０６１　唾液腺膿瘍切開術　900点
Ｊ０６２　唾液腺管形成手術　13,630点
Ｊ０６３　歯周外科手術
１　歯周ポケット掻爬（そうは）術　80点
２　新付着手術　160点
３　歯肉切除手術　320点
４　歯肉剥離掻爬（はくりそうは）手術　630点
５　歯周組織再生誘導手術
イ　１次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）　840点
ロ　２次手術（非吸収性膜の除去）　380点
６　歯肉歯槽粘膜形成手術
イ　歯肉弁根尖（せん）側移動術　600点
ロ　歯肉弁歯冠側移動術　600点
ハ　歯肉弁側方移動術　770点
ニ　遊離歯肉移植術　770点
ホ　口腔（くう）前庭拡張術　2,820点
注１　４及び５については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、110点を所定点数に加算する。
２　５については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療⑴又は区分番号Ｉ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療⑵を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注１の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
４　簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、４又は５について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、60点を所定点数に加算する。
６　１から５まで及び６のイからハまでについては１歯につき算定し、６のニ及びホは手術野ごとに算定する。
Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む。）
１　自家骨移植
イ　簡単なもの　1,780点
ロ　困難なもの　16,830点
２　同種骨移植（生体）　28,660点
３　同種骨移植（非生体）
イ　同種骨移植（特殊なもの）　39,720点
ロ　その他の場合　21,050点
注　骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｊ０６３－３　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（くう）内から組織採取を行った場合を除く。
Ｊ０６４　削除
Ｊ０６５　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

Ｊ０６６　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

Ｊ０６７　上顎骨折非観血的整復術　1,570点

Ｊ０６８　上顎骨折観血的手術　16,400点

Ｊ０６９　上顎骨形成術

１　単純な場合　27,880点

２　複雑な場合及び２次的再建の場合　45,510点

３　骨移動を伴う場合　72,900点

注１　１について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。

Ｊ０７０　頬骨骨折観血的整復術　18,100点

Ｊ０７０－２　頬骨変形治癒骨折矯正術　38,610点

Ｊ０７１　下顎骨折非観血的整復術　1,240点

注　連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を所定点数に加算する。

Ｊ０７２　下顎骨折観血的手術

１　片側　13,000点

２　両側　27,320点

Ｊ０７２－２　下顎関節突起骨折観血的手術

１　片側　28,210点

２　両側　47,020点

Ｊ０７３　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

Ｊ０７４　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

Ｊ０７５　下顎骨形成術

１　おとがい形成の場合　7,780点

２　短縮又は伸長の場合　30,790点

３　再建の場合　51,120点

４　骨移動を伴う場合　54,210点

注１　２については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。

２　４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。

Ｊ０７５－２　下顎骨延長術

１　片側　30,790点

２　両側　47,550点

Ｊ０７６　顔面多発骨折観血的手術　39,700点

Ｊ０７７　顎関節脱臼非観血的整復術　410点

Ｊ０７８　顎関節脱臼観血的手術　26,210点

Ｊ０７９　顎関節形成術　40,870点

Ｊ０８０　顎関節授動術

１　徒手的授動術

イ　パンピングを併用した場合　990点

ロ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点

２　顎関節鏡下授動術　10,520点

３　開放授動術　25,100点

Ｊ０８１　顎関節円板整位術

１　顎関節鏡下円板整位術　22,100点

２　開放円板整位術　27,300点

Ｊ０８２　歯科インプラント摘出術（１個につき）

１　人工歯根タイプ　460点

２　ブレードタイプ　1,250点

３　骨膜下インプラント　1,700点

注　骨の開さくを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ０８３　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

Ｊ０８４　創傷処理

１　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）　1,250点

２　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,680点

３　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）　8,600点

ロ　その他のもの　2,400点

４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）　470点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　850点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,320点

注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

２　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

３　汚染された挫創に対して区分番号Ｊ０８５に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を所定点数に加算する。

Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）

１　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）　1,250点

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

３　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,220点

４　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,430点

５　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）　450点

６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未

満）　500点
7　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　950点
8　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,740点
注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮（さつ）又は縫合を行う場合に限り算定する。
2　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。
3　汚染された挫創に対して区分番号Ｊ０８５に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を所定点数に加算する。

Ｊ０８５　デブリードマン
1　100平方センチメートル未満　1,020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　3,580点
注１　当初の１回に限り算定する。
2　骨、腱（けん）又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｊ０８６　上顎洞開窓術　1,300点
Ｊ０８６－２　内視鏡下上顎洞開窓術　3,600点
Ｊ０８７　上顎洞根治手術　7,990点
Ｊ０８７－２　上顎洞炎術後後出血止血法　6,660点
Ｊ０８８　リンパ節摘出術
1　長径３センチメートル未満　1,200点
2　長径３センチメートル以上　2,880点

Ｊ０８９　分層植皮術
1　25平方センチメートル未満　3,520点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点
3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点
4　200平方センチメートル以上　25,820点

Ｊ０８９－２　全層植皮術
1　25平方センチメートル未満　10,000点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　12,500点
3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　28,210点
4　200平方センチメートル以上　40,290点
注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸（けい）部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｊ０９０　皮膚移植術（生体・培養）　6,110点
注１　生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
2　生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

Ｊ０９０－２　皮膚移植術（死体）
1　200平方センチメートル未満　8,000点
2　200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　16,000点
3　500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満　32,000点
4　1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　80,000点

Ｊ０９１　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
1　25平方センチメートル未満　4,510点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　13,720点
3　100平方センチメートル以上　22,310点

Ｊ０９２　動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術　41,120点

Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　92,460点
Ｊ０９４　削除
Ｊ０９５　複合組織移植術　19,420点
Ｊ０９６　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　127,310点
Ｊ０９７　粘膜移植術
１　４平方センチメートル未満　6,510点
２　４平方センチメートル以上　7,820点
Ｊ０９８　血管結紮術　3,750点
Ｊ０９９　動脈形成術、吻合術　21,700点
Ｊ０９９－２　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置　16,640点
注　使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。
Ｊ１００　血管移植術、バイパス移植術
１　頭、頸部動脈　55,050点
２　その他の動脈　30,290点
Ｊ１００－２　中心静脈注射用植込型カテーテル設置　10,800点
注１　６歳未満の乳幼児の場合は、300点を所定点数に加算する。
２　使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。
Ｊ１０１　神経移植術　23,520点
Ｊ１０１－２　神経再生誘導術　21,590点
Ｊ１０２　交感神経節切除術　26,030点
Ｊ１０３　過長茎状突起切除術　6,440点
Ｊ１０４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）
１　長径３センチメートル未満の良性皮膚腫瘍　1,280点
２　長径３センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍　2,050点
３　長径３センチメートル以上６センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍　3,230点
４　長径６センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍　4,160点
注　口腔領域の腫瘍に限り算定する。
Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術
１　広汎切除　28,210点
２　単純切除　11,000点
注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。
Ｊ１０５　瘢痕拘縮形成手術　12,660点
Ｊ１０６　気管切開術　2,570点
Ｊ１０７　気管切開孔閉鎖術　1,040点
Ｊ１０８　顔面神経麻痺形成手術
１　静的なもの　19,110点
２　動的なもの　64,350点
Ｊ１０９　広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）
１　１回法によるもの　14,500点
２　２回法によるもの
イ　１次手術　11,500点
ロ　２次手術　4,500点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　１及び２のイについては、３分の２顎以上の範囲にわたる場合は、4,000点を所定点数に加算する。

Ｊ１１０　広範囲顎骨支持型装置掻爬(そうは)術（１顎につき）　1,800点

注　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴(てつ)に係る補綴(てつ)物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に１回に限り算定する。

第２節　輸血料

区分

Ｊ２００　輸血

注　医科点数表の区分番号Ｋ９２０に掲げる輸血の例により算定する。

Ｊ２００－２　輸血管理料

注　医科点数表の区分番号Ｋ９２０－２に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第３節　手術医療機器等加算

区分

Ｊ２００－３　削除

Ｊ２００－４　上顎洞手術用内視鏡加算　1,000点

注　区分番号Ｊ０８７及びＪ０８７－２に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

Ｊ２００－４－２　レーザー機器加算

１　レーザー機器加算１　50点

２　レーザー機器加算２　100点

３　レーザー機器加算３　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

２　１については、区分番号Ｊ００８（１に限る。）、Ｊ００９（１及び２に限る。）、Ｊ０１７（１に限る。）、Ｊ０１９（１に限る。）、Ｊ０２７、Ｊ０３０（１に限る。）、Ｊ０３３（１に限る。）及びＪ０５１に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

３　２については、区分番号Ｊ００８（２に限る。）、Ｊ００９（３に限る。）及びＪ０１７（２に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

４　３については、区分番号Ｊ０１５、Ｊ０１９（２に限る。）、Ｊ０２０、Ｊ０３０（２に限る。）、Ｊ０３３（２に限る。）、Ｊ０３４、Ｊ０５２及びＪ０５４に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

Ｊ２００－５　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Ｊ０８６からＪ０８７－２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Ｊ０１９の２、Ｊ０３８からＪ０４０まで、Ｊ０４２、Ｊ０４３、Ｊ０６８からＪ０７０－２まで、Ｊ０７２、Ｊ０７５及びＪ０７６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

Ｊ２０１　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

Ｊ３００　特定薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第６節　特定保険医療材料料

区分

Ｊ４００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部　麻酔

通則

１　麻酔の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、麻酔に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節及び第２節の各区分の所定点数に第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

２　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

３　未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は１歳以上３歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。

４　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置及び手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に処置若しくは手術を行った場合又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、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

Ｋ０００　伝達麻酔（下顎孔又は眼窩（か）下孔に行うもの）　42点

Ｋ００１　浸潤麻酔　30点

Ｋ００２　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。

Ｋ００３　静脈内鎮静法　120点

注　区分番号Ｋ００２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

Ｋ１００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とす

る。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｋ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第11部　放射線治療

通則

１　放射線治療の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節の所定点数に第２節の所定点数を合算した点数により算定する。

２　第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

３　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号Ｌ０００からＬ００３までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｌ０００　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（くう）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Ｌ００１に掲げる体外照射、区分番号Ｌ００３の１に掲げる外部照射、区分番号Ｌ００３の２に掲げる腔（くう）内照射又は区分番号Ｌ００３の３に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、一連につき２回に限り算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号Ｌ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｌ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。

３　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号Ｌ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｌ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り100点を所定点数に加算する。

Ｌ００１　体外照射

１　エックス線表在治療

イ　１回目　110点

ロ　２回目　33点

２　高エネルギー放射線治療

イ　１回目

⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点

⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点
⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　1,800点
ロ　２回目
⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点
⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点
⑶　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900点
３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点
注１　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。
３　疾病、部位又は部位数にかかわらず、１回につき算定する。
４　術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者１人につき１日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。
５　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射を行った場合（２のイの⑶若しくはロの⑶又は３に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。
イ　骨構造の位置情報によるもの　300点
ロ　腫瘍の位置情報によるもの　450点

Ｌ００１－２　直線加速器による放射線治療（一連につき）
１　定位放射線治療の場合　63,000点
２　１以外の場合　8,000点

Ｌ００２　電磁波温熱療法（一連につき）
１　深在性悪性腫瘍に対するもの　9,000点
２　浅在性悪性腫瘍に対するもの　6,000点

Ｌ００３　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　その他の場合　5,000点
３　組織内照射
イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　23,000点
ロ　その他の場合　19,000点
４　放射性粒子照射（本数に関係なく）　8,000点
注１　疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。
２　使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。
３　使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
４　使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

5　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導密封小線源治療（ＩＧＢＴ）（２のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

Ｌ００４　血液照射　110点

第２節　特定保険医療材料料

区分

Ｌ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

1　歯冠修復及び欠損補綴の費用は、特に規定する場合を除き、第１節の各区分の所定点数、第２節に掲げる医療機器等及び第３節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

2　歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。

3　第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。

4　６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第６号又は第７号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ　区分番号Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合　所定点数の100分の70に相当する点数

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、区分番号Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１５、Ｍ０１５－２、Ｍ０１７からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合　所定点数の100分の50に相当する点数

5　歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、その割合は、製作技工に要する費用がおおむね100分の70、製作管理に要する費用がおおむね100分の30である。

6　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注６に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　区分番号Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合　所定点数の100分の70に相当する点数

ロ　区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理を行った場合　所定点数の100分の50に相当する点数

7　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ　区分番号Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合　所定点数の100分の70に相当する点数

ロ　歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）、Ｍ００６（２のロに限る。）、Ｍ０１０、Ｍ０１１、Ｍ０１５、Ｍ０１５－２、Ｍ０１７からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

８　区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生局長等へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

９　歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ、別に算定できない。

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００　補綴時診断料（１装置につき）

１　補綴時診断（新製の場合）　90点

２　補綴時診断（１以外の場合）　70点

注１　当該診断料は、病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等について、患者に対し、説明を行った場合に算定する。

２　１については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。

３　２については、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。

４　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）

１　歯冠補綴物　100点

２　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　330点

３　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　440点

注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

２　当該所定点数には、注１の歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において装着した日から起算して２年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。

３　当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して２年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。

イ　当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填

ロ　当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着

４　通則第４号に掲げる加算を算定する場合又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

Ｍ０００－３　広範囲顎骨支持型補綴診断料（１口腔につき）　1,800点

注１　当該診断料は、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

２　同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を２回以上行った場合は、１回目の診断を行ったときに限り算定する。

３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

４　当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号Ｍ０００に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）

１　生活歯歯冠形成

イ　金属冠　306点

ロ　非金属冠　306点

ハ　乳歯金属冠　120点

２　失活歯歯冠形成

イ　金属冠　166点

ロ　非金属冠　166点

ハ　乳歯金属冠　114点

３　窩洞形成

イ　単純なもの　60点

ロ　複雑なもの　86点

注１　１のイ及びロ、２のイ及びロ並びに３のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として１歯につき20点を所定点数に加算する。

２　１のイについて、前歯の４分の３冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

３　１のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

４　１のロについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

５　２のイについて、前歯の４分の３冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

６　２のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

７　２のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。

８　２のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。

９　２のロについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

10　３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。

11　麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ００１－２　う蝕歯即時充填形成（１歯につき）　126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、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。

２　麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成（１歯につき）　120点

注　麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００２　支台築造（１歯につき）

１　間接法

イ　メタルコアを用いた場合
⑴　大臼歯　176点
⑵　小臼歯及び前歯　150点
ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　176点
⑵　小臼歯及び前歯　150点
２　直接法
イ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　154点
⑵　小臼歯及び前歯　128点
ロ　その他の場合　126点
注１　窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。
２　保険医療材料（築造物の材料を除く。）、薬剤等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００２－２　支台築造印象（１歯につき）　32点
注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ００３　印象採得
１　歯冠修復（１個につき）
イ　単純印象　32点
ロ　連合印象　64点
２　欠損補綴（１装置につき）
イ　単純印象
⑴　簡単なもの　42点
⑵　困難なもの　72点
ロ　連合印象　230点
ハ　特殊印象　272点
ニ　ブリッジ
⑴　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　282点
⑵　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　334点
ホ　口蓋補綴、顎補綴
⑴　印象採得が困難なもの　222点
⑵　印象採得が著しく困難なもの　402点
３　口腔内装置等（１装置につき）　42点
注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ００３－２　テンポラリークラウン（１歯につき）　34点
注１　テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、１歯につき１回に限り算定する。
２　テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００４　リテイナー
１　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　100点
２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　300点

Ｍ００５　装着
１　歯冠修復（１個につき）　45点
２　欠損補綴（１装置につき）
イ　ブリッジ

⑴　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　150点
⑵　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　300点
ロ　有床義歯
⑴　少数歯欠損　60点
⑵　多数歯欠損　120点
⑶　総義歯　230点
ハ　有床義歯修理
⑴　少数歯欠損　30点
⑵　多数歯欠損　60点
⑶　総義歯　115点
ニ　口蓋補綴、顎補綴
⑴　印象採得が困難なもの　150点
⑵　印象採得が著しく困難なもの　300点
３　口腔内装置等の装着の場合（１装置につき）　30点
注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。
２　２のイについて、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００５－２　仮着（ブリッジ）（１装置につき）
１　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　40点
２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　80点

Ｍ００６　咬合採得
１　歯冠修復（１個につき）　18点
２　欠損補綴（１装置につき）
イ　ブリッジ
⑴　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　76点
⑵　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　150点
ロ　有床義歯
⑴　少数歯欠損　57点
⑵　多数歯欠損　187点
⑶　総義歯　283点
注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ００７　仮床試適（１床につき）
１　少数歯欠損　40点
２　多数歯欠損　100点
３　総義歯　190点
注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ００８　ブリッジの試適
１　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　40点
２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　80点
（歯冠修復）

Ｍ００９　充填（１歯につき）
１　充填１
イ　単純なもの　104点
ロ　複雑なもの　156点
２　充填２
イ　単純なもの　59点
ロ　複雑なもの　107点

注１　歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は１により、それ以外は２により算定する。
２　１の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）
１　インレー
イ　単純なもの　190点
ロ　複雑なもの　284点
２　４分の３冠（前歯）　370点
３　５分の４冠（小臼歯）　310点
４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点
注１　２について、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。
２　３については、大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。
３　３について、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ０１１　レジン前装金属冠（１歯につき）
１　前歯　1,174点
２　小臼歯　1,174点

Ｍ０１２からＭ０１４まで　削除

Ｍ０１５　非金属歯冠修復（１個につき）
１　レジンインレー
イ　単純なもの　104点
ロ　複雑なもの　156点
２　硬質レジンジャケット冠　768点

Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）　1,200点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

Ｍ０１６　乳歯冠（１歯につき）
１　乳歯金属冠の場合　200点
２　１以外の場合　390点

Ｍ０１６－２　小児保隙装置　600点
注１　クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。
２　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
（欠損補綴）

Ｍ０１７　ポンティック（１歯につき）　434点
注　レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　前歯部の場合　746点
ロ　小臼歯部の場合　200点
ハ　大臼歯部の場合　50点

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,500点
注　高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。

Ｍ０１８　有床義歯
１　局部義歯（１床につき）
イ　１歯から４歯まで　584点

ロ　５歯から８歯まで　718点
ハ　９歯から11歯まで　954点
ニ　12歯から14歯まで　1,382点
２　総義歯（１顎につき）　2,162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　652点
ロ　５歯から８歯まで　878点
ハ　９歯から11歯まで　1,094点
ニ　12歯から14歯まで　1,712点
２　総義歯（１顎につき）　2,722点

Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）
１　双子鉤　246点
２　二腕鉤　228点

Ｍ０２１　線鉤（１個につき）
１　双子鉤　212点
２　二腕鉤（レストつき）　152点
３　レストのないもの　132点

Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　232点
注　二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鋳造鉤と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。

Ｍ０２２　間接支台装置（１個につき）　109点
注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ０２３　バー（１個につき）
１　鋳造バー　450点
２　屈曲バー　260点
注　鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、60点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ０２４　削除

Ｍ０２５　口蓋補綴、顎補綴（１顎につき）
１　印象採得が困難なもの　1,500点
２　印象採得が著しく困難なもの　4,000点
注１　義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴は、所定点数に区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯から区分番号Ｍ０２３に掲げるバー及び区分番号Ｍ０２６に掲げる補綴隙の所定点数を加算した点数とする。
２　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴
１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　20,000点
２　床義歯形態のもの（１顎につき）　15,000点
注１　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行う場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
２　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が３分の１顎未満である場合は、１の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
３　保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

（その他の技術）

Ｍ０２６　補綴(てつ)隙（１個につき）　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。

Ｍ０２７及びＭ０２８　削除

（修理）

Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　240点

注１　新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

２　保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき50点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１床につき30点を所定点数に加算する。

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

１　硬質材料を用いる場合

イ　局部義歯（１床につき）

⑴　１歯から４歯まで　216点

⑵　５歯から８歯まで　268点

⑶　９歯から11歯まで　370点

⑷　12歯から14歯まで　572点

ロ　総義歯（１顎につき）　790点

２　軟質材料を用いる場合（１顎につき）　1,200点

注１　２については、下顎総義歯に限る。

２　新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　１については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

４　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき50点を所定点数に加算する。

５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１顎につき30点を所定点数に加算する。

Ｍ０３１からＭ０３３まで　削除

Ｍ０３４　歯冠補綴(てつ)物修理（１歯につき）　70点

注　保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

Ｍ０３５からＭ０４０まで　削除

Ｍ０４１　広範囲顎骨支持型補綴(てつ)物修理（１装置につき）　1,200点

注　保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

第２節　削除

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｍ１００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第13部　歯科矯正

通則

１　歯科矯正の費用は、特に規定する場合を除き、第１節の各区分の所定点数及び第２節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

２　第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

第１節　歯科矯正料

区分

Ｎ０００　歯科矯正診断料　　1,500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

２　歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ１回に限り算定する。

３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００１　顎口腔機能診断料　　2,300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

２　顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ１回に限り算定する。

３　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００２　歯科矯正管理料　　240点

注１　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００３　歯科矯正セファログラム（一連につき）　　300点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００４　模型調製（１組につき）

１　平行模型　　500点

２　予測模型　　300点

注１　１については、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブ

ラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、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点を所定点数に加算する。

３　２については、予測歯１歯につき60点を所定点数に加算する。

４　印象採得(くう)料、咬(こう)合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００５　動的処置（１口腔１回につき）

１　動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して２年以内に行った場合

イ　同一月内の第１回目　250点

ロ　同一月内の第２回目以降　100点

２　動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して２年を超えた後に行った場合

イ　同一月内の第１回目　200点

ロ　同一月内の第２回目以降　100点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００６　印象採得（１装置につき）

１　マルチブラケット装置　40点

２　その他の装置

イ　印象採得が簡単なもの　143点

ロ　印象採得が困難なもの　265点

ハ　印象採得が著しく困難なもの　400点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００７　咬(こう)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(こう)合　400点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ００８　装着

１　装置（１装置につき）

イ　可撤式装置　300点

ロ　固定式装置　400点

２　帯環（１個につき）　80点

３　ダイレクトボンドブラケット（１個につき）　100点

注１　１のイについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。

２　１のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。

３　１のロについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。

４　３について、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｎ００８－２　植立（１本につき）　500点

Ｎ００９　撤去

１　帯環（１個につき）　30点

２　ダイレクトボンドブラケット（１個につき）　60点

３　歯科矯正用アンカースクリュー（１本につき）　100点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０１０　セパレイティング（１箇所につき）　40点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０１１　結紮（１顎１回につき）　50点

注　結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

（矯正装置）

Ｎ０１２　床装置（１装置につき）

１　簡単なもの　1,500点

２　複雑なもの　2,000点

Ｎ０１２－２　スライディングプレート（１装置につき）　1,500点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０１３　リトラクター（１装置につき）　2,000点

注　スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料を含む。）を所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｎ０１２－２に掲げるスライディングプレートは別に算定できない。

Ｎ０１４　プロトラクター（１装置につき）　2,000点

Ｎ０１４－２　牽引装置（１歯につき）　500点

注１　区分番号Ｊ０４４－２に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。

２　区分番号Ｎ０２２に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。

３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０１５　拡大装置（１装置につき）　2,500点

注　スケレトンタイプの場合は、500点を所定点数に加算する。

Ｎ０１６　アクチバトール（ＦＫＯ）（１装置につき）　3,000点

Ｎ０１７　リンガルアーチ（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

７　フィクスドリテーナー　1,000点

注１　１について、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。

２　２について、鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。

Ｎ０２０　鉤（１個につき）

１　簡単なもの　90点

２　複雑なもの　160点

注　メタルリテーナーに使用した場合を除く。

Ｎ０２１　帯環（１個につき）　200点

注　帯環製作のろう着の費用は、所定点数に含まれる。

Ｎ０２２　ダイレクトボンドブラケット（１個につき）　200点

Ｎ０２３　フック（１個につき）　70点

注　ろう着の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０２４　弾線（１本につき）　160点

Ｎ０２５　トルキングアーチ（１本につき）　350点

Ｎ０２６　附加装置（１箇所につき）

１　パワーチェイン　20点

２　コイルスプリング　20点

３　ピグテイル　20点

４　アッププライトスプリング　40点

５　エラスティクス　20点

６　超弾性コイルスプリング　60点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０２７　矯正用ろう着（１箇所につき）　60点

注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

Ｎ０２８　床装置修理（１装置につき）　234点

注　保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

第２節　特定保険医療材料料

区分

Ｎ１００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第14部　病理診断

通則

１　病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。

２　第14部に掲げる病理診断・判断料以外の病理診断の費用の算定は、医科点数表の例による。

区分

Ｏ０００　口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）

１　組織診断料　450点

２　細胞診断料　200点

注１　１については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号Ｎ００１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Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（医科点数表の区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号Ｎ０００に掲げる

病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

２　２については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号Ｎ００３－２に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号Ｎ００４に掲げる細胞診の２により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

３　当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号Ｎ０００からＮ００４までに掲げる病理標本作製料は別に算定できない。

４　口腔病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　口腔病理診断管理加算１

⑴　組織診断を行った場合　120点

⑵　細胞診断を行った場合　60点

ロ　口腔病理診断管理加算２

⑴　組織診断を行った場合　320点

⑵　細胞診断を行った場合　160点

５　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号Ｎ０００の１に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作製又は医科点数表の区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｏ００１　口腔病理判断料（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Ｏ０００に掲げる口腔病理診断料を算定した場合は、算定できない。

第３章　経過措置

１　平成30年９月30日までの間における区分番号Ａ０００の１については、「237点」とあるのは「234点」、同注９については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号Ａ００２の１については、「48点」とあるのは「45点」、同注８については、「３点又は５点」とあるのは「５点」とする。

２　旧算定方法別表第二区分番号Ａ０００の注１及び区分番号Ａ００２の注１に係る規定については、平成30年９月30日までの間は、なお従前の例による。

３　平成30年９月30日までの間における区分番号Ｃ０００の注13については、「237点」とあるのは「234点」、「48点」とあるのは「45点」とする。

４　区分番号Ｃ０００の注14に係る規定は、平成30年９月30日までの間は、適用しない。

５　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｈ０００の注４後段及び注５、区分番号Ｈ０００－３の注４後段及び注５に規定する診療料は、平成31年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別表第三

調剤報酬点数表

［目次］

第１節　調剤技術料
第２節　薬学管理料
第３節　薬剤料
第４節　特定保険医療材料料
第５節　経過措置

通則

１　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　第１節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。

３　投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前２号により算定した所定点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

第１節　調剤技術料

区分

００　調剤基本料（処方箋の受付１回につき）

１　調剤基本料１　41点

２　調剤基本料２　25点

３　調剤基本料３

イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数４万回を超え40万回以下の場合　20点

ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　15点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付１回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料１により算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき10点を算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。

５　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　後発医薬品調剤体制加算１　18点

ロ　後発医薬品調剤体制加算２　22点

ハ　後発医薬品調剤体制加算３　26点

６　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。

７　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の

保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料は算定しない。

８　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。

９　医師の分割指示に係る処方箋受付（注７及び注８に該当する場合を除く。）において、１回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、２回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号００に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号０１に掲げる調剤料及びその加算並びに第２節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を１分割調剤につき算定する。

０１　調剤料

１　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））

イ　14日分以下の場合

⑴　７日目以下の部分（１日分につき）　５点

⑵　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　67点

ハ　22日分以上30日分以下の場合　78点

ニ　31日分以上の場合　86点

注１　服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤分以上の部分については算定しない。

２　嚥下困難者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、80点を所定点数に加算する。

３　２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数

ロ　43日分以上の場合　220点

２　屯服薬　21点

注　１回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。

３　浸煎薬（１調剤につき）　190点

注　４調剤以上の部分については算定しない。

４　湯薬（１調剤につき）

イ　７日分以下の場合　190点

ロ　８日分以上28日分以下の場合

⑴　７日目以下の部分　190点

⑵　８日目以上の部分（１日分につき）　10点

ハ　29日分以上の場合　400点

注　４調剤以上の部分については算定しない。

５　注射薬　26点

注　１回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、

所定点数を算定する。

6　外用薬（１調剤につき）　10点

注　４調剤以上の部分については算定しない。

注１　１の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、１調剤につき10点を算定する。

２　５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ67点、77点又は67点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、１日につきそれぞれ135点、145点又は135点）を所定点数に加算する。

３　麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に１調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、１調剤につき８点を各区分の所定点数に加算する。

４　保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。

５　午後７時（土曜日にあっては午後１時）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方箋受付１回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注４のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。

６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの⑴に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ　内服薬及び屯服薬

⑴　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点

⑵　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点

⑶　液剤　45点

ロ　外用薬

⑴　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

⑵　点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤　75点

⑶　液剤　45点

７　２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、１調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、注６に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注６のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ　液剤の場合　35点

ロ　散剤又は顆粒剤の場合　45点

ハ　軟・硬膏剤の場合　80点

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険薬局において、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付１回につき15点を所定点数に加算する。

第２節　薬学管理料

区分

１０　薬剤服用歴管理指導料

１　原則６月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合　41点

２　１の患者以外の患者に対して行った場合　53点

３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　41点

注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号００の１に掲げる調剤基本料１以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付１回につき、53点を算定する。

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

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

ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

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

ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。

ホ　必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

３　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

４　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算とし

て、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点

ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

5　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。

6　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

7　区分番号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。

8　薬剤服用歴管理指導料の３に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。

9　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注１又は注２に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１及び注２の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、13点を算定する。この場合において、注３から注６までに規定する加算は算定できない。

１１から１３まで　削除

１３の２　かかりつけ薬剤師指導料　73点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

2　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

3　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点

ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

4　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。

5　６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

6　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　280点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診

療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号０１に掲げる調剤料の注４、注５及び注８に規定する加算、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号２０に掲げる使用薬剤料及び区分番号３０に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

１４　削除

１４の２　外来服薬支援料　185点

注１　自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。

２　患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

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

１４の３　服用薬剤調整支援料　125点

注　６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　650点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点

３　１及び２以外の場合　290点

注１　あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

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

３　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。

４　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

５　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料　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100点を所定点数に加算する。

３　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。

４　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

５　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料　700点

注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であ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保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。

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

３　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。

４　保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

５　区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

１５の４　退院時共同指導料　600点

注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。

１５の５　服薬情報等提供料

１　服薬情報等提供料１　30点

２　服薬情報等提供料２　20点

注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

２　２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

３　区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

１　残薬調整に係るもの以外の場合　40点

２　残薬調整に係るものの場合　30点

注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。

１６から１９まで　削除

第３節　薬剤料

区分		
２０	使用薬剤料	
	１　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合	１点
	２　使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算	10円又はその端数を増すごとに１点

注　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分		
３０	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　経過措置

１　平成24年３月31日以前に区分番号１５の注１に規定する医師の指示があった患者については、区分番号１５の注４、区分番号１５の２の注４及び区分番号１５の３の注４の規定は適用しない。

２　区分番号００の注６に係る規定は、平成30年９月30日までの間は、適用しない。

３　区分番号１０の注９に係る規定は、平成31年３月31日までの間は、適用しない。