

○厚生労働省令第十七号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十条第一項及び第七十二条第一項（これらの規定を同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百零七項及び第四百九条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部を改正する省令

（保険医療機関及び保険医療費担当規則の一部改正）

第一条 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）の一部を次のように改正する。

第二条の四の二に次の一項を加える。

2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

第二十条第一項第二号二中、「として、同法第十四条」の下に、「又は第十九条の二」を加える。

（保険医療機関及び保険医療費担当規則及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部改正）

第二条 保険医療機関及び保険医療費担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省令第二十六号）の一部を次のように改正する。

附則第二条中、「病床数が四百床未満の保険医療機関」を、「保険医療機関（病院を除く。）」に改める。

（保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正）

第三条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）の一部を次のように改正する。

第二条の三の二に次の一項を加える。

2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

第七条の二中、「として、同法第十四条」の下に、「又は第十九条の二」を加える。

附 則

この省令は、平成二十六年四月一日から施行する。ただし、第二条の規定は、平成二十八年四月一日から施行する。

○厚生労働省告示第五十五号

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、第七十四条第四項、第七十五条第四項及び第七十六条第三項の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示を次のように定め、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、第二条の規定は、平成二十八年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示

（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準の一部改正）

第一条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次のように改正する。

第二条の四の二に次の一項を加える。

2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

第二十条第一項第三号二中、「として、同法第十四条」の下に、「又は第十九条の二」を加える。

第二十五条の三の二に次の一項を加える。

2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部改正）

第二条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十四年厚生労働省告示第七十四号）の一部を次のように改正する。
前文中、「病床数が四百床未満の保険医療機関」を、「保険医療機関（病院を除く）」に改める。

○厚生労働省告示第五十六号

保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第十九条第一項本文及び第二項ただし書、第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ及び第九号ただし書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第十九条第一項本文及び第二項ただし書、第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への規定に基づき、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

第三第四号（一）中「A000の注4、区分番号A001の注3及び区分番号A002の注4」を「A000の注7、区分番号A001の注5及び区分番号A002の注8」に改め、同第八号の次に次のように加える。

九 前歯部の金属歯冠修復に使用する合金金又は白金加金の支給に関する基準

（一）患者が前歯部の歯冠修復に合金金又は白金加金の使用を希望した場合に限られるものとする。

（二）当該金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項を当該保険医療機関内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。

第六中、「平成二十四年九月一日」を、「平成二十六年十月一日」に、「平成二十五年四月一日」を、「平成二十七年四月一日」に改め、「同年十月一日以降においては別表第4に収載されている医薬品を、平成二十六四月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を、平成二十六年四月一日以降においては別表第7に収載されている医薬品を除く。」を削る。

第十第一号中「及びアバタセプト製剤」を、「アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬」に改め、同第二号（一）中「グルベス配合錠、リオベル配合錠HD、リオベル配合錠LD、サムチレル内用懸濁液一五パーセント（後天性免疫不全症候群に罹患している患者に投与するものに限る。）、エジュラント錠二五mg、アイミクス配合錠HD、アイミクス配合錠LD、」を削る。

第十一第一号中「の手術前後」を削り、同第二号中「又は六歯以上の非症候性部分性無歯症」を「、六歯以上の非症候性部分性無歯症、チャージ症候群、マリーシャル症候群、下垂体性小人症、ポリエックス症候群（クラインフェルター症候群）又はリング18症候群」に改める。

別表第1から別表第3までを次のように改める。

別表第1

第1部 内 用 薬

品 名 規格 単位

(あ)

アイロクオール錠 10 10mg1錠

アイロクオール錠 20 20mg1錠

アスクール錠 50 50mg1錠

アスタージス錠 2mg 2mg1錠

アデコック錠 30mg 30mg1錠

アデネコリン-M錠 7.5mg 7.5mg1錠

アデネレン錠 2mg 「ツルハラ」 2mg1錠

アムロジピンOD錠 2.5mg 「タイヨー」 2.5mg1錠

アムロジピンOD錠 5mg 「タイヨー」 5mg1錠

アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「タナベ」 2.5mg1包

アムロジピン内用ゼリー 5mg 「タナベ」 5mg1包

アルプロロン錠 0.5mg 0.5mg1錠

アソトゾロンLカプセル 45 45mg1カプセル

アソトゾロンシロップ小児用 0.3% 0.3%1ml

(い)

イゾノール錠 10mg 10mg1錠

イゾノール錠 20mg 20mg1錠

(う)

ウガコールドライシロップ 0.5% 0.5%1g

ウルサミツク錠 50 50mg1錠

ウルサミツク錠 100 100mg1錠

ウルザナシン錠 50 50mg1錠

ウルザナシン錠 100 100mg1錠

(え)

エクセミド散 20% 20%1g

エクセミド錠 100mg 100mg1錠

エボス錠 1mg 1mg1錠

エリカナールカプセル 250 250mg1カプセル

L-グルタミン顆粒「ヒシヤヤ」 99% 99%1g

塩酸タムスロシンカプセル 0.1 「OHARA」 0.1mg1カプセル

塩酸タムスロシンカプセル 0.2 「OHARA」 0.2mg1カプセル

(お)

オーネズミン細粒 90% 90%1g

⑨ オーレキシンドライシロップ 50%小児用 500mg1g

(か)

カルニテチンS錠 25 25単位1錠

カルニテチン錠 50 50単位1錠

カルピキノソカプセル 5mg 5mg1カプセル

カルボンスチン錠 500mg 「タイヨー」 500mg1錠

(く)

グリミラン錠 20mg 20mg1錠

グリミラン錠 40mg 40mg1錠

(け)

ケイサミン錠 250mg 250mg1錠

ケントソカプセル 200mg 200mg1カプセル

(こ)

ゴスベール・レバー腸溶錠 100mg 100mg1錠

コレリット錠 5mg 5mg1錠

コレリット錠 10mg 10mg1錠

(さ)

サイモチンS錠 25 25単位1錠

サイロフト錠 50mg 50mg1錠

サラゾスルファピリジン腸溶錠 500mg 「タイヨー」 500mg1錠

(し)

シーソーエルカプセル 250mg 250mg1カプセル

シゾキサノン錠 100mg 100mg1錠

シゾキサノン錠 200mg 200mg1錠

シゾセロン錠 20 20mg1錠

ジヤックマール錠 5 5mg1錠

ジヤックマール錠 10 10mg1錠

ジソバスタチン錠 20mg 「OHARA」 20mg1錠

(す)

スピロノラクトン錠 25mg 「タナベ」 25mg1錠

スゾラタストソル酸塩カプセル 50mg 「タナベ」 50mg1カプセル

スゾラタストソル酸塩カプセル 100mg 「タナベ」 100mg1カプセル

(せ)

精製水「ORY」 10ml

セオテニン錠 50 50mg1錠

ゼグミューラー錠 20mg 20mg1錠

⑩ セゾニルカプセル 50mg 「タナベ」 50mg1カプセル

⑪ セゾニルカプセル 100mg 「タナベ」 100mg1カプセル

⑫ セゾニル小児用細粒 10% 「タナベ」 100mg1g

⑬ セゾボドキシムアロキセチル錠 100mg 「タナベ」 100mg1錠

⑭ セゾレチン錠 1mg 1mg1錠

⑮ セゾキシム錠 100mg 100mg1錠

⑯ セレスナット錠 30mg 30mg1錠

⑰ セレスナット錠 60mg 60mg1錠

⑱ セソソナイド錠 12mg 「サワイ」 12mg1錠

(ぞ)

⑲ ソテレジン錠 250mg 250mg1錠

⑳ ソルイルベン錠 80 80mg1錠

(た)

⑳ タツアラミン錠 5mg 5mg1錠

㉑ タツアラミン錠 10mg 10mg1錠

㉒ タムスロンOD錠 0.1mg 0.1mg1錠

㉓ タムスロンOD錠 0.2mg 0.2mg1錠

㉔ 単シロップ「ORY」 10ml

(ち)

㉕ チアバストソカプセル 5mg 5mg1カプセル

㉖ チアバストソカプセル 10mg 10mg1カプセル

㉗ チアメロンカプセル 5mg 5mg1カプセル

㉘ チアメロンカプセル 10mg 10mg1カプセル

㉙ チアメロン顆粒 2% 2%1g

㉚ チザニジン錠 1mg 「タナベ」 1mg1錠

(て)

㉛ テイガスト内服液 10% 10%1ml

㉜ テトマフテン錠 15mg 15mg1錠

㉝ テラセフロン細粒 100mg小児用 100mg1g

(と)

㉞ トナツン錠 0.5mg 0.5mg1錠

㉟ トナツン錠 1mg 1mg1錠

㊱ トナツン錠 2mg 2mg1錠

㊲ トナツン錠 4mg 4mg1錠

㊳ トネベジル塩酸塩OD錠 3mg 「タイヨー」 3mg1錠

㊴ トネベジル塩酸塩OD錠 5mg 「タイヨー」 5mg1錠

㊵ トネベジル塩酸塩錠 3mg 「タイヨー」 3mg1錠

㊟	トネペジル塩酸錠5mg「タイヨ一」	5mg1錠
㊟	トラントラゾプリル錠0.5mg「OHARA」	0.5mg1錠
㊟	トラントーワ錠0.5mg	0.5mg1錠
㊟	トラントーワ錠1mg	1mg1錠
㊟	トリアゾラム錠0.125mg「タナベ」	0.125mg1錠
㊟	トリアゾラム錠0.25mg「タナベ」	0.25mg1錠
㊟	ボルナリン錠20 μ g	20 μ g1錠
㊟	ボルナリン錠40 μ g	40 μ g1錠
㊟	トロンヘイム錠50mg	50mg1錠
㊟	トンペリドソン錠5mg「タナベ」	5mg1錠
(に)		
㊟	ニガチジンカプセル75mg「OHARA」	75mg1カプセル
㊟	ニガチジンカプセル150mg「OHARA」	150mg1カプセル
㊟	ニザトリックカプセル75mg	75mg1カプセル
㊟	ニザトリック錠150mg	150mg1錠
㊟	ニソミナード錠5mg	5mg1錠
㊟	ニソミナード錠10mg	10mg1錠
㊟	ニチカイン顆粒20%	20%1g
㊟	ニチカイン錠100mg	100mg1錠
㊟	ニフェラートカプセル5mg	5mg1カプセル
㊟	乳糖水和物(結晶)「ORY」	10g
㊟	乳糖水和物(粉末)「ORY」	10g
㊟	ニュートライド錠12.5mg	12.5mg1錠
㊟	ニュートライド錠25mg	25mg1錠
㊟	ニルジラート錠2	2mg1錠
㊟	ニルジラート錠4	4mg1錠
(の)		
㊟	ノイタロニック錠5	5mg1錠
(は)		
㊟	ハイジン錠200mg	200mg1錠
㊟	ハイジン錠500mg	500mg1錠
㊟	ハイスタタン散10%	10%1g
㊟	ハイララフ顆粒10%	10%1g
㊟	ハイララフ錠20mg	20mg1錠
㊟	ハツカ水「ORY」	10mL
㊟	ハピスオル錠4mg	4mg1錠
㊟	ハピスオルシロップ0.08%	0.08%1mL
㊟	パソピオチン散(20%)	20%1g

(ひ)		
㊟	ピオトーワ錠25mg	25mg1錠
㊟	ピコスルファートナトリウム内用液0.75%「タナベ」	0.75%1mL
㊟	ピソピロン錠4mg	4mg1錠
㊟	ピネロロ錠25mg	25mg1錠
㊟	ピラミスチン散1%	1%1g
㊟	ピラミスチン錠2mg	2mg1錠
㊟	ピルスカミン錠5mg	5mg1錠
㊟	ピソガスト顆粒90%	90%1g
(ふ)		
㊟	VEニコチネートカプセル100mg	100mg1カプセル
㊟	フマリクロン錠5	5mg1錠
㊟	フロデック錠50mg	50mg1錠
(へ)		
㊟	ベストルチナー錠20	20 μ g1錠
㊟	ベリンソール錠2mg	2mg1錠
㊟	ベリンソール錠4mg	4mg1錠
㊟	ヘルバミン錠5	5mg1錠
㊟	ヘルバミン錠10	10mg1錠
㊟	ベソクアルソン錠12mg	12mg1錠
(ほ)		
㊟	ホモクリンソン錠10mg	10mg1錠
㊟	ボラジックシロップ0.04%	0.04%10mL
(ま)		
㊟	マニジロット錠5mg	5mg1錠
㊟	マニジロット錠10mg	10mg1錠
㊟	マニジロット錠20mg	20mg1錠
(み)		
㊟	ミノトーワ錠50	50mg1錠
㊟	ミノトーワ錠100	100mg1錠
㊟	ミノペン顆粒2%	20mg1g
㊟	ミノペン錠50	50mg1錠
㊟	ミノペン錠100	100mg1錠
(む)		
㊟	ムコトロン錠250mg	250mg1錠
㊟	ムコトロンシロップ5%	5%1mL
(め)		
㊟	メイソトーワ錠2.5	2.5mg1錠
㊟	メイソトーワ錠5	5mg1錠
㊟	メキタゼノン錠3mg	3mg1錠
㊟	メキタック錠1mg	1mg1錠

㊟	メナテトレノンカプセル15mg「タナベ」	15mg1カプセル
㊟	メニタジン錠6mg	6mg1錠
㊟	メニタジン錠12mg	12mg1錠
(や)		
㊟	ヤトリックカプセル300	300mg1カプセル
(ゆ)		
㊟	ユーバン錠0.5mg	0.5mg1錠
㊟	ユーバン錠1.0mg	1mg1錠
(よ)		
㊟	ヨウアゾール錠10mg	10mg1錠
㊟	ヨウアゾール錠20mg	20mg1錠
㊟	ヨウチアゼム錠30mg	30mg1錠
㊟	ヨウチアゼム錠60mg	60mg1錠
(ら)		
㊟	ラミクタド錠125mg	125mg1錠
(り)		
㊟	リダックM錠5	5mg1錠
㊟	リダックM錠10	10mg1錠
㊟	リボラM錠5	5mg1錠
(れ)		
㊟	レモナミン錠0.75mg	0.75mg1錠
㊟	レモナミン錠1mg	1mg1錠
㊟	レモナミン錠1.5mg	1.5mg1錠
㊟	レモナミン錠2mg	2mg1錠
㊟	レモナミン錠3mg	3mg1錠
(ろ)		
㊟	ロキソメロマイソン錠150mg「タナベ」	150mg1錠
第2部 注 射 薬		
品 名		
(い)		
㊟	イオヘキソール300注100mL「HK」	64.71%100mL袋
㊟	イオペリン注300	64.71%10mL1瓶
㊟	イオペリン注300	64.71%20mL1瓶
㊟	イオペリン注350	75.49%20mL1瓶
㊟	イセシン注射液200mg	200mg2mL1管
㊟	イセシン注射液400mg	400mg2mL1管
(か)		
㊟	カゾロン注2万単位/20mL	20,000単位20mL1瓶
㊟	カゾロン注5万単位/50mL	50,000単位50mL1瓶
㊟	カゾロン注10万単位/100mL	100,000単位100mL1瓶

カゾニン皮下注2万単位/0.8 mL	20,000単位1瓶
(K)	
グラニセトロン静注液1mg「B X」	1mg1mL管
グラニセトロン静注液3mg「B X」	3mg3mL管
(L)	
シメパール注射液200mg	10%2mL1管
(S)	
スボラミン注20mg	2%1mL1管
(セ)	
セフトリアキソンナトリウム静注 用0.5g「タイヨー」	500mg1瓶
(た)	
タイベラソリン注射液1g	1g1瓶
タイベラソリン注射液2g	2g1瓶
(ち)	
注用ワイスタール1gバッグS	(1g)1キット(生理食 塩液100mL付)
(に)	
20%キシリトール注シリンジ 「NIP」	20%20mL1筒
(は)	
ハイトコバミンM注500μg	0.5mg1管
ハルトマソ液—「HD」	500mL1袋
ハルトマソ液PH:8—「HD」	500mL1袋
ハルトマソ液PH:8—「HD」	1L1袋
ハンダラミン注300mg	300mg1管
ハンダラミン注600mg	600mg1管
(ふ)	
ブドウ糖注「ヒツヤ」20%	20%20mL1管
ブドウ糖注1g	1g1瓶
ブドウ糖注2g	2g1瓶
フルタソゾール注0.1%	0.1%50mL1袋
フルタソゾール注0.2%	0.2%50mL1袋
フルタソゾール注0.2%	0.2%100mL1袋
(へ)	
ヘパリンNaロック用10単位/ mLシリンジ5mL「タチベ」	50単位5mL1筒
ヘパリンNaロック用10単位/ mLシリンジ10mL「タチベ」	100単位10mL1筒
ヘパリンNaロック用100単位/ mLシリンジ5mL「タチベ」	500単位5mL1筒

ヘパリンNaロック用100単位/ mLシリンジ10mL「タチベ」	1,000単位10mL1筒
(ヘ)	
ヘパリンナトリウム注1万単位/ 10mL「タチベ」	10,000単位10mL1瓶
ヘパリンナトリウム注5万単位/ 50mL「タチベ」	50,000単位50mL1瓶
ペラアリソ注10mg	0.5%2mL1管
(み)	
ミノペン点滴静注用100mg	100mg1瓶
(も)	
モイオバミン注300シリンジ	61.24%50mL1筒
モイオバミン注300シリンジ	61.24%80mL1筒
モイオバミン注300シリンジ	61.24%100mL1筒
モイオバミン注300注20mL	61.24%20mL1瓶
(り)	
リンコメイヌ注300mg	300mg1mL1管
(ろ)	
ロゼクラート静注用1g	1g1瓶
(わ)	
ワイスタール静注用0.5g	(500mg)1瓶
ワイスタール静注用1g	(1g)1瓶
品 名	規 格 単 位
(あ)	
アセチロール軟膏10	10%1g
アセチロール軟膏20*	20%1g
アセトアミノフェン坐剤小児用 50mg「タチベ」	50mg1個
アセトアミノフェン坐剤小児用 100mg「タチベ」	100mg1個
アセトアミノフェン坐剤小児用 200mg「タチベ」	200mg1個
アチネレン含嗽用顆粒0.4%	0.4%1g
(お)	
オフロキサシン点眼液0.3%「タ チベ」	0.3%1mL
オフロキサシン点眼液0.3%	0.3%1mL
オリブ油「ORY」	10mL
オールカットE/W液(0.5%)	0.5%10mL
(く)	
クライトド外用スプレー0.3%	1g
クライトド軟膏0.3%	1g
クライトドローション0.3%	1g

(け)	
ケトチン点眼液0.05%	3.45mg5mL1瓶
ケトチン点鼻液0.05%	6.048mg8mL1瓶
ケトプロフェン坐剤50mg「タチ ベ」	50mg1個
ケトプロフェン坐剤75mg「タチ ベ」	75mg1個
(す)	
スゾールトローチ2mg	2mg1錠
(た)	
タリキサシン点眼液0.3%	0.3%1mL
(つ)	
ツロフェニステアゾ0.5mg	0.5mg1枚
ツロフェニステアゾ1mg	1mg1枚
ツロフェニステアゾ2mg	2mg1枚
(な)	
ナジロキサソクリウム1%	1%1g
ナジロキサソクリウム1%	1%1mL
(は)	
ハイソジン錠200mg	200mg1個
白色ワセリン「ORY」	10g
(ひ)	
ヒソベンチ消毒液10%	10%10mL
ヒソヨー卜消毒液10%	10%10mL
(ふ)	
フマルフェン点眼液0.05%	3.45mg5mL1瓶
(へ)	
ヘパタームゲル0.3%	1g
ヘパターム軟膏0.3%	1g
ベルクスターン軟膏5%	5%1g
(め)	
メリーダム液1%	1%1mL
メリーダムクリーム1%	1%1g
(ま)	
ラミクタクト外用液1%	1%1g
ラミクタクトクリーム1%	1%1g
(め)	
レボフロキサシン点眼液0.5% 「NIP」	0.5%1mL

別表第2

品名	規格単位	「純生」タンナルペン シロカルカアゼル 250 mg シノカル錠 250	1 g 250mg1カアゼル 250mg1錠	(ト)	トナイルシロ錠 50 ボアスカアゼル 100 mg ボアスカアゼル 200 mg トリメプチンアミノ酸塩錠 100 mg「タイヨー」 トルバチン錠 50	50mg1錠 100mg1カアゼル 200mg1カアゼル 100mg1錠 50mg1錠
(あ) アクアリット錠 100 mg 「タイヨー」	100mg1錠	水溶性アズレン顆粒 1% 「タイヨー」	1%1 g			
(い) フンキクロモン錠 50	50mg1錠	水溶性アズレン錠 2 mg 「タイヨー」	2mg1錠	(た) ナゾバンカアゼル 5 mg	5mg1カアゼル	
(う) イトゾリト塩酸塩錠 50 mg 「タイヨー」	50mg1錠	スクラルフネート細粒 90% 「タイヨー」	90%1 g	(に) 乳酸カルシウム 「ヤクハン」	10 g	
(え) ウィットコップ懸濁用配合顆粒	1 g	ストマゼピン錠 25 mg	25mg1錠	(の) ※乳糖 (ヤクハン)	10 g	
(え) エバスタン錠 5 mg 「マイラン」	5mg1錠	セクログロタン細粒小児用 100	100mg1 g	(の) ノイキノンカアゼル 5 mg	5mg1カアゼル	
(え) エバスタン錠 10 mg 「マイラン」	10mg1錠	セクログロタン細粒 200	200mg1 g	(は) パロキセチン錠 10 mg 「マイラン」	10mg1錠	
(え) FAD錠 5 mg 「TYK」	5mg1錠	セチリジン塩酸塩錠 5 mg 「タイヨー」	5mg1錠	(ひ) パロキセチン錠 20 mg 「マイラン」	20mg1錠	
(え) FAD錠 10 mg 「TYK」	10mg1錠	セフトレブピホキシル小児用細粒 10% 「タイヨー」	100mg1 g	(ひ) ビンラミン末	1 g	
(え) FAD錠 15 mg 「TYK」	15mg1錠	セフボドキシムプロキセチルドラゼンロップ 5% 「タイヨー」	50mg1 g	(ふ) プリーゼン錠 25 μg	0.025mg1錠	
(か) カイマックス錠 250 mg	250mg1錠	セラビエース錠 100	100mg1錠	(へ) ヘキストラスチノン錠 0.5 g	500mg1錠	
(か) カイマックス錠 330 mg	330mg1錠	セラビエース錠 200	200mg1錠	ペラゾリン顆粒 2%	2%1 g	
(か) カルジール小児用シロップ 2%	2%1ml	セレギリン塩酸塩錠 2.5 mg 「マイラン」	2.5mg1錠	ペラゾリンシロップ 0.1%	0.1%10ml	
(く) クラリシロマイシンDS 10%小児用「TYK」	100mg1 g	センゾリ・重曹散 「ヤクハン」	1 g	(ほ) ボゾリボース錠 0.2 mg 「マイラン」	0.2mg1錠	
(く) グリメピリド錠 0.5 mg 「マイラン」	0.5mg1錠	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「マイラン」	5mg1錠	ボゾリボース錠 0.3 mg 「マイラン」	0.3mg1錠	
(く) グリメピリド錠 1 mg 「マイラン」	1mg1錠	ゾルピデム酒石酸塩錠 10 mg 「マイラン」	10mg1錠	(む) ムコサイン細粒 50%	50%1 g	
(く) グリメピリド錠 3 mg 「マイラン」	3mg1錠	(た) タイメック懸濁用配合顆粒	1 g	(め) メゼック散 10%	10%1 g	
(く) クレマスタン錠 1 mg 「タイヨー」	1mg1錠	タツレキシノカアゼル 200 mg	200mg1カアゼル	(ち) ラクチーム散 50%	50%1 g	
(こ) コウジン末「エンツク」	1 g	炭カル錠「タイヨー」 500	500mg1錠	ラベプラーゾール Na錠 10 mg 「マイラン」	10mg1錠	
(こ) コバルタミンS錠 250 μg	0.25mg1錠	タソチペン配合錠	10ml 1錠	ラベプラーゾール Na錠 20 mg 「マイラン」	20mg1錠	
(さ) サルボゾレラート塩酸塩錠 50 mg 「マイラン」	50mg1錠	チオスベソ錠 25 mg	25mg1錠	(じ) リカマイシンドラゼンシロップ 200	200mg1 g	
(さ) サルボゾレラート塩酸塩錠 100 mg 「マイラン」	100mg1錠	(て) テキサメサゾン錠 0.5 mg 「タイヨー」	0.5mg1錠			
(し) ジアスターゼ 「ヤクハン」	10 g	テルダン小児用ドラゼンシロップ 20%	20%1 g			
(し) シスカルボン錠 250 mg	250mg1錠					
(し) 重カア 「ヤクハン」	10 g					
(し) 「純生」 カフェイン	1 g					
(し) 「純生」 ダイオウ末	10 g					

㊟ リセドロン酸ナトリウム錠2.5mg「ライラン」	2.5mg1錠	シスプラチン点滴静注液50mg「ライラン」	50mg100mL1瓶	アルベンゾン点鼻液0.1% (イ)	8.5mg8.5g1瓶
㊟ 硫酸マグネシウム「ヤクハン」	10g	シメチジン注射液200mg「タイヨウ」	10%2mL1管	イソカルボン坐剤 (エ)	1個
レボフロキサシン細粒10%「ライラン」	100mg1g	スミフェロン注「アール600万IU」	600万国際単位1瓶	塩化ナトリウム「ヤクハン」 (オ)	10g
レボフロキサシン錠100mg「B」	100mg1錠	セフprozピコルキッド点滴静注用1g	1g1キット(生理食塩液100mL付)	セリヤ油「ヤクハン」 (キ)	10mL
レボフロキサシン錠100mg「ライラン」	100mg1錠	セフロキシキッド点滴静注用1g	(1g)1キット(生理食塩液100mL付)	希ヨードチンキ「ヤクハン」 (ク)	10mL
ロキスリッド錠150	150mg1錠	チオスベン注「アール400mg」	400mg1管	クリゲンエタノール液0.5%(W)「エビス」 (コ)	0.5%10mL
ロサルタンカリウム錠25mg「ライラン」	25mg1錠	チカ・デユラミン筋注25mg	25mg1管	グリセリンカリ液「コザカイ・M」 (カ)	10mL
ロサルタンカリウム錠50mg「ライラン」	50mg1錠	チカ・デユラミン筋注50mg	50mg1管	酢酸「ヤクハン」 (キ)	10mL
ロサルタンカリウム錠100mg「ライラン」	100mg1錠	トリプリード輸液	200mL1瓶又は1袋	GSアラスタターH70 (リ)	7cm×10cm1枚
第2部 注 射 薬		ビレンゼール静注用10mg	10mg1管(溶解液付)	GSアラスタターH140 (セ)	10cm×14cm1枚
品 名		フイジオ70輸液	250mL1袋	セボネス (ネ)	1mL
規 格 単 位		フチルスコボラミン臭化物注射液20mg「タイヨウ」	2%1mL1管	ネオ消アル「ヤクハン」 (ハ)	10mL
㊟ アチオニス点滴静注用250mgキット	250mg1キット(生理食塩液100mL付)	フロスココープ150注200mL	31.17%200mL1瓶	ネリタロン坐剤 (ハ)	1個
アゾシード静注500mg	10%5mL1管	フロスココープ240注50mL	49.87%50mL1瓶	白色ワセリン「ヤクハン」 (ヒ)	10g
アミノトリバ1号輸液	1.7L1キット	フロスココープ240注100mL	49.87%100mL1瓶	氷酢酸「ヤクハン」 (ヒ)	10g
アミノトリバ2号輸液	1.8L1キット	ベマカスト注	1mL1管	フセツト点鼻液0.17% (ヒ)	15.75mg9mL1瓶
イソタストキット点滴静注用0.5g	500mg1キット(生理食塩液100mL付)	ベマカスト注	2mL1管	ホウ酸「コザカイ・M」 (ホ)	10g
エルバシン注射液200	200mg2mL1管	ユベラ筋注100mg	100mg1管	ホビヨードガーゲル液7% ポリヨードンガーゲル兼一 (ミ)	7%1mL
エルバシン注射液400	400mg2mL1管	ラニチジン注100mgシリンジ「タイヨウ」	100mg4mL1筒	ニコナゾール硝酸塩クラーム1% 「タイヨウ」 (モ)	1%1g
オーアイエフ注射用250万IU	250万国際単位1瓶(溶解液付)	ロゼクラーキッド点滴静注用1g	1g1キット(生理食塩液100mL付)	モクタール	10g
オーアイエフ注射用500万IU	500万国際単位1瓶(溶解液付)	第3部 外 用 薬			
KNMG3号輸液	200mL1袋	品 名			
シノキッド注射用セット	2.5g1瓶(溶解液付)	規 格 単 位			
シスプラチン点滴静注液10mg「ライラン」	10mg20mL1瓶	(ア)			
シスプラチン点滴静注液25mg「ライラン」	25mg50mL1瓶	(カ)			

㊟	(オ)	ヨードチンキ「ヤクハン」	10mL
	(カ)	ラベンダー油	1mL
㊟	(キ)	流動パラフィン「ヤクハン」	10mL
	(ケ)		
㊟		0.1%ヤクゾール水	0.1%10mL
㊟		0.05%ヤクゾール水	0.05%10mL
㊟		0.02%ヤクゾール水	0.02%10mL
㊟		ヒポフロキサン点眼液0.5% 「トロー」	0.5%1mL
㊟		ヒポフロキサン点眼液0.5% 「マイラン」	0.5%1mL

別表第3

品名	第1部	注射薬	規格単位
(エ)			
F D G スキヤン-M P 注			10MBq
F D G スキヤン注			10MBq
(カ)			
無水エタノール注「フソー」			5mL1管
無水エタノール注「マイラン」			5mL1管
品名	第2部	外用薬	規格単位
(オ)			
テイノフロロー吸入用800ppm			

別表第4から別表第7까지는 생략함

第3部 歯科用薬剤

品名	外用薬	規格単位
(根管治療剤)		
ゾンモニア銀液		
カルピタール		
キヤナルクリーナー歯科用液		
10%		
クリアエフシー		1mL
クレオドソ		
サハライド・R C 液歯科用3.8%		
㊟		
歯科用アンチホルミン		1mL
歯科用ホルマリンクレンジール		
歯科用ホルムクレゾール「村上」		
㊟		
水酸化カルシウム		
ネオクリナー「セキネ」		
ペリオドソ		
ホルマリン・グアヤコールF G		
「ネオ」		
ホルムクレゾールF C 「ネオ」		
ホルモクレゾール歯科用消毒液		
「昭和」		
メトコール		
メルホニン歯科用液		
ヨードヨード亜鉛カソトツブ用消		
毒液「昭和」		
(鎮痛・鎮静消毒剤)		
キャンフェニック「ネオ」		
クロロフェン		

サハライド液歯科用38%		
㊟		
歯科用カルボール		
歯科用フェノール・カソフル		
村上キャンフェニック		
(覆膜剤)		
ネオダイソ		
バルパックV		
〔軟組織消毒剤〕		
クロー亜鉛液		
㊟		
歯科用ヨード・ゲリセリン		
ネオグリセロール		
ヨードゲリコールバスタ「ネオ」		
〔象牙質知覚過敏鈍麻剤〕		
F バニッシュ歯科用5%		
ダイアデント歯科用ゲル5%		
〔齧蝕抑制剤〕		
バトラー フローデンフオームA		
酸性2%		
バトラー フローデンフオームN		
弗化ソーダ液		
弗化ナトリウム液「ネオ」		
フルオール液歯科用2%		
フルオール・ゼリー-歯科用2%		2%1g

○厚生労働省告示第五十七号

健康保険法(大正十一年法律第七十号)第七十六条第二項(同法第四百九条において準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一第二部通則 8 に係る規定は平成二十六年七月一日から適用し、この告示による改正後の別表第一区分番号 F1000 の 1、区分番号 F2000 の注 2、区分番号 F4000 の 1 及び区分番号 I0002-2 の注 2 に係る規定は平成二十六年十月一日から適用し、この告示による改正後の別表第一区分番号 A0000 の注 3、区分番号 A1000 の注 3、区分番号 F1000 の注 8、区分番号 F2000 の注 4、区分番号 A212 の注 4、区分番号 F4000 の注 2、第二章第十部の通則 16 及び区分番号 K939-5 の注 2 に係る規定は平成二十七年四月一日から適用し、平成二十六年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法(以下、「旧算定方法」といふ。)別表第一区分番号 A1000 の注 8 及び注 9、区分

番号 A104 の注 6、区分番号 A105、区分番号 A308-2 並びに区分番号 A317 の注 9 から注 11 までに係る規定については、同年九月三十日までの間、なお効力を有するものとし、同年三月三十一日において現に旧算定方法別表第一区分番号 A301-2 に係る届出を行っている病室におけるハイケアユニット入院医療管理料の算定については、平成二十七年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。

この場合において、旧算定方法別表第一区分番号 A1000 の注 8 中「939点」とあるのは「966点」と、「790点」とあるのは「812点」と、区分番号 A308-2 の亜急性期入院医療管理料 1 中「2,061点」とあるのは「2,119点」と、亜急性期入院管理料 2 中「1,911点」とあるのは「1,965点」と、同区分の注 2 中「それぞれ 1,761点又は 1,661点」とあるのは「それぞれ 1,811点又は 1,708点」と、区分番号 A317 の注 9 中「1,661点」とあるのは「1,708点」と、区分番号 A301-2 のハイケアユニット入院医療管理料中「4,511点」とあるのは「4,584点」とする。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

別表第一

別表第一

医科診療報酬点数表

[目次]

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

第2節 再診料

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

第2節 入院基本料等加算

第3節 特定入院料

第4節 短期滞在手術基本料

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

第2款 在宅療養指導管理材料加算

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

第2款 検体検査判断料

第2節 削除

第3節 生体検査料

第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料

第5節 薬剤料

第6節 特定保険医療材料料

第4部 画像診断

第1節 エックス線診断料

第2節 核医学診断料

第3節 コンピューター断層撮影診断料

第4節 薬剤料

第5節 特定保険医療材料料

第5部 投薬

第1節 調剤料

第2節 処方料

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第5節 処方せん料

第6節 調剤技術基本料

第6部 注射

第1節 注射料

第1款 注射実施料

第2款 無菌製剤処理料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

第2節 薬剤料

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

第2節 薬剤料

第9部 処置

第1節 処置料

第2節 処置医療機器等加算

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第10部 手術

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

第3款 神経系・頭蓋

第4款 眼

第5款 耳鼻咽喉^{くう がい}

第6款 顔面・口腔・頸部

第7款 胸部

第8款 心・脈管

第9款 腹部

第10款 尿路系・副腎

第11款 性器

第12款 削除

第13款 臓器提供管理料

第2節 輸血料

第3節 手術医療機器等加算

第4節 薬剤料

第5節 特定保険医療材料料

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

第2節 神経ブロック料

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第12部 放射線治療

第13部 病理診断

第1節 病理標本作製料

第2節 病理診断・判断料

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

第4章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診療

通則

- 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。
- 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。
- 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 初診料

区分

A000 初診料 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500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500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 当該保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)における医療用医薬品の取引価格の受結率(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Ⅰ平成20年厚生労働省告示第495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(薬事法(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。)が5割以下の保険医療機関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、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、新たに別の診療料を初診として受診した場合は、2つ目の診療料に限り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9までに規定する加算は算定しない。

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

第2節 再診料

区分

A001 再診料 72点

- 注1 保険医療機関(許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合に算定する。
- 当該保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)における医療用医薬品の取引価格の受結率が5割以下の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、53点を算定する。
 - 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料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つ目の診療料に限り、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、注10から注12までに規定する加算は算定しない。
 - 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、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。
 - 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点)を所定点数に加算する。
 - 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、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。が、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。))休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、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の外来管理加算及び注12の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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。))を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、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、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、20点を所定点数に加算する。
- A002 外来診療料 73点
- 注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。
- 2 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500床以上である地域医療支援病院に限る。))であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して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500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。))であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して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 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の受結率が5割以下の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、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、別の診療料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つ目の診療料に限り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9までに規定する加算は算定しない。
- 6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。
- イ 尿検査
 - 区分番号D000からD002までに掲げるもの
 - ロ 糞便検査
 - 区分番号D003に掲げるもの
 - ハ 血液形態・機能検査
 - 区分番号D005(9のうちヘモグロビンA1c(HbA1c)、12デオキシミジンキナーゼ(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 膈洗浄
 - 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、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、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、250点)を所定点数に加算する。

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。

第2部 入院料等

通則

- 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。
- 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（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡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。
- 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	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

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。

- 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20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。
- 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）
- 13対1入院基本料又は15対1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A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2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。
- 13対1入院基本料又は15対1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保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「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。
- 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、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 30点
 - ロ 看護必要度加算2 15点

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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。
- 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(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)
 - ル 看護職員夜間配置加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)
 - 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 がん診療連携拠点病院加算

- フ 栄養サポートチーム加算
- コ 医療安全対策加算
- エ 感染防止対策加算
- テ 患者サポート体制充実加算
- ア 褥瘡^{じよくそ}ハイリスク患者ケア加算
- サ ハイリスク妊娠^{へん}管理加算
- キ ハイリスク分娩^{べん}管理加算
- ク 退院調整加算
- メ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- ミ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- シ 救急搬送患者地域連携受入加算
- ヱ 総合評価加算
- ヒ 呼吸ケアチーム加算
- モ 後発医薬品使用体制加算
- セ 病棟薬剤業務実施加算
- ス データ提出加算

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患者については、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基本料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(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25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 療養病棟入院基本料1

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

2 療養病棟入院基本料2

イ 入院基本料A	1,745点(生活療養を受ける場合にあっては、1,731点)
ロ 入院基本料B	1,691点(生活療養を受ける場合にあっては、1,677点)
ハ 入院基本料C	1,403点(生活療養を受ける場合にあっては、1,389点)
ニ 入院基本料D	1,347点(生活療養を受ける場合にあっては、1,333点)
ホ 入院基本料E	1,320点(生活療養を受ける場合にあっては、1,305点)
ヘ 入院基本料F	1,165点(生活療養を受ける場合にあっては、1,151点)

- ト 入院基本料G 902点（生活療養を受ける場合にあつては、888点）
 チ 入院基本料H 854点（生活療養を受ける場合にあつては、840点）
 リ 入院基本料I 750点（生活療養を受ける場合にあつては、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（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院基本料Iを算定する。
- 2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける場合にあつては、562点）を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料2については、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た病棟であつて、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、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20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 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者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。）の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300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 乳幼児加算・幼児加算
 ヘ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 ト 地域加算
 チ 離島加算
 リ HIV感染者療養環境特別加算
 ヌ 療養病棟療養環境加算
 ル 療養病棟療養環境改善加算
 ラ 重症皮膚潰瘍管理加算
 ワ 栄養サポートチーム加算
 カ 医療安全対策加算
 コ 感染防止対策加算
 ク 患者サポート体制充実加算
 ケ 退院調整加算
 コ 救急搬送患者地域連携受入加算
 ツ 地域連携認知症支援加算
 ネ 総合評価加算
 ナ 病棟薬剤業務実施加算
 ラ データ提出加算
- 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（療養病棟入院基本料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 療養病棟入院基本料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10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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20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 H I V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^{じよくそ}ハイリスク患者ケア加算
- ナ ハイリスク妊娠管理加算
- ラ 退院調整加算
- ム 総合評価加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- ヰ 病棟薬剤業務実施加算
- ノ データ提出加算
- A 1 0 3 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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20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A 2 3 8—5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号A 2 3 8—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 乳幼児加算・幼児加算
 - チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - リ 特殊疾患入院施設管理加算
 - ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ル 看護配置加算
 - ヲ 看護補助加算
 - ワ 地域加算
 - カ 離島加算
 - コ 療養環境加算
 - タ H I V感染者療養環境特別加算
 - レ 精神科措置入院診療加算
 - ソ 精神科応急入院施設管理加算
 - ツ 精神科隔離室管理加算
 - ネ 精神病棟入院時医学管理加算
 - ナ 精神科地域移行実施加算
 - ラ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）
 - ム 強度行動障害入院医療管理加算
 - ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - エ 摂食障害入院医療管理加算
 - ノ 医療安全対策加算
 - オ 感染防止対策加算
 - ク 患者サポート体制充実加算
 - ヤ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - マ ハイリスク妊娠管理加算
 - ケ 救急搬送患者地域連携受入加算
 - フ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
 - コ 後発医薬品使用体制加算
 - エ 病棟薬剤業務実施加算
 - テ データ提出加算
- 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。

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
 - (1) 14日以内の期間 712点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 207点
 - ロ 結核病棟の場合
 - (1) 30日以内の期間 330点
 - (2) 31日以上90日以内の期間 200点
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 505点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 250点
 - (3) 31日以上90日以内の期間 125点
 - (4) 91日以上180日以内の期間 30点
 - (5) 181日以上1年以内の期間 15点
 - 4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
 - 5 当該病棟に入院している患者の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 30点
 - ロ 看護必要度加算2 15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 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）
 - チ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）
 - リ 乳幼児加算・幼児加算
 - ヌ 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟に限る。）
 - ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ヲ 看護補助加算
 - ワ 地域加算
 - カ 離島加算
 - コ 療養環境加算
 - ク H I V感染者療養環境特別加算
 - ケ 二類感染症患者療養環境特別加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
 - コ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
 - セ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
 - ネ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
 - ニ 放射線治療室管理加算（一般病棟に限る。）
 - ハ 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
 - ム 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
 - ウ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
 - エ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
 - ロ 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）
 - オ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
 - ク 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
 - ヤ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）
 - マ 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。）
 - ケ 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。）
 - フ 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。）
 - コ がん診療連携拠点病院加算（一般病棟に限る。）
 - エ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）
 - テ 医療安全対策加算
 - ア 感染防止対策加算
 - サ 患者サポート体制充実加算
 - キ 褥瘡^{しよくそう}ハイリスク患者ケア加算

- ク ハイリスク妊娠管理加算
 - メ ハイリスク分娩^{べん}管理加算（一般病棟に限る。）
 - ミ 退院調整加算（精神病棟を除く。）
 - シ 新生児特定集中治療室退院調整加算（一般病棟に限る。）
 - エ 救急搬送患者地域連携紹介加算（一般病棟に限る。）
 - ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）
 - モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
 - セ 後発医薬品使用体制加算
 - ス 病棟薬剤業務実施加算
 - ソ データ提出加算
 - 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患者については、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基本料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、A D L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25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。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- 2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間 512点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 207点
 - 3 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 30点
 - ロ 看護必要度加算2 15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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - リ 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - ヌ 乳幼児加算・幼児加算
 - ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ワ 看護補助加算
 - カ 地域加算
 - ヨ 離島加算
 - タ 療養環境加算
 - レ H I V感染者療養環境特別加算
 - ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ツ 重症者等療養環境特別加算
 - ネ 小児療養環境特別加算
 - ナ 無菌治療室管理加算
 - ラ 放射線治療病室管理加算
 - ム 緩和ケア診療加算
 - ウ 精神科リエゾンチーム加算
 - 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 がん診療連携拠点病院加算
 - 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 褥瘡ハイリスク患者ケア加算^{じよくそつ}
 - エ ハイリスク妊娠管理加算
 - テ 退院調整加算
 - ア 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - サ 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - キ 総合評価加算

- ク 呼吸ケアチーム加算
- メ 後発医薬品使用体制加算
- ミ 病棟薬剤業務実施加算
- シ データ提出加算

- 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患者については、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基本料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、A D L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25点を所定点数に加算する。

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,588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。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

- 2 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た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の20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A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2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20に相当する点数を減算する患者については、812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、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
- 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 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 H I V 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 褥瘡ハイリスク患者ケア加算^{じよくそ}
 - ラ 退院調整加算
 - ム 救急搬送患者地域連携受入加算
 - ウ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - エ データ提出加算
- A 1 0 7 削除
- A 1 0 8 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 A 2 3 8 — 3 に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は新生児特定集中治療室退院調整加算 2 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、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 80点
 - ニ 夜間看護配置加算2 30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 退院調整加算
 - ウ 総合評価加算
 - ヰ 後発医薬品使用体制加算
- 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。

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、当該の間、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、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。))は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転院又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそ}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 当該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A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2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、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
 - コ 退院調整加算
 - ク 地域連携認知症支援加算
 - ケ 総合評価加算
- 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。

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2 120点
- 注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A205 救急医療管理加算(1日につき)
- 1 救急医療管理加算1 800点
 - 2 救急医療管理加算2 400点
- 注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。
- 2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。
 - 3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。
- 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する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 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に掲げる特定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500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	860点
ロ	20対1補助体制加算	648点
ハ	25対1補助体制加算	520点
ニ	30対1補助体制加算	435点
ホ	40対1補助体制加算	350点
ヘ	50対1補助体制加算	270点
ト	75対1補助体制加算	190点
チ	100対1補助体制加算	143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	810点
ロ	20対1補助体制加算	610点
ハ	25対1補助体制加算	490点
ニ	30対1補助体制加算	410点
ホ	40対1補助体制加算	330点
ヘ	50対1補助体制加算	255点
ト	75対1補助体制加算	180点
チ	100対1補助体制加算	138点

注	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制 その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体 制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、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)	160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)	140点
3	50対1急性期看護補助体制加算	120点
4	75対1急性期看護補助体制加算	80点
注1	病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の 補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい るものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院 基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、急性期看護補助体制加算を算定でき るものを現に算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して14日 を限度として所定点数に加算する。	
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、当該施設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25対1急性期看護補助体制加算	35点
ロ	夜間50対1急性期看護補助体制加算	25点
ハ	夜間100対1急性期看護補助体制加算	15点
A207-4	看護職員夜間配置加算(1日につき)	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、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	

- A 2 1 0 難病等特別入院診療加算（1日につき）
- 1 難病患者等入院診療加算 250点
 - 2 二類感染症患者入院診療加算 250点
- 注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- 2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき） 350点
- 注 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。
- A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）
- 1 超重症児（者）入院診療加算
 - イ 6歳未満の場合 800点
 - ロ 6歳以上の場合 400点
 - 2 準超重症児（者）入院診療加算
 - イ 6歳未満の場合 200点
 - ロ 6歳以上の場合 100点
- 注1 超重症児（者）入院診療加算は、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 A 3 0 1 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 A 3 0 1-4 に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある者である場合には、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 A 1 0 6 に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号 A 3 0 6 に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号 A 3 0 9 に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して 90 日を限度として、所定点数に加算する。

- A 2 1 2-2 削除
- A 2 1 3 看護配置加算（1日につき） 12点
- 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）
- 1 看護補助加算 1 109点
 - 2 看護補助加算 2 84点
 - 3 看護補助加算 3 56点
- 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）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。
- A 2 1 5 から A 2 1 7 まで 削除
- A 2 1 8 地域加算（1日につき）
- 1 1級地 18点
 - 2 2級地 15点
 - 3 3級地 12点
 - 4 4級地 10点
 - 5 5級地 6点
 - 6 6級地 3点
- 注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。
- A 2 1 8-2 離島加算（1日につき） 18点
- 注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 1 9 療養環境加算（1日につき） 25点
- 注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 0	H I V感染者療養環境特別加算（1日につき）	
1	個室の場合	350点
2	2人部屋の場合	150点
	注 H I V感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、H I V感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	
A 2 2 0—2	二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）	
1	個室加算	300点
2	陰圧室加算	200点
	注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。	
A 2 2 1	重症者等療養環境特別加算（1日につき）	
1	個室の場合	300点
2	2人部屋の場合	150点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	
A 2 2 1—2	小児療養環境特別加算（1日につき）	300点
	注 治療上の必要があつて、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、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	
A 2 2 2	療養病棟療養環境加算（1日につき）	
1	療養病棟療養環境加算1	132点
2	療養病棟療養環境加算2	115点
	注 療養病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	
A 2 2 2—2	療養病棟療養環境改善加算（1日につき）	
1	療養病棟療養環境改善加算1	80点
2	療養病棟療養環境改善加算2	20点
	注 療養病棟であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	

A 2 2 3	診療所療養病床療養環境加算（1日につき）	100点
	注 診療所の療養病床であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。	
A 2 2 3—2	診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき）	35点
	注 診療所の療養病床であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。	
A 2 2 4	無菌治療室管理加算（1日につき）	
1	無菌治療室管理加算1	3,000点
2	無菌治療室管理加算2	2,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。	
A 2 2 5	放射線治療病室管理加算（1日につき）	2,500点
	注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
A 2 2 6	重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）	18点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
A 2 2 6—2	緩和ケア診療加算（1日につき）	400点
	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。）について、所定点数に加算する。	
	2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。	
	3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。	
A 2 2 6—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。	

- A 2 2 7 精神科措置入院診療加算（入院初日） 2,500点
 注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項に規定する入院等に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 2 9 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点
 注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の4第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。
- A 2 3 0 精神病棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点
 注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 3 0—2 精神科地域移行実施加算（1日につき） 10点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。
- A 2 3 0—3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）
 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。

- A 2 3 0—4 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 200点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。
- A 2 3 1 削除
- A 2 3 1—2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき） 300点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。
- A 2 3 1—3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）
 1 30日以内 200点
 2 31日以上60日以内 100点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。
- A 2 3 1—4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）
 1 30日以内 200点
 2 31日以上60日以内 100点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。
- A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算（入院初日） 500点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、がん診療連携拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 3 3 削除
- A 2 3 3—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。

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 | 35点 |

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

A234-2 感染防止対策加算(入院初日)

- | | |
|-------------|------|
| 1 感染防止対策加算1 | 400点 |
| 2 感染防止対策加算2 | 100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を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関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もの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。

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^{じよくそう}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^{じよくそう}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^{じよくそう}ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡^{じよくそう}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^{じよくそう}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^{べん}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^{べん}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^{べん}を伴う入院中にハイリスク分娩^{べん}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^{べん}管理と同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^{べん}管理加算に含まれるものとする。

A238 退院調整加算(退院時1回)

1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合

- | | |
|-----------------|------|
| イ 14日以内の期間 | 340点 |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 150点 |
| ハ 31日以上期間 | 50点 |

2 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟に限る。))有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合

- | | |
|------------------|------|
| イ 30日以内の期間 | 800点 |
| ロ 31日以上90日以内の期間 | 600点 |
| ハ 91日以上120日以内の期間 | 400点 |
| ニ 121日以上期間 | 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、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、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

- 2 保険医療機関が、患者の同意を得て、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、当該患者の退院後の診療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として、300点を更に所定点数に加算する。
- 3 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、退院調整加算（特定地域）として、1については、それぞれ170点、75点又は25点、2については、それぞれ400点、300点、200点又は100点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8—2 削除

A 2 3 8—3 新生児特定集中治療室退院調整加算

- | | |
|-------------------------------|------|
| 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1（退院時 1 回） | 600点 |
| 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 | |
| イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） | 600点 |
| ロ 退院加算（退院時 1 回） | 600点 |
| 3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 | |
| イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） | 600点 |
| ロ 退院加算（退院時 1 回） | 600点 |

注1 新生児特定集中治療室退院調整加算 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、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整加算 2 を算定するものを除く。）であって、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に 1 回に限り、所定点数に加算する。

2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）であって、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に 1 回に限り、所定点数に加算する。

3 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により退院した場合に、退院時に 1 回に限り、更に所定点数に加算する。

4 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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新生児特定集中治療室退院調整加算 2 を算定した患者に対して、当該保険医療機関に入院した日から起算して 7 日以内に退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に 1 回に限り、所定点数に加算する。

5 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により自宅へ退院した場合に退院時に 1 回に限り、更に所定点数に加算する。

A 2 3 8—4 救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回） 1,000点

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して 7 日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に 1 回限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算、区分番号 B 0 0 5—2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)は、別に算定できない。

A 2 3 8—5 救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号 A 2 3 8—4 に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り、所定点数に加算する。この場合において、区分番号 B 0 0 5—3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)は、別に算定できない。

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

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

A 2 3 8—7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号 A 2 3 8—6 に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8—8 地域連携認知症支援加算 1,500点

注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関が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の病棟（区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症治療病棟入院料を算定する病棟（以下この区分番号において「認知症治療病棟入院料算定病棟」という。）に限る。）に転院させた場合であって、当該転院の日から 60 日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関に入院した場合には、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携認知症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、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8—9	地域連携認知症集中治療加算（退院時1回）	1,500点
	注 認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）又は病床（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病床に限る。）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者（第3節の特定入院料のうち、地域連携認知症集中治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、退院時に所定点数に加算する。	
A 2 3 9	削除	
A 2 4 0	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（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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。	
A 2 4 1	削除	
A 2 4 2	呼吸ケアチーム加算（週1回）	150点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）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。	
A 2 4 3	後発医薬品使用体制加算（入院初日）	
	1 後発医薬品使用体制加算 1	35点
	2 後発医薬品使用体制加算 2	28点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	
A 2 4 4	病棟薬剤業務実施加算（週1回）	100点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟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。）のうち、病棟薬剤業務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、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。	

A 2 4 5	データ提出加算（入院中1回）	
	1 データ提出加算 1	
	イ 200床以上の病院の場合	100点
	ロ 200床未満の病院の場合	150点
	2 データ提出加算 2	
	イ 200床以上の病院の場合	110点
	ロ 200床未満の病院の場合	160点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関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。	
	第3節 特定入院料	
区分		
A 3 0 0	救命救急入院料（1日につき）	
	1 救命救急入院料 1	
	イ 3日以内の期間	9,869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	
	(1) 3日以内の期間	9,869点
	(2) 4日以上7日以内の期間	8,929点
	(3) 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	
	(1) 3日以内の期間	9,869点
	(2) 4日以上7日以内の期間	8,929点
	(3) 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	
	(1) 3日以内の期間	11,393点
	(2) 4日以上7日以内の期間	10,316点
	(3) 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	
	(1) 3日以内の期間	11,393点
	(2) 4日以上7日以内の期間	10,316点
	(3) 8日以上14日以内の期間	9,046点
	(4) 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及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）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。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき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救命救急医療が行われた場合には、1日につき500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。
- 6 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
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。
- 8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。
- イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟を除く。）、地域加算、離島加算、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）
 - 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
 - (1) 7日以内の期間 13,650点
 - (2) 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
 - (1) 7日以内の期間 13,650点
 - (2) 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
 - (1) 7日以内の期間 9,361点
 - (2) 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
 - (1) 7日以内の期間 9,361点
 - (2) 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、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては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、がん診療連携拠点病院加算、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）
 - 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

A301-2	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、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。	
2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。	
イ	入院基本料	
ロ	入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん診療連携拠点病院加算、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。)	
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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。)	
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14日以内の期間	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歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。	
2	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、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、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。)	
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、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号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グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。)	
ハ	第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)	
ニ	点滴注射	
ホ	中心静脈注射	
ヘ	酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)	
ト	インキュベーター(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)	
チ	第13部第1節の病理標本作製料	

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 母体・胎児集中治療室管理料 7,125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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3—2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

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

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）
- 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

A 3 0 3—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、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

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

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）

- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 4 削除

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 9,046点
- 2 8日以上14日以内の期間 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法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）
- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 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 A 2 3 8-3 に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は新生児特定集中治療室退院調整加算 2 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 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、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

1 小児入院医療管理料 1	4,584 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 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対 1 入院基本料の例により算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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、1 日につき 600 点を所定点数に加算する。

4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料 1 及び小児入院医療管理料 2 に含まれるものとする。

5 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料 3 及び小児入院医療管理料 4 に含まれるものとする。

6 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、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、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算を除く。）は、小児入院医療管理料 5 に含まれるものとする。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,025 点
	（生活療養を受ける場合にあつては、2,011 点）
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	1,811 点
	（生活療養を受ける場合にあつては、1,796 点）
3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,657 点
	（生活療養を受ける場合にあつては、1,642 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 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 2 に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 I 又は療養病棟入院基本料 2 の入院基本料 I の例により、それぞれ算定する。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 2 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 3 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 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者 1 人につき 1 日につき 40 点を所定点数に加算する。

- 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）地域加算、離島加算、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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・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。
- 5 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、体制強化加算として、患者1人につき1日につき200点を所定点数に加算する。

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 | 2,558点 |
| | （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点） |
| 2 地域包括ケア入院医療管理料1 | 2,558点 |
| | （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点） |
| 3 地域包括ケア病棟入院料2 | 2,058点 |
| | （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点） |
| 4 地域包括ケア入院医療管理料2 | 2,058点 |
| | （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点） |

注1 1及び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及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料2（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2,191点、2,191点、1,763点又は1,763点（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,177点、2,177点、1,749点又は1,749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基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

- 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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者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。）の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転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 診療に係る費用（注3から注5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、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、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に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・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又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

- | | |
|--------------|--------|
| 1 特殊疾患病棟入院料1 | 2,008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つて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算1又は新生児特定集中治療室退院調整加算2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 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、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出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 | 30日以内の期間 | 4,926点 |
| 2 | 31日以上60日以内の期間 | 4,412点 |
| 3 | 61日以上期間 | 3,384点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍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 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそ}ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料、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に掲げる精神科病棟入院基本料の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、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、精神科急入院施設管理加算、精神科身体合併症^{じよくそ}管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそ}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及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

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

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に掲げる精神科病棟入院基本料の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、精神科急入院施設管理加算、精神科身体合併症^{じよくそ}管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそ}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及びデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した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施設基準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(精神科急性期治療病棟入院料1を算定する患者に限る。)については、精神科急性期医師配置加算として、1日につき500点を所定点数に加算する。

- 5 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(注4に規定する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に掲げる精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した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。

A 3 1 1 - 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A 1 0 3に掲げる精神科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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算並びに第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。

A 3 1 2 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科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科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に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、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及びデータ提出加算、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A 2 3 0 - 2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A 3 1 3 削除

A 3 1 4 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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月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、入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算する。
- 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、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、地域連携認知症集中治療加算並びにデータ提出加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J 0 3 8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。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。

A 3 1 5 及び A 3 1 6 削除

- A 3 1 7 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 A 2 3 8 - 3 に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は新生児特定集中治療室退院調整加算 2 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、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、H I V 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、がん診療連携拠点病院加算、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、^{しよくそつ}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩^{べん}管理加算、退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、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及びデータ提出加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者に対し、必要があ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2,191点又は1,763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 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（区分番号 A 3 0 8 - 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、救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)、第2章第2部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・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 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

区分

A 4 0 0 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）
（生活療養を受ける場合にあつては、4,890点） | 4,918点 |
| 3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合） | |
| イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合
（生活療養を受ける場合にあつては、16,773点） | 16,773点 |
| ロ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 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
（生活療養を受ける場合にあつては、9,312点） | 9,383点 |
| ハ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合
（生活療養を受ける場合にあつては、9,567点） | 9,638点 |
| ニ D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
（生活療養を受ける場合にあつては、6,059点） | 6,130点 |
| ホ D 4 1 3 前立腺針生検法
（生活療養を受ける場合にあつては、11,666点） | 11,737点 |
| ヘ K 0 0 8 ^{えき} 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術
（生活療養を受ける場合にあつては、17,414点） | 17,485点 |
| ト K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術
（生活療養を受ける場合にあつては、20,255点） | 20,326点 |
| チ K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
（生活療養を受ける場合にあつては、43,408点） | 43,479点 |
| リ K 2 8 2 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
（生活療養を受ける場合にあつては、27,022点） | 27,093点 |
| ヌ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
（生活療養を受ける場合にあつては、21,561点） | 21,632点 |
| ル K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
（生活療養を受ける場合にあつては、20,041点） | 20,112点 |

ヲ	K 6 1 7	下肢静脈瘤 手術	1	抜去切除術 (生活療養を受ける場合にあつては、27,240点)	27,311点
ワ	K 6 1 7	下肢静脈瘤 手術	2	硬化療法(一連として) (生活療養を受ける場合にあつては、9,779点)	9,850点
カ	K 6 1 7	下肢静脈瘤 手術	3	高位結紮術 (生活療養を受ける場合にあつては、12,300点)	12,371点
ヨ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア(15歳未満に限る。) (生活療養を受ける場合にあつては、29,022点)	29,093点
タ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) (生活療養を受ける場合にあつては、24,734点)	24,805点
レ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	1	15歳未満に限る。) (生活療養を受ける場合にあつては、56,112点)	56,183点
ソ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	1	15歳以上に限る。) (生活療養を受ける場合にあつては、51,409点)	51,480点
ツ	K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	1	長径2センチメートル未満 (生活療養を受ける場合にあつては、14,590点)	14,661点
ネ	K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	2	長径2センチメートル以上 (生活療養を受ける場合にあつては、18,861点)	18,932点
ナ	K 7 4 3	痔核手術(脱肛を含む。)	2	硬化療法(四段階注射法によるもの) (生活療養を受ける場合にあつては、13,339点)	13,410点
ラ	K 8 6 7	子宮頸部(腔部)切除術		(生活療養を受ける場合にあつては、18,329点)	18,400点
ム	K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術		(生活療養を受ける場合にあつては、35,453点)	35,524点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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 保険医療機関(診療所を除く。)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)、全血凝固時間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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニ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・アンブル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、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、がん診療連携拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)
- ハ 注3のイからラまでに掲げるもの
- 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は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

第 2 章 特掲診療料
第 1 部 医学管理等

区分

B 0 0 0	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 A 0 0 0 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 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、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。	
B 0 0 1	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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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	470点
注 1	ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。	
2	同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月 2 回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は 1 回に限り算定することとし、第 1 回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。	
3	ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1 回に限り 740点を特定薬剤治療管理料として算定する。	
4	抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4 月目以降のものについては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。	
5	てんかんの患者であって、2 種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2 回に限り所定点数を算定できる。	

6	臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め 3 月に限り、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。	
3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	
イ	尿中 B T A に係るもの	220点
ロ	その他のもの	
(1)	1 項目の場合	360点
(2)	2 項目以上の場合	400点
注 1	イについては、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 B T A に係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	
2	ロについては、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 D 0 0 9 に掲げる腫瘍マーカーに係る検査(注 1 に規定する検査を除く。)のうち 1 又は 2 以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。	
3	注 2 に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1 回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点を口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、口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を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を限度として月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	
5	小児科療養指導料	250点
注 1	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、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	

- 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して 1 月以内に行った指導の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 6 てんかん指導料 250点
- 注 1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のもを含む。）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 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 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 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 8 皮膚科特定疾患指導管理料
- イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点
- ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点
- 注 1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月 1 回に限り算定する。

- 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 9 外来栄養食事指導料 130点
- 注 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特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月 2 回に限り、その他の月にあつては月 1 回に限り算定する。
- 10 入院栄養食事指導料（週 1 回）
- イ 入院栄養食事指導料 1 130点
- ロ 入院栄養食事指導料 2 125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特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。
- 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特別食を必要とするものに対して、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によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。
- 11 集団栄養食事指導料 80点
- 注 別に厚生労働大臣が定める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 遠隔モニタリングによる場合 550点
- ロ 着用型自動除細動器による場合 360点
- ハ イ又はロ以外の場合 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（イ及びハ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、イにあつては 4 月に 1 回に限り、ロ及びハにあつては 1 月に 1 回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1 月に 1 回に限りハを算定する。
- 2 区分番号 K 5 9 7 に掲げるペースメーカー移植術、区分番号 K 5 9 8 に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号 K 5 9 9 に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号 K 5 9 9 - 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者（口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、23,830点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看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあっては、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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。
 2 区分番号K328に掲げる人工内耳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・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。
 イ 尿中一般物質定性半定量検査
 ロ 尿沈渣（鏡検法）
 ハ 糞便検査
 ニ 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A_{1c}（HbA_{1c}）
 ホ 出血・凝固検査
 出血時間、全血凝固時間
 ヘ 血液化学検査
 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、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-

ル、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC χ RIA法）、不飽和鉄結合能（UIBC χ 比色法）、総鉄結合能（TIBC χ RIA法）、総鉄結合能（TIBC χ 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（T₃）、サイロキシン（T₄）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT₃）、C-ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（FT₄）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、脳性Na利尿ペプチド（BNP）

チ 感染症免疫学的検査

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

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量

ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH₅₀）、免疫グロブリン、C₃、C₄、トランスフェリン（Tf）、 α_2 -ミクログロブリン

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）

ゼン 喘息治療管理料

- イ 1月目 75点
 ロ 2月目以降 25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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。）した回数を超えて1年間に3回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

- (1) 1月目 2,252点
 (2) 2月目以降6月目まで 1,975点

- 17 慢性疼痛疾患管理料 130点
 注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
 2 区分番号J118に掲げる介連牽引、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
 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 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、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬

- を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
 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
 1 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 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 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 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 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 2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 3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に掲げる処方せん料の注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 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、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
- 1 臓器移植後の場合 300点
- 2 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。
- B001-2 小児科外来診療料(1日につき)
- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- イ 初診時 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であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者(3歳未満の乳幼児に限る。)に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。
- 2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、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 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、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Ⅲ及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、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。
- 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(3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 100点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者(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。

- B 0 0 1—2—6 夜間休日救急搬送医学管理料 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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(土曜日に限る。)休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。
 2 急性薬毒物中毒(アルコール中毒を除く。)と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。
- B 0 0 1—2—7 外来リハビリテーション診療料
 1 外来リハビリテーション診療料1 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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション(区分番号H 0 0 0に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H 0 0 1に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H 0 0 2に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H 0 0 3に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するもの)に限る。以下この区分番号において同じ。)を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。
 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料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A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。
- B 0 0 1—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A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料は、算定しない。
- B 0 0 1—2—9 地域包括診療料(月1回) 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、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、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区分番号A 0 0 1に掲げる再診療の注5から注8までに規定する加算、区分番号B 0 0 1—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料Ⅲ、第2章第2部在宅医療(区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2—2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方せん料を除く。)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。
- B 0 0 1—3 生活習慣病管理料
 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
 2 1以外の場合
 イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点
 注1 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、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B 0 0 1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、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
- B 0 0 1—3—2 ニコチン依存症管理料
 1 初回 230点
 2 2回目から4回目まで 184点
 3 5回目 180点
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。
- 2 区分番号D 2 0 0に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- B 0 0 1—4 手術前医学管理料 1,192点
- 注 1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔、区分番号 L 0 0 4 に掲げる脊椎麻酔又は区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
- 2 同一の患者につき 1 月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を 2 回以上行った場合は、第 1 回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日 1 回に限り、手術前医学管理料を算定する。
- 3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号 D 2 0 8 に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定する。
- 4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断及び区分番号 E 0 0 2 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）、全血凝固時間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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニ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・アンブル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、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 D 2 0 8 の 1 に掲げるもの
- リ 写真診断
区分番号 E 0 0 1 の 1 のイに掲げるもの
- ヌ 撮影
区分番号 E 0 0 2 の 1 に掲げるもの
- 6 区分番号 D 0 2 6 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 D 0 2 7 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。

B 0 0 1—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 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を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 B 0 0 1—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、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシニ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、遊離脂肪酸、HDL-Cコレステロール、LDL-Cコレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、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つ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つて、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。
- 2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したもののに対して、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。

B002 開放型病院共同指導料(I) 350点

- 注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

B003 開放型病院共同指導料(II) 220点

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

B004 退院時共同指導料1

- 1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 1,000点
- 2 1以外の場合 600点

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

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

B005 退院時共同指導料2 300点

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

- 2 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注 3 の加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合に、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 A 2 3 8 に掲げる退院調整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 B 0 0 3 に掲げる開放型病院共同指導料(II)は別に算定できない。

B 0 0 5 - 1 - 2 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 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 H 0 0 1 の注 4 又は注 5 並びに区分番号 H 0 0 2 の注 4 又は注 5 を算定する者に限る。）に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者 1 人につき 1 回を限度として算定する。

B 0 0 5 - 2 地域連携診療計画管理料 900点

- 注 1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に 1 回に限り所定点数を算定する。
- 2 注 1 の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 当該患者に対して行われた区分番号 B 0 0 5 - 1 - 2 に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 4 区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算、区分番号 A 2 3 8 - 4 に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号 B 0 0 3 に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号 B 0 0 5 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 3 地域連携診療計画退院時指導料(I) 600点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、患者の同意を得た上で、注 1 に規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合には、地域連携診療計画退院計画加算として、100点を所定点数に加算する。
- 3 注 1 の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注 2 の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。
- 4 当該患者に対して行われた区分番号 B 0 0 5 - 1 - 2 に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算、区分番号 A 2 3 8 - 5 に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号 B 0 0 3 に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号 B 0 0 5 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 3 - 2 地域連携診療計画退院時指導料(II) 300点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注 1 に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 注 1 の規定に基づく計画管理病院への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 5 - 4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I) 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 A 2 3 6 - 2 に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号 A 2 3 7 に掲げるハイリスク分娩管理加算の注 1 に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者 1 人につき 1 回算定する。

B 0 0 5—5	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅲ) 注 区分番号A 2 3 6—2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A 2 3 7に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者(区分番号B 0 0 5—4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。	500点
B 0 0 5—6	がん治療連携計画策定料 1 がん治療連携計画策定料1 2 がん治療連携計画策定料2 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、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(がんと診断されたから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。 2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B 0 0 5—6—2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。 3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 4 区分番号B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅲ)又は区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。	750点 300点
B 0 0 5—6—2	がん治療連携指導料 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画策定病院を除く。)が、区分番号B 0 0 5—6に掲げるがん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。 2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	300点
B 0 0 5—6—3	がん治療連携管理料 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、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	500点

B 0 0 5—7	認知症専門診断管理料 1 認知症専門診断管理料1 2 認知症専門診断管理料2 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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの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、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に適合してい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、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、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B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 4 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	700点 300点
B 0 0 5—7—2	認知症療養指導料 注1 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B 0 0 5—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、患者の同意を得た上で、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月に限り、月1回を限度として算定する。 2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	350点
B 0 0 5—8	肝炎インターフェロン治療計画料 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。 2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	700点
B 0 0 6	救急救命管理料 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。	500点

- B 0 0 6 - 2 削除
- B 0 0 6 - 3 退院時リハビリテーション指導料 300点
注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。
- B 0 0 7 退院前訪問指導料 555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。
- B 0 0 8 薬剤管理指導料
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1 に該当する場合を除く。） 380点
3 1 及び 2 の患者以外の患者に対して行う場合 325点
注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1 及び 2 については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3 についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者 1 人につき週 1 回に限り、月 4 回を限度として算定する。
2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1 回につき 50 点を所定点数に加算する。
- B 0 0 9 診療情報提供料(I) 250点
注 1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第 46 条第 1 項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者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）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。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

- 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に關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、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200 点を所定点数に加算する。
- 8 区分番号 B 0 0 5 - 4 に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中 1 回に限り 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、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によりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する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、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、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。
- B 0 1 0 診療情報提供料(II) 500点
注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

B011及びB011-2	削除	
B011-3	薬剤情報提供料	10点
	注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定する。	
	2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。	
	3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。	
B011-4	医療機器安全管理料	
	1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき)	100点
	2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合(一連につき)	1,100点
	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	
	2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。	
B012	傷病手当金意見書交付料	100点
	注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。	
B013	療養費同意書交付料	100点
	注 健康保険法第87条の規定による療養費(柔道整復以外の施術に係るものに限る。)に係る同意書を交付した場合に算定する。	
B014	退院時薬剤情報管理指導料	90点
	注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。	
B015からB018まで	削除	
	第2部 在宅医療	
通則		
	1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。	
	2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。	
	3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。	
	4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。	

第1節 在宅患者診療・指導料		
区分		
C000	往診料	720点
	注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間(深夜を除く。)の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院(地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。	
	イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合	
	(1) 病床を有する場合	
	① 緊急に行う往診	850点
	② 夜間(深夜を除く。)の往診	1,700点
	③ 深夜の往診	2,700点
	(2) 病床を有しない場合	
	① 緊急に行う往診	750点
	② 夜間(深夜を除く。)の往診	1,500点
	③ 深夜の往診	2,500点
	ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が行う場合	
	(1) 緊急に行う往診	650点
	(2) 夜間(深夜を除く。)の往診	1,300点
	(3) 深夜の往診	2,300点
	ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合	
	(1) 緊急に行う往診	325点
	(2) 夜間(深夜を除く。)の往診	650点
	(3) 深夜の往診	1,300点
	2 患者における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。	
	3 患者において死亡診断を行った場合は、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者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による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、患者の負担とする。	
	6 注1のロについては、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、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。	
C001	在宅患者訪問診療料(1日につき)	
	1 同一建物居住者以外の場合	833点
	2 同一建物居住者の場合	
	イ 特定施設等に入居する者の場合	203点
	ロ イ以外の場合	103点

- 注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者 1 人につき週 3 回（同一の患者について、1 及び 2 を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料又は区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料は、算定しない。
- 2 2 のイについては、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（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、2 のロについては、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（2 のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者 1 人につき週 3 回（同一の患者について、1 及び 2 を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料又は区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料は、算定しない。
- 3 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 及び注 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。
- 4 3 歳未満の乳幼児又は 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ 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、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、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、在宅療養実績加算として、750 点を更に所定点数に加算する。
- イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- | | |
|---------------|---------|
| (1) 病床を有する場合 | 6,000 点 |
| (2) 病床を有しない場合 | 5,000 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
- | | |
|-------------------|---------|
| ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 | 3,000 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には、看取り加算として、3,000 点を所定点数に加算する。

- 8 患家において死亡診断を行った場合には、200 点を所定点数に加算する。ただし、注 7 の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。
- C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）
- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- | | |
|----------------------------------|---------|
| (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 | |
| ① 同一建物居住者以外の場合 | 5,000 点 |
| ② 同一建物居住者の場合 | 1,200 点 |
| (2) 処方せんを交付しない場合 | |
| ① 同一建物居住者以外の場合 | 5,300 点 |
| ② 同一建物居住者の場合 | 1,500 点 |
- ロ 病床を有しない場合
- | | |
|----------------------------------|---------|
| (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 | |
| ① 同一建物居住者以外の場合 | 4,600 点 |
| ② 同一建物居住者の場合 | 1,100 点 |
| (2) 処方せんを交付しない場合 | |
| ① 同一建物居住者以外の場合 | 4,900 点 |
| ② 同一建物居住者の場合 | 1,400 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せんを交付する場合
- | | |
|------------------|---------|
| (1) 同一建物居住者以外の場合 | 4,200 点 |
| (2) 同一建物居住者の場合 | 1,000 点 |
- ロ 処方せんを交付しない場合
- | | |
|------------------|---------|
| (1) 同一建物居住者以外の場合 | 4,500 点 |
| (2) 同一建物居住者の場合 | 1,300 点 |
- 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- | | |
|------------------|---------|
| (1) 同一建物居住者以外の場合 | 3,150 点 |
| (2) 同一建物居住者の場合 | 760 点 |
- ロ 処方せんを交付しない場合
- | | |
|------------------|---------|
| (1) 同一建物居住者以外の場合 | 3,450 点 |
| (2) 同一建物居住者の場合 | 1,060 点 |
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が 200 床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月 2 回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月 1 回に限り算定する。

- 2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 在宅医療に移行後、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。
- 4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- 5 区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
- 6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料(月1回)

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
 - ② 同一建物居住者の場合 870点
 - (2) 処方せんを交付しない場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,900点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,170点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,300点
 - ② 同一建物居住者の場合 800点
 - (2) 処方せんを交付しない場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,100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せんを交付する場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000点
 - (2) 同一建物居住者の場合 720点
 - ロ 処方せんを交付しない場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300点
 - (2) 同一建物居住者の場合 1,020点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点
 - (2) 同一建物居住者の場合 540点
 - ロ 処方せんを交付しない場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点
 - (2) 同一建物居住者の場合 840点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院(在宅療養支援病院を除く。))に限る。)において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月1回に限り算定する。
- 2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、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。
- 4 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- 5 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
- 6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は225点、同一建物居住者の場合は56点をそれぞれ所定点数に加算する。

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,800点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 2,000点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,650点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 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せんを交付する場合 1,495点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 患者において死亡診断を行った場合は、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、患者の負担とする。
- 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、在宅療養実績加算として、110点を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1,000点又は500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、500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 555点
- ロ 週4日目以降 655点
- 2 准看護師による場合
- イ 週3日目まで 505点
- ロ 週4日目以降 605点
- 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそ}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、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（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つては、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又は真皮を越える褥瘡^{じよくそ}の状態にある患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であつ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、緩和ケア又は褥瘡^{じよくそ}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等又は訪問看護ステーションの看護師等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回を限度として算定する。
- 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回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあつては週3回）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、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50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患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。
- 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 430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 300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、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り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、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り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（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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、2,000点を所定点数に加算する。

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。区分番号C005-1-2において同じ。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。)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 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。

14 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

- | | |
|---|--------|
| 1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合 | |
| イ 同一日に2人 | |
| (1) 週3日目まで | 555点 |
| (2) 週4日目以降 | 655点 |
| ロ 同一日に3人以上 | |
| (1) 週3日目まで | 278点 |
| (2) 週4日目以降 | 328点 |
| 2 准看護師による場合 | |
| イ 同一日に2人 | |
| (1) 週3日目まで | 505点 |
| (2) 週4日目以降 | 605点 |
| ロ 同一日に3人以上 | |
| (1) 週3日目まで | 253点 |
| (2) 週4日目以降 | 303点 |
| 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡 ^{じよくそう} ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 | 1,285点 |
- 注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。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、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、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又は真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある患者(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、緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}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等又は訪問看護ステーションの看護師等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回を限度として算定する。

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回(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回)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、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50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患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。

- | | |
|--|------|
| 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 | 430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 | 300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、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り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薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの方と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り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（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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、同一建物居住者ターミナルケア加算として、2,000点を所定点数に加算する。

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、夜間又は早朝に訪問看護・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 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。

14 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 60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42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

1 同一建物居住者以外の場合 300点
2 同一建物居住者の場合 255点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）

を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、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、患者の負担とする。

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

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問看護、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の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

- C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
 - 2 同一建物居住者の場合 300点
- 注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者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と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5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。
- C 0 0 9 在宅患者訪問栄養食事指導料
- 1 同一建物居住者以外の場合 530点
 - 2 同一建物居住者の場合 450点
- 注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。
- 2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- C 0 1 0 在宅患者連携指導料 900点
- 注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 区分番号B 0 0 1の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B 0 0 1の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。

- 5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B 0 0 1の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 6 区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C 0 0 2-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C 0 0 3に掲げる在宅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。
- C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点
- 注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。
- C 0 1 2 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）
 - イ 特定施設等に入居する者の場合 240点
 - ロ イ以外の場合 120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を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。）の許可病床数が500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500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のイについては、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床未満の病院に限る。）が、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている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、3のロについては、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(3のイを算定するものを除く。)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2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、患者の負担とする。

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、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、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、別に厚生労働大臣が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、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3回以下の場合 100点

ロ 月4回以上の場合 190点

ハ 月8回以上の場合 290点

ニ 月28回以上の場合 810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、500点を所定点数に加算する。

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

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(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 1,300点
 2 その他の場合 2,500点
 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 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。
- 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 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 250点
 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点
 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 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込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
 2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点
 注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植込んだ後に、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、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点
 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI2製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点
 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、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 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料 6,000点
 注 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（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。
- 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 第10部手術の通則第4号に規定する区分番号K604-2に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内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。

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 | 400点 |
| 2 月40回以上測定する場合 | 580点 |
| 3 月60回以上測定する場合 | 860点 |
| 4 月80回以上測定する場合 | 1,140点 |
| 5 月100回以上測定する場合 | 1,320点 |
| 6 月120回以上測定する場合 | 1,500点 |
- 注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）
- ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）
- ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ニ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）
- 2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）
- ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
- ハ 妊娠中の糖尿病患者（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。
- 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 酸素ポンペ加算
- | | |
|-------------|--------|
| 1 携帯用酸素ポンペ | 880点 |
| 2 1以外の酸素ポンペ | 3,950点 |
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンペを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- 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、2月に2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に掲げる酸素ポンペ加算の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、2月に2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、2月に2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。

C 1 6 1	注入ポンプ加算 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又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	1,250点
C 1 6 2	在宅経管栄養法用栄養管セット加算 注 在宅成分栄養経管栄養法又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。	2,000点
C 1 6 3	^{けっ} 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 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、 ^{けっ} 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	600点
C 1 6 4	人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器 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 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 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。	7,480点 6,480点 7,480点
C 1 6 5	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	1,210点
C 1 6 6	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 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。	2,500点
C 1 6 7	^{とう} 疼痛等管理用送信器加算 注 ^{とう} 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込んだ後に、在宅 ^{とう} 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、 ^{とう} 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。	600点
C 1 6 8	携帯型精密輸液ポンプ加算 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。	10,000点
C 1 6 9	気管切開患者用人工鼻加算 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。	1,500点
C 1 7 0	^{たん} 排痰補助装置加算 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、 ^{たん} 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。	1,800点

第3節 薬剤料

区分

- C 2 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分

- C 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3部 検査

通則

- 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^{せん}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。
- 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。
- 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。
- 第1節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、第1節又は第3節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 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。
- 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

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

区分

	(尿・糞便等検査)	
D 0 0 0	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。	
D 0 0 1	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 F	72点
	DP(尿)	
8	アルブミン定量(尿)	110点
9	トランスフェリン(尿)、ウロポルフィリン(尿)、アミノレブリン酸(112点
	LA)(尿)	
10	ポリアミン(尿)	115点
11	ミオイノシトール(尿)	120点
12	コプロポルフィリン(尿)	145点
13	ポルフォビリノゲン(尿)、総ヨウ素(尿)	194点
14	IV型コラーゲン(尿)	204点
15	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	210点
16	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に掲げる血漿 蛋白免疫学的検査の	
	例により算定した点数	
17	その他 検査の種類別により区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区	
	分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫	
	瘍マーカー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の例により算定	
	した点数	
	注 区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番号D 0 0 8に掲げる内分	
	泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D 0 1 0に	
	掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準	
	用するものとする。	
D 0 0 2	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D 0 1 7に掲げる排泄物、滲出物又は分	
	泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定す	
	る。	
	2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
	3 染色標本による検査を行った場合は、9点を加算する。	
D 0 0 2-2	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D 0 1 7に掲げる排泄物、滲出物又は分	
	泌物の細菌顕微鏡検査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。	

D 0 0 3 糞便検査

1	虫卵検出(集卵法)(糞便)、ウロビリリン(糞便)	15点
2	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20点
3	虫体検出(糞便)	23点
4	糞便中脂質	25点
5	糞便中ヘモグロビン定性	37点
6	虫卵培養(糞便)	40点
7	糞便中ヘモグロビン	41点
8	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56点
9	キモトリプシン(糞便)	80点
D 0 0 4	穿刺液・採取液検査	
1	酸度測定(胃液)	15点
2	ヒューナー検査	20点
3	胃液又は十二指腸液一般検査	55点
4	髄液一般検査	62点
5	精液一般検査	70点
6	頸管粘液一般検査	75点
7	顆粒球エラストラーゼ定性(子宮頸管粘液)、IgE定性(涙液)	100点
8	顆粒球エラストラーゼ(子宮頸管粘液)	129点
9	乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)半定量(腔分泌液)	170点
10	マイクロバブルテスト	200点
11	II型プロコラーゲン-C-プロペプチド(コンドロカルシン)(関節液)	300点
12	肺サーファクタント蛋白-A(SPA)(羊水)	380点
13	IgGインデックス	445点
14	オリゴクローナルバンド	543点
15	ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)	601点
16	リン酸化タウ蛋白(髄液)、タウ蛋白(髄液)	660点
17	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に掲げる血漿 蛋白免疫学的検査の	
	例により算定した点数	
18	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D 0 1 7に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物	
	の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数	
19	その他 検査の種類別により区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区	
	分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫	
	瘍マーカー若しくは区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の例により算定	
	した点数	
	注 区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査又は区分番号D 0 0 8に掲げる内分	
	泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D 0 1 0に	
	掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準	
	用するものとする。	
D 0 0 4-2	悪性腫瘍組織検査	
1	悪性腫瘍遺伝子検査	
	イ E G F R 遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	2,500点
	ロ E G F R 遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)	2,100点

八	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
2	抗悪性腫瘍剤感受性検査 (血液学的検査)	2,500点
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、特殊染色ごとにそれぞれ27点を加算する。	
7	血中微生物検査	40点
8	赤血球抵抗試験	45点
9	ヘモグロビン A1c (HbA1c)	49点
10	自己溶血試験、血液粘稠度	50点
11	ヘモグロビン F (HbF)	60点
12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ (TdT)	250点
14	骨髓像	854点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ40点を加算する。	
15	造血管腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	1,000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)、全血凝固時間、トロンボテスト	18点
3	血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
4	フィブリノゲン半定量、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)、ヘパプラスチンテスト	29点
8	血小板凝集能	50点
9	血小板粘着能	64点
10	アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
11	フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性、フィブリン・フィブリノ ゲン分解産物 (FDP) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_2 -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	フィブリノゲン分解産物 (FgDP)	116点

15	Dダイマー定性	133点
16	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、von Willebrand 因子 (VWF) 活性	136点
17	Dダイマー半定量	137点
18	α_2 -マクログロブリン	138点
19	PIVKA-II、Dダイマー	143点
20	凝固因子インヒビター、von Willebrand 因子 (VWF) 抗原	155点
21	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	165点
22	プロテイン S 活性、プロテイン S 抗原	170点
23	トロンボグロブリン (TTG)	177点
24	血小板第 4 因子 (PF ₄)	178点
25	プロトロンビンフラグメント F1+2	193点
26	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	194点
27	トロンボモジュリン	209点
28	フィブリンモノマー複合体、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)	233点
29	プロテイン C 抗原、tPA・PAI-1 複合体	252点
30	プロテイン C 活性	260点
31	フィブリノペプチド	300点
	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて本区分の 14 から 31 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	造血管腫瘍遺伝子検査	2,100点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に 届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
D006-3	Major BCR-ABL1 mRNA	1,200点
D006-4	遺伝学的検査	3,880点
D006-5	染色体検査 (すべての費用を含む。)	2,730点
	注 分染法を行った場合は、397点を加算する。	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,520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) (生化学的検査(I))	10,000点
D007	血液化学検査	
1	総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、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 リウム及びブクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチ ン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、エステル型コレステロール、ア ミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (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・アンブル法・固定化酵素電極によるもの)、不飽和鉄結合能 (UIB C γ 比色法)、総鉄結合能 (TIBC γ 比色法)	11点

2	リン脂質	15点
3	遊離脂肪酸	16点
4	HDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、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
5	LDL-コレステロール、蛋白分画	18点
6	銅 (Cu)	23点
7	リパーゼ	24点
8	イオン化カルシウム	26点
9	マンガン (Mn)	27点
10	ムコ蛋白	29点
11	ケトン体	30点
12	不飽和鉄結合能 (UIBC) (RIA法)、総鉄結合能 (TIBC) (RIA法)	31点
13	アデノシンデアミナーゼ (ADA)	32点
14	グアナーゼ	35点
15	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
16	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
17	ASTアイソザイム、リボ蛋白分画	49点
18	アンモニア	50点
19	CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
20	コレステロール分画	57点
21	ケトン体分画	59点
22	カタラーゼ	60点
23	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (LCAT)	70点
24	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リボ蛋白分画 (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
25	CK-MB	90点
26	アポリボ蛋白	94点
27	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	95点
28	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
29	シスチンアミノペプチダーゼ (CAP)	100点
30	リボ蛋白(a)	107点
31	ヘパリン	108点
32	フェリチン半定量、フェリチン定量、エタノール	116点
33	心筋トロポニンI、KL-6、ペントシジン、イヌリン	120点
34	アルミニウム (Al)	123点
35	心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量、シスタチンC	126点
36	肺サーファクタント蛋白-A (SPA)、ガラクトース、リボ蛋白分画 (HPLC法)	130点
37	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D)	140点

38	血液ガス分析、亜鉛 (Zn)、プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、IV型コラーゲン	146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。		
39	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、ビルビン酸キナーゼ (PK)	150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	155点
41	葉酸	165点
42	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)	180点
43	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖I	184点
44	アセトアミノフェン、腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (IGFBP-1) 定性	190点
45	レムナント様リボ蛋白コレステロール (RLP-C)、トリプシン	194点
46	マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)	200点
47	ホスフォリパーゼA ₂ (PLA ₂)	204点
48	赤血球コプロポルフィリン	210点
49	リボ蛋白リパーゼ (LPL)	223点
50	肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
51	CKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ (PH)	230点
52	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性、 α -フェト蛋白 (AFP) 定性 (腔分泌液)	250点
53	ビタミンB ₁	262点
54	ビタミンB ₂	268点
55	赤血球プロトポルフィリン	280点
56	プロカルシトニン (PCT) 定量	310点
57	プロカルシトニン (PCT) 半定量、ビタミンC、プレセブシン定量	320点
58	1,25-ジヒドロキシビタミンD ₃	400点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。		
イ	5項目以上7項目以下	93点
ロ	8項目又は9項目	99点
ハ	10項目以上	117点
注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。(生化学的検査III)		
D008	内分泌学的検査	
1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点

7	レニン活性	105点
8	トリヨードサイロニン (T ₃)	110点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH) ガストリン	112点
10	レニン定量	113点
11	サイロキシン (T ₄) インスリン (IRI)	114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)	119点
13	アルドステロン、テストステロン	133点
14	遊離サイロキシン (FT ₄) 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) 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)	136点
15	サイログロブリン	137点
16	脳性Na利尿ペプチド (BNP) 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)	140点
17	カルシトニン	143点
18	18 ヒト胎盤性ラクtoーゲン (HPL) 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-サブユニット (HCG-)	146点
19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、グルカゴン	150点
20	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX) 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	160点
21	プロゲステロン	162点
22	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	165点
23	遊離テストステロン	166点
24	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)	167点
25	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
26	オステオカルシン(OC) I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-異性体 (-CTX) (尿) 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-異性体 (-CTX) I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)	170点
27	サイクリックAMP (cAMP)	175点
28	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) 副甲状腺ホルモン (PTH) カテコールアミン分画	180点
29	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	184点
30	エストラジオール (E ₂)	190点
31	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	194点
32	デオキシピリジノリン (DPD) (尿) 17-ケトジェニックスステロイド (17-KGS)	200点
33	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) カテコールアミン	210点
34	17-ケトステロイド分画 (17-KS分画) エリスロポエチン、17-ヒドロキシプロゲステロン (17-OHP) 抗IA-2抗体、プレグナンジオール	213点
35	17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-KGS分画)	220点
36	メタネフリン、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	233点
37	ソマトメジンC	234点

38	抗利尿ホルモン (ADH)	235点
39	プレグナントリオール	243点
40	ノルメタネフリン	250点
41	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41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)	110点
3	-フェトプロテイン (AFP) 組織ポリペプチド抗原 (TPA) 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)	112点
4	DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3、前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)	126点
5	エラスターゼ1	131点
6	前立腺特異抗原 (PSA) CA19-9	136点
7	CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN) 神経特異エノラーゼ (NSE)	146点
8	塩基性フェトプロテイン (BFP) CA50、PIVKA-II半定量、PIVK A-II定量	150点
9	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿) シアリルLe ^x -i 抗原 (SLX) CA125	155点
10	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿) サイトケラチン8・18 (尿)	160点
11	遊離型PSA比 (PSA F/T比) BCA225	165点
12	抗p53抗体	166点
13	シアリルLe ^x 抗原 (SLEX) I型プロコラーゲン-C-プロペプチド (PICP) I型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) SP1	170点
14	サイトケラチン19フラグメント (シフラ) ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP)	175点
15	CA54/61、癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT)	184点
16	遊離型フコース (尿) CA602、-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)	190点
17	-セミノプロテイン (-Sm)	194点
18	CA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コアフラグメント (HCG-CF) (尿)	200点
19	癌胎児性抗原 (POA)	220点
20	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) HER2蛋白 (乳頭分泌液) HER2蛋白	320点
21	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	460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 B 0 0 1 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 21 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
D 0 1 0	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)	291点
	5 アミノ酸	
	イ 1 種類につき	310点
	ロ 5 種類以上	1,236点
	6 アミノ酸定性	350点
	7 脂肪酸分画	437点
	8 先天性代謝異常症検査	1,200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 1 回に限り算定する。 (免疫学的検査)	
D 0 1 1	免疫血液学的検査	
	1 ABO血液型、Rh(D)血液型	21点
	2 Coombs試験	
	イ 直接	30点
	ロ 間接	34点
	3 Rh(その他の因子)血液型	160点
	4 不規則抗体	162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	200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、IgM及びIgA抗体)、血小板第4因子ヘパリン複合体抗体(IgG抗体)	390点
D 0 1 2	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	連鎖球菌多糖体抗体(ASP)半定量、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(糞便)、迅速ウレアーゼ試験定性	60点
8	ロタウイルス抗原定性(糞便)、ロタウイルス抗原定量(糞便)	65点
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ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	抗デオキシリボヌクレアーゼB(ADNaseB)半定量、溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100点
17	抗酸菌抗体定量	116点
18	HIV-1抗体	118点
19	抗酸菌抗体定性	120点
20	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	123点
21	HIV-1, 2抗体定量	127点
22	A群 溶連菌迅速試験定性	136点
23	ノイラミニダーゼ定性	140点
24	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	144点
25	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)、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、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	146点
26	インフルエンザウイルス抗原定性	149点
27	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
28	D-アラビニトール、クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体	160点
29	クラミジア・トラコマチス抗原定性、アスペルギルス抗原	165点
30	大腸菌O157抗原定性、マイコプラズマ抗原定性(FA法)	170点
31	大腸菌O157抗体定性	175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、HTLV-I抗体	180点

33	クリプトコックス抗原半定量	184点
34	クリプトコックス抗原定性	190点
35	アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。) ^{ぶん} 肺炎球菌細胞壁抗原定性	204点
36	ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜) ^{かくま} 単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器) ^{せいきよ} 肺炎球菌荚膜抗原定性(尿・髄液)、ア ニサキスIgG・IgA抗体、レプトスピラ抗体、グロブリンクラス別クラミジア・ト ラコマチス抗体	210点
37	ツツガムシ抗体半定量、(1 3)ーーDーグルカン	213点
38	ツツガムシ抗体定性、サイトメガロウイルス抗体	220点
39	赤痢アメーバ抗体半定量、グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	223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。	
40	レジオネラ抗原定性(尿)	233点
41	水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	240点
42	エンドトキシン	262点
43	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体	270点
44	H I Vー1抗体(ウエスタンブロット法)	280点
45	百日咳菌 ^{せきせき} 抗体	285点
46	結核菌群抗原定性	291点
47	ダニ特異IgG抗体、WeilーFelix反応	300点
48	H I Vー2抗体(ウエスタンブロット法)	380点
49	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	398点
50	H T L VーI抗体(ウエスタンブロット法)	440点
51	H I V抗原	600点
52	抗トリコスボロン・アサヒ抗体	900点
D 0 1 3	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	H C V抗体定性・定量、H C Vコア ^{たん} 蛋白	116点
6	H Bc抗体半定量・定量、H AーIgM抗体、H A抗体、H BcーIgM抗体、H C V コア ^{たん} 抗体	146点
7	H C V構造 ^{たん} 蛋白及び非構造 ^{たん} 蛋白抗体定性、H C V構造 ^{たん} 蛋白及び非構造 ^{たん} 蛋白抗体半 定量	160点
8	H EーIgA抗体定性	210点
9	H C V血清群別判定	233点
10	H B Vコア関連抗原(H BcrAg)	281点
11	デルタ肝炎ウイルス抗体	330点
12	H C V特異抗体価、H B V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12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	469点

D 0 1 4	自己抗体検査	
1	寒冷凝集反応	11点
2	リウマトイド因子(R F)半定量、リウマトイド因子(R F)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ーLandsteiner試験	55点
5	L Eテスト定性	68点
6	抗核抗体(蛍光抗体法を除く。) ^{はん} 抗インスリン抗体、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	110点
7	マトリックスメタロプロテイナーゼー3(M M Pー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	120点
9	抗J oー1抗体定性、抗J oー1抗体半定量、抗J oー1抗体定量、抗サイログロブ リン抗体、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体、抗R N P抗体定性、抗R N P抗体半定 量、抗R N P抗体定量	146点
10	抗S m抗体定性、抗S m抗体半定量、抗S m抗体定量、抗S SーB / L a抗体定性、 抗S SーB / L a抗体半定量、抗S SーB / L a抗体定量、抗S c lー70抗体定性、抗 S c lー70抗体半定量、抗S c lー70抗体定量	162点
11	抗S SーA / R o抗体定性、抗S SーA / R o抗体半定量、抗S SーA / R o抗体定 量、C ₁ q結合免疫複合体	165点
12	抗R N AポリメラーゼⅢ抗体	170点
13	抗D N A抗体定量	173点
14	抗D N A抗体定性	178点
15	抗セントロメア抗体定量	184点
16	抗セントロメア抗体定性、抗A R S抗体	190点
17	モノクローナルR F結合免疫複合体	194点
18	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	200点
19	IgG型リウマトイド因子	204点
20	抗ミトコンドリア抗体定量	206点
21	C ₃ d結合免疫複合体、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
22	抗カルジオリピン ₂ グリコプロテインI複合体抗体、抗L K Mー1抗体	223点
23	抗カルジオリピン抗体、抗T S Hレセプター抗体(T R A b)	243点
24	抗デスマogleイン3抗体、抗B P 180ーN C 16 a抗体	270点
25	ループスアンチコアグラント定量、抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(P R 3ーA N C A)、抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(M P OーA N C A)、 抗糸球体基底膜抗体(抗G B M抗体)	281点
26	ループスアンチコアグラント定性、抗好中球細胞質抗体(A N C A)定性	290点
27	抗デスマogleイン1抗体	300点
28	甲状腺刺激抗体(T S A b)	350点
29	IgG ₄	388点
30	抗G M 1 IgG抗体、抗G Q 1 b IgG抗体	460点

31	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)	873点
32	抗グルタミン酸レセプター抗体	970点
33	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
注	本区分の9から12まで及び16(抗ARSA抗体に限る。)に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	
D015	血漿蛋白免疫学的検査	
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	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。	
12	α 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)	112点
13	レチノール結合蛋白(RBP)	140点
14	α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む。)	146点
15	C ₃ プロアクチベータ	160点
16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	163点
17	ヘモペキシン	180点
18	APRスコア定性、アトピー鑑別試験定性、TARC	194点
19	嚔胎児性フィブロンネクチン定性(嚔管腔分泌液)	204点
20	Bence Jones蛋白同定(尿)	213点
21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	240点
22	C ₁ インアクチベータ	281点
23	免疫グロブリンL鎖 / 比	330点
24	免疫グロブリン遊離L鎖 / 比	400点
25	結核菌特異的インターフェロン-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	165点
2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200点
3	T細胞・B細胞百分率、T細胞サブセット検査(一連につき)	204点
4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220点
5	赤血球表面抗原検査	270点
6	リンパ球刺激試験(LST)(一連につき)	350点

	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	
1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	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
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	160点
3	血液又は穿刺液	190点
4	泌尿器又は生殖器からの検体	150点
5	その他の部位からの検体	140点
6	簡易培養	60点
注	1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、120点を加算する。	
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)	260点
2	抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	210点
D021	抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	370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(γ)1菌種あたり)	130点
2	淋菌核酸検出、クラミジア・トラコモナス核酸検出	204点
3	HBV核酸定量	287点
4	淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出	291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	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)	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と判定された患者に対して行った場合に限り算定する。	
8	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
9	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

10	H C V 核酸定量、H B V 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、S A R S コロナウイルス核酸検出	450点
11	H I V - 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、130点を加算する。	
12	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出	850点
13	H P V ジェノタイプ判定	2,000点
14	H I V ジェノタイプ薬剤耐性	6,000点
D 0 2 3 - 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' (P B P 2') 定性	55点
2	尿素呼気試験 (U B T)	70点
3	腸炎ピブリオ耐熱性溶血毒 (T D H) 定性	150点
4	大腸菌ベロトキシン定性	194点
D 0 2 4	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)	
D 0 2 5	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	
	A B O 血液型及び R h (D) 血液型	
ル	感染症免疫学的検査	
	梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジン O (A S O) 定性、抗ストレプトリジン O (A S O) 半定量、抗ストレプトリジン O (A S O) 定量、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 (S T S) 半定量、梅毒血清反応 (S T S) 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 H I V - 1 抗体	
ヲ	肝炎ウイルス関連検査	
	H B s 抗原定性・半定量、H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量、H B s 抗原、H B s 抗体、H C V 抗体定性・定量、H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及び H C V 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、リウマトイド因子 (R F) 半定量及びリウマトイド因子 (R F) 定量	
カ	血漿蛋白免疫学的検査	
	C 反応性蛋白 (C R P) 定性、C 反応性蛋白 (C R P) 血清補体価 (C H 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 H I V 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

D 0 2 6 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 D 0 2 7 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 D 0 0 0 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(III)、検体検査管理加算(IV)及び検体検査管理加算(V)については入院中の患者に限る。) 1 人につき月 1 回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。	
イ	検体検査管理加算(I)	40点
ロ	検体検査管理加算(II)	100点
ハ	検体検査管理加算(III)	300点
ニ	検体検査管理加算(IV)	500点
4	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 D 0 0 6 - 4 に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者 1 人につき月 1 回に限り、500点を所定点数に加算する。	
5	区分番号 D 0 0 5 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。	

D 0 2 7	基本的検体検査判断料	604点
注 1	特定機能病院である保険医療機関において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査(I)、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査の種類又は回数にかかわらず月 1 回に限り算定できるものとする。	
2	区分番号 D 0 2 6 に掲げる検体検査判断料の注 3 本文に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関(特定機能病院に限る。)において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者 1 人につき月 1 回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。	
	第 2 節 削除	
	第 3 節 生体検査料	
通則		
1	新生児又は 3 歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して本節に掲げる検査(次に掲げるものを除く。)を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 60 又は 100 分の 30 に相当する点数を加算する。	
イ	呼吸機能検査等判断料	
ロ	心臓カテテル法による諸検査	
ハ	心電図検査の注に掲げるもの	
ニ	負荷心電図検査の注 1 に掲げるもの	
ホ	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ	
ヘ	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定	
ト	深部体温計による深部体温測定	
チ	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表体温測定による末梢循環不全状態観察	
リ	脳波検査の注 2 に掲げるもの	
ヌ	脳波検査判断料	
ル	神経・筋検査判断料	
ラ	ラジオアイソトープ検査判断料	
ワ	内視鏡検査の通則第 3 号に掲げるもの	
カ	超音波内視鏡検査を実施した場合の加算	
ヨ	肺臓カテテル法、肝臓カテテル法、膵臓カテテル法	
2	3 歳以上 6 歳未満の幼児に対して区分番号 D 2 0 0 から D 2 4 2 までに掲げる検査(次に掲げるものを除く。)を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の 100 分の 15 に相当する点数を加算する。	
イ	呼吸機能検査等判断料	
ロ	心臓カテテル法による諸検査	
ハ	心電図検査の注に掲げるもの	
ニ	負荷心電図検査の注 1 に掲げるもの	
ホ	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ	
ヘ	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定	
ト	深部体温計による深部体温測定	
チ	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表体温測定による末梢循環不全状態観察	

リ	脳波検査の注 2 に掲げるもの	
ヌ	脳波検査判断料	
ル	神経・筋検査判断料	
区分	(呼吸循環機能検査等)	
通則		
1	区分番号 D 2 0 0 から D 2 0 4 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 D 2 0 5 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 D 2 0 6 から D 2 1 4 - 2 までに掲げる呼吸循環機能検査等については、特に規定する場合を除き、同一の患者につき同一月において同一検査を 2 回以上実施した場合における 2 回目以降の当該検査の費用は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。	
2	使用したガスの費用として、購入価格を 10 円で除して得た点数を加算する。	
D 2 0 0	スパイログラフイー等検査	
1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	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
D 2 0 1	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
D 2 0 2	肺内ガス分布	
1	指標ガス洗い出し検査	135点
2	クロージングボリューム測定	135点
D 2 0 3	肺胞機能検査	
1	肺拡散能力検査	150点
2	死腔量測定、肺内シャント検査	135点
D 2 0 4	基礎代謝測定	85点
D 2 0 5	呼吸機能検査等判断料	140点
注	呼吸機能検査等の種類又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定するものとする。	
D 2 0 6	心臓カテテル法による諸検査(一連の検査について)	
1	右心カテテル	3,600点
2	左心カテテル	4,000点
注 1	新生児又は 3 歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、1 については 10,800 点又は 3,600 点を、2 については 12,000 点又は 4,000 点を、それぞれ所定点数に加算する。	
2	当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテテル検査、経中隔左心カテテル検査(ブロッケンブロー)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験又は冠動脈造影を行った場合は、それぞれ 800 点、2,000 点、200 点、200 点、200 点、600 点又は 1,400 点を加算する。	
3	血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、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、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、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、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、皮弁血流量検査、循環血流量測定（色素希釈法によるもの）、電子授受式発消色性インジケータ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、開始日に限り1,300点を加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
2	カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。	
4	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	320点
2	その他（6誘導以上）	190点
注1	当該保険医療機関以外の医療機関で描写した負荷心電図について診断を行った場合は、1回につき70点とする。	
2	区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき、負荷心電図検査と同日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D210	ホルター型心電図検査	
1	30分又はその端数を増すごとに	90点
2	8時間を越えた場合	1,500点
注	解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500点
D210-3	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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
2	30分又はその端数を増すごとに算定する。	
3	解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	

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	800点
注1	負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。	
2	区分番号D200に掲げるスパイログラフ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日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
3	運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、100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	500点
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500点
D213	心音図検査	150点
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査	
1	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 (超音波検査等)	260点
通則		
	区分番号D215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	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	1,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
ホ	負荷心エコー法	1,680点
4	ドブラ法(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	3,600点
注1	2又は3について、造影剤を使用した場合は、150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、パルスドブラ法を行った場合は、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、脈波図及び心機能図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	4 ドブラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。	
	5 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	6 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。	
D215-2	肝硬度測定	200点
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 ^{べん} 監視装置による諸検査	
1	1時間以内の場合	400点
2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550点
3	1時間30分を超えた場合	700点
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	心電図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
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。	

D 2 2 6	中心静脈圧測定（1日につき）	
1	4回以下の場合	100点
2	5回以上の場合	200点
	注 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。	
D 2 2 7	頭蓋内圧持続測定	
1	1時間以内又は1時間につき	125点
2	3時間を超えた場合（1日につき）	500点
D 2 2 8	深部体温計による深部体温測定（1日につき）	100点
D 2 2 9	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（1日につき）	100点
D 2 3 0	観血的肺動脈圧測定	
1	1時間以内又は1時間につき	150点
2	2時間を超えた場合（1日につき）	450点
	注1 バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	2 カテーテルの交換の有無にかかわらず、一連として算定する。	
D 2 3 1	人工臓器（一連につき）	5,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
D 2 3 1-2	皮下連続式グルコース測定（一連につき）	700点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 3 2	食道内圧測定検査	650点
D 2 3 3	直腸肛門機能検査	
1	1項目行った場合	800点
2	2項目以上行った場合	1,200点
	注 直腸肛門機能検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。	
D 2 3 4	胃・食道内24時間pH測定（脳波検査等）	1,300点
通則		
区分番号D 2 3 5からD 2 3 7-2までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D 2 3 8に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。		
D 2 3 5	脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）	600点
	注1 検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、これらの検査の別にかかわらず250点を加算する。	
	2 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点とする。	
D 2 3 5-2	長期継続頭蓋内脳波検査（1日につき）	500点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。	
D 2 3 5-3	長期脳波ビデオ同時記録検査（1日につき）	900点
D 2 3 6	脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）	
1	体性感覚誘発電位	670点
2	視覚誘発電位	670点

3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670点
	注 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。	
4	聴性定常反応	800点
D 2 3 6-2	光トポグラフィ	
1	脳外科手術の術前検査に使用するもの	670点
2	抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの	
	イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合	400点
	ロ イ以外の場合	200点
	注1 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
	2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
D 2 3 6-3	脳磁図	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。	
D 2 3 7	終夜睡眠ポリグラフィ	
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	3,300点
D 2 3 7-2	反復睡眠潜時試験（MSLT）	5,000点
D 2 3 8	脳波検査判断料	180点
	注 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。（神経・筋検査）	
通則		
区分番号D 2 3 9からD 2 4 0までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号D 2 4 1に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。		
D 2 3 9	筋電図検査	
1	筋電図（1肢につき（針電極にあっては1筋につき））	200点
2	誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき）	150点
3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）	400点
	注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに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。	
D 2 3 9-2	電流知覚閾値測定（一連につき）	200点
D 2 3 9-3	神経学的検査	400点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 3 9-4	全身温熱発汗試験	600点
D 2 4 0	神経・筋負荷テスト	
1	テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）	130点
2	瞳孔薬物負荷テスト	130点
3	乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）	200点

D 2 4 1	神経・筋検査判断料	180点
	注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず1回に限り算定するものとする。	
D 2 4 2	尿水力学的検査	
1	膀胱内圧測定	260点
2	尿道圧測定図	260点
3	尿流測定	205点
4	括約筋筋電図	310点
	(耳鼻咽喉科学的検査)	
D 2 4 3	削除	
D 2 4 4	自覚的聴力検査	
1	標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査	350点
2	標準語音聴力検査、ことばのききとり検査	350点
3	簡易聴力検査	
イ	気導純音聴力検査	110点
ロ	その他(種目数にかかわらず一連につき)	40点
4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400点
5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)、耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400点
6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150点
D 2 4 4-2	補聴器適合検査	
1	1回目	1,300点
2	2回目以降	700点
	注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。	
D 2 4 5	鼻腔通気度検査	300点
D 2 4 6	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100点
D 2 4 7	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査	
1	鼓膜音響インピーダンス検査	290点
2	チンパノメトリー	340点
3	耳小骨筋反射検査	450点
4	遊戯聴力検査	450点
5	耳音響放射(OAE)検査	
イ	自発耳音響放射(SOAE)	100点
ロ	その他の場合	300点
D 2 4 8	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450点
D 2 4 9	蝸電図	750点
D 2 5 0	平衡機能検査	
1	標準検査(一連につき)	20点
2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120点
3	頭位及び頭位変換眼振検査	
イ	赤外線CCDカメラ等による場合	300点
ロ	その他の場合	140点

4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)	
イ	皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400点
ロ	その他の場合	260点
5	重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査	250点
	注 5について、パワー・ベクトル分析を行った場合には200点、刺激又は負荷を加えた場合には1種目につき120点を加算する。	
D 2 5 1	音声言語医学的検査	
1	喉頭ストロボスコーピー	450点
2	音響分析	450点
3	音声機能検査	450点
D 2 5 2	扁桃マッサージ法	40点
D 2 5 3	嗅覚検査	
1	基準嗅覚検査	450点
2	静脈性嗅覚検査	45点
D 2 5 4	電気味覚検査(一連につき)	300点
	(眼科学的検査)	
通則		
コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、区分番号D 2 8 2-3に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。		
D 2 5 5	精密眼底検査(片側)	56点
D 2 5 5-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150点
	注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号D 2 5 5に掲げる精密眼底検査(片側)、D 2 5 7に掲げる細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)又はD 2 7 3に掲げる細隙灯顕微鏡検査(前眼部)に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 6	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。	
D 2 5 6-2	眼底三次元画像解析	200点
	注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号D 2 5 6の1に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 7	細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112点
	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。	
D 2 5 8	網膜電位図(ERG)	230点
D 2 5 8-2	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	500点
D 2 5 9	精密視野検査(片側)	38点
D 2 6 0	量的視野検査(片側)	
1	動的量的視野検査	195点
2	静的量的視野検査	290点

D 2 6 1	屈折検査	69点
D 2 6 2	調節検査	70点
D 2 6 3	矯正視力検査	
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合	69点
	2 1以外の場合	69点
D 2 6 4	精密眼圧測定	82点
	注 水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、55点を加算する。	
D 2 6 5	角膜曲率半径計測	84点
D 2 6 5—2	角膜形状解析検査	105点
	注 角膜形状解析検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行った区分番号D 2 6 5に掲げる角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 6 6	光覚検査	42点
D 2 6 7	色覚検査	
	1 アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	70点
	2 1以外の場合	48点
D 2 6 8	眼筋機能精密検査及び輻輳検査 ^{ふくそう}	48点
D 2 6 9	眼球突出度測定	38点
D 2 6 9—2	光学的眼軸長測定	150点
D 2 7 0	削除	
D 2 7 0—2	ロービジョン検査判断料	250点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定する。	
D 2 7 1	角膜知覚計検査	38点
D 2 7 2	両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法又はバゴリ二線條試験による）	48点
D 2 7 3	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）	48点
	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。	
D 2 7 4	前房隅角検査	38点
D 2 7 5	圧迫隅角検査	76点
D 2 7 6	網膜中心血管圧測定	
	1 簡単なもの	42点
	2 複雑なもの	100点
D 2 7 7	涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査	38点
D 2 7 8	眼球電位図（EOG）	260点
D 2 7 9	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160点
D 2 8 0	レーザー前房蛋白細胞数検査	160点
D 2 8 1	瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）	160点
D 2 8 2	中心フリッカー試験	38点
D 2 8 2—2	行動観察による視力検査	
	1 PL（Preferential Looking）法	100点
	2 乳幼児視力測定（テラカード等によるもの）	60点

D 2 8 2—3	コンタクトレンズ検査料	
	1 コンタクトレンズ検査料1	200点
	2 コンタクトレンズ検査料2	56点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。	
	2 注1により当該検査料を算定する場合は、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注9及び区分番号A 0 0 1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A 0 0 0に掲げる初診料は算定せず、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料又は区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料を算定する。	
	（皮膚科学的検査）	
D 2 8 2—4	ダーモスコピー	72点
	（臨床心理・神経心理検査）	
D 2 8 3	発達及び知能検査	
	1 操作が容易なもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	
D 2 8 4	人格検査	
	1 操作が容易なもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	
D 2 8 5	認知機能検査その他の心理検査	
	1 操作が容易なもの	80点
	2 操作が複雑なもの	280点
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450点
	注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみの所定点数により算定する。	
	（負荷試験等）	
D 2 8 6	肝及び腎のクリアランステスト	150点
	注1 検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法、D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又はD 3 1 7—2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。	
	2 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、所定点数に含まれるものとする。	

D 2 8 6—2	イヌリンクリアランス測定	1,280点
D 2 8 7	内分泌負荷試験	
1	下垂体前葉負荷試験	
イ	成長ホルモン（GH）一連として）	1,200点
	注 患者1人につき月2回に限り算定する。	
ロ	ゴナドトロピン（LH及びFSH）一連として月1回）	1,600点
ハ	甲状腺刺激ホルモン（TSH）一連として月1回）	1,200点
ニ	プロラクチン（PRL）一連として月1回）	1,200点
ホ	副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）一連として月1回）	1,200点
2	下垂体後葉負荷試験（一連として月1回）	1,200点
3	甲状腺負荷試験（一連として月1回）	1,200点
4	副甲状腺負荷試験（一連として月1回）	1,200点
5	副腎皮質負荷試験	
イ	鉱質コルチコイド（一連として月1回）	1,200点
ロ	糖質コルチコイド（一連として月1回）	1,200点
6	性腺負荷試験（一連として月1回）	1,200点
注1	1月に3,600点を限度として算定する。	
2	負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、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D 4 1 9の5に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。	
D 2 8 8	糖負荷試験	
1	常用負荷試験（血糖及び尿糖検査を含む。）	200点
2	耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C—ペプチド測定を行った場合）、グルカゴン負荷試験	900点
注	注射、採血及び検体測定費用は、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。	
D 2 8 9	その他の機能テスト	
1	脾機能テスト（PFDテスト）	100点
2	肝機能テスト（ICG1回又は2回法、BSP2回法）、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント（Addis尿沈渣定量検査）、モーゼンタール法、ヨードカリ試験	100点
3	胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト	700点
4	セクレチン試験	3,000点
注	検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、すべて所定点数に含まれるものとする。	
D 2 9 0	卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト	100点
D 2 9 0—2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	100点
D 2 9 1	皮内反応検査、ヒナルゴントテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定	
1	21箇所以内の場合（1箇所につき）	16点
2	22箇所以上の場合（一連につき）	350点
D 2 9 1—2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。	
2	小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	

D 2 9 1—3	内服・点滴誘発試験	1,000点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。（ラジオアイソトープを用いた諸検査）	

通則

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

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

通則

- 超音波内視鏡検査を実施した場合は、300点を所定点数に加算する。
- 区分番号D 2 9 5からD 3 2 3まで及びD 3 2 5に掲げる内視鏡検査について、同一の患者につき同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 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。
- 写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号D 3 2 4及びD 3 2 5に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ	休日加算	所定点数の100分の80に相当する点数
ロ	時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）	所定点数の100分の40に相当する点数
ハ	深夜加算	所定点数の100分の80に相当する点数
ニ	イからハまでにかかわらず、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、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

D 2 9 5	関節鏡検査 (片側)	600点
D 2 9 6	喉頭直達鏡検査	190点
D 2 9 6-2	鼻咽腔直達鏡検査	220点
D 2 9 7	削除	
D 2 9 8	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき)	600点
D 2 9 8-2	内視鏡下嚥下機能検査	600点
D 2 9 9	喉頭ファイバースコープ	600点
D 3 0 0	中耳ファイバースコープ	240点
D 3 0 0-2	顎関節鏡検査 (片側)	1,000点
D 3 0 1	気管支鏡検査、気管支カメラ	500点
D 3 0 2	気管支ファイバースコープ	2,500点
	注 気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、200点を加算する。	
D 3 0 3	胸腔鏡検査	6,000点
D 3 0 4	縦隔鏡検査	7,000点
D 3 0 5	食道鏡検査、食道カメラ	400点
D 3 0 6	食道ファイバースコープ	800点
	注 1 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。	
	2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 0 7	胃鏡検査、ガストロカメラ	500点
D 3 0 8	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140点
	注 1 胆管・膵管造影法を行った場合は、600点を加算する。ただし、諸監視、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用 (フィルムの費用は除く。)は所定点数に含まれるものとする。	
	2 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。	
	3 胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、600点を加算する。	
	4 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 0 9	胆道ファイバースコープ	1,400点
D 3 1 0	小腸内視鏡検査	
	1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000点
	2 シングルバルーン内視鏡によるもの	3,000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、60点を加算する。	
D 3 1 0-2	消化管通過性検査	600点
D 3 1 1	直腸鏡検査	300点
D 3 1 1-2	肛門鏡検査	200点
D 3 1 2	直腸ファイバースコープ	550点
	注 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。	

D 3 1 3	大腸内視鏡検査	
	1 ファイバースコープによるもの	
	イ S状結腸	900点
	ロ 下行結腸及び横行結腸	1,350点
	ハ 上行結腸及び盲腸	1,550点
	2 カプセル型内視鏡によるもの	1,550点
	注 1 粘膜点墨法を行った場合は、60点を加算する。	
	2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。	
D 3 1 4	腹腔鏡検査	1,800点
D 3 1 5	腹腔ファイバースコープ	1,800点
D 3 1 6	クルドスコープ	400点
D 3 1 7	膀胱尿道ファイバースコープ	950点
D 3 1 7-2	膀胱尿道鏡検査	890点
D 3 1 8	尿管カテーテル法 (ファイバースコープによるもの (両側))	1,000点
	注 膀胱尿道ファイバースコープ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。	
D 3 1 9	腎盂尿管ファイバースコープ (片側)	1,500点
D 3 2 0	ヒステロスコピー	220点
D 3 2 1	コルポスコピー	150点
D 3 2 2	子宮ファイバースコープ	800点
D 3 2 3	乳管鏡検査	800点
D 3 2 4	血管内視鏡検査	1,700点
	注 1 血管内視鏡検査は、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。	
	2 呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用 (フィルムの費用は除く。)は、所定点数に含まれるものとする。	
D 3 2 5	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600点
	注 1 新生児又は 3 歳未満の乳幼児 (新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、それぞれ 10,800 点又は 3,600 点を所定点数に加算する。	
	2 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。	
	3 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号 E 4 0 0 に掲げるフィルムの所定点数により算定する。	
	第 4 節 診断穿刺・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		
D 4 0 0	血液採取 (1 日につき)	
	1 静脈	20点
	2 その他	6点
	注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
	2 6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は、14 点を加算する。	
	3 血液回路から採血した場合は算定しない。	

D 4 0 1	脳室 ^{せん} 穿刺	500点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 2	後頭下 ^{せん} 穿刺	300点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 3	腰椎 ^{せん} 穿刺、胸椎 ^{せん} 穿刺、頸椎 ^{けんけいせん} 穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 4	骨髄 ^{せん} 穿刺	
	1 胸骨	260点
	2 その他	280点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 4-2	骨髄生検	730点
	注 6歳未満の乳幼児の場合には、100点を所定点数に加算する。	
D 4 0 5	関節 ^{せん} 穿刺（片側）	100点
	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 6	上顎洞 ^{せん} 穿刺（片側）	60点
D 4 0 6-2	扁桃 ^{へん} 周囲炎又は扁桃 ^{へん} 周囲膿瘍 ^{のう} における試験 ^{せん} 穿刺（片側）	180点
D 4 0 7	腎嚢胞 ^{のう} 又は水腎症 ^{せん} 穿刺	240点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
D 4 0 8	ダグラス ^{かせん} 窩 ^{せん} 穿刺	240点
D 4 0 9	リンパ節 ^{せん} 等 ^{せん} 穿刺又は針生検	200点
D 4 0 9-2	センチネルリンパ節 ^{せん} 生検	
	1 併用法	5,000点
	2 単独法	3,000点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
D 4 1 0	乳腺 ^{せん} 穿刺又は針生検（片側）	
	1 生検針によるもの	650点
	2 その他	200点
D 4 1 1	甲状腺 ^{せん} 穿刺又は針生検	150点
D 4 1 2	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
D 4 1 3	前立腺針生検法	1,400点
D 4 1 4	内視鏡下生検法（1臓器につき）	310点
D 4 1 4-2	超音波内視鏡下 ^{せん} 穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	4,000点
D 4 1 5	経気管肺生検法	4,000点
	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。	
D 4 1 5-2	超音波気管支鏡下 ^{せん} 穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）	5,500点

D 4 1 6	臓器 ^{せん} 穿刺、組織採取	
	1 開胸によるもの	9,070点
	2 開腹によるもの（腎を含む。）	5,550点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、2,000点を加算する。	
D 4 1 7	組織試験採取、切採法	
	1 皮膚、筋肉（皮下、筋膜、 ^{けん} 腱及び ^{けんしよう} 腱鞘を含む、心筋を除く。）	500点
	2 骨、骨盤、脊椎	2,300点
	3 眼	
	イ 後眼部	650点
	ロ その他（前眼部を含む。）	350点
	4 耳	400点
	5 鼻、副鼻腔 ^{くう}	400点
	6 口腔 ^{くう}	400点
	7 咽頭、喉頭	650点
	8 甲状腺	650点
	9 乳腺	650点
	10 直腸	650点
	11 精巣（ ^{こう} 睾丸）、精巣上体（ ^{こう} 副睾丸）	400点
	12 末梢 ^{しよう} 神経	620点
	13 心筋	5,000点
	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、100点を加算する。	
D 4 1 8	子宮腔 ^{ちゆう} 部等からの検体採取	
	1 子宮頸管粘液採取	40点
	2 子宮腔 ^{ちゆう} 部組織採取	200点
	3 子宮内膜組織採取	370点
D 4 1 9	その他の検体採取	
	1 胃液・十二指腸液採取（一連につき）	180点
	2 胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）	180点
	3 動脈血採取（1日につき）	50点
	注 血液回路から採血した場合は算定しない。	
	4 前房水採取	350点
	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E 4 0 0に掲げるフィルムの所定点数により算定する。	
	第5節 薬剤料	
区分		
D 5 0 0	薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。	
	注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。	
	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

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、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を算定する場合はこの限りでない。
- 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180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を算定する場合はこの限りでない。
- 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。

第1節 エックス線診断料

通則

- 1 エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については区分番号E001に掲げる写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。
- 4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。

イ 単純撮影の場合	57点
ロ 特殊撮影の場合	58点
ハ 造影剤使用撮影の場合	66点
ニ 乳房撮影の場合	54点
- 5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

区分

E000 透視診断	110点
E001 写真診断	
1 単純撮影	
イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎	85点
ロ その他	43点
2 特殊撮影（一連につき）	96点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影（一連につき）	306点
注 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
E002 撮影	
1 単純撮影	
イ アナログ撮影	60点
ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影（一連につき）	
イ アナログ撮影	260点
ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	
イ アナログ撮影	144点
ロ デジタル撮影	154点

- 4 乳房撮影（一連につき）
- イ アナログ撮影 192点
- ロ デジタル撮影 202点
- 注1 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
- 3 造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、148点を加算する。
- 4 造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。
- 5 造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。
- E003 造影剤注入手技
- 1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数
- 2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数
- 3 動脈造影カテーテル法
- イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点
- 注 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。
- 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 気管支鏡挿入 区分番号D301に掲げる気管支鏡検査の所定点数
- ロ 気管支ファイバースコープ挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数
- ハ 尿管カテーテル法（両側） 区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数
- 6 腔内注入及び穿刺注入
- 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、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、100点を所定点数に加算する。
- 3 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
- 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。
- E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） 1,800点
- 注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。
- 2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
- 3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。
- E101—2 ポジトロン断層撮影
- 1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点
- 2 ¹⁸FDGを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点

- 3 ¹³N標識アンモニア剤を用いた場合(一連の検査につき) 7,500点
- 注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸FDGの合成及び注入並びに¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

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

- 1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合(一連の検査につき) 7,625点
- 2 ¹⁸FDGを用いた場合(一連の検査につき) 8,625点
- 注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに¹⁸FDG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 ¹⁸FDG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 ¹⁸FDG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は、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムは費用は算定できない。
- 4 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を当該撮影の所定点数に加算する。

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 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 770点
 - ニ イ、ロ又はハ以外の場合 580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、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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。
- 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。

- E 2 0 2 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 | 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 | 920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、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L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。
- 4 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、300点を所定点数に加算する。
- E 2 0 3 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

- E 3 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
- 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
- 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第5節 特定保険医療材料料

区分

- E 4 0 0 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数
- 注1 6歳未満の乳幼児に対して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。
- E 4 0 1 特定保険医療材料(フィルムを除く。) 材料価格を10円で除して得た点数
- 注 使用した特定保険医療材料(フィルムを除く。)の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合(処方せんを交付した場合を除く。)は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 調剤料

区分

- F 0 0 0 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1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。
- 2 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算定しない。

第2節 処方料

区分

- F 1 0 0 処方料
- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合 20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A 0 0 1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 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、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
- 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
- 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤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点を加算する。
- 8 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
- 9 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算定しない。

第3節 薬剤料

区分

F 2 0 0 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	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、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)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。

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A 0 0 1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B 0 0 1—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A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上を投薬を行った場合には、所定点数の100分の60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。

7 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算定しない。

第4節 特定保険医療材料

区分

F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合 30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A 0 0 1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 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せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。

2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上を投薬を行った場合には、所定点数の100分の60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せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。

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

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日以上を処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

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せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

7 薬剤の一般名を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

8 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算定しない。

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合(処方せんを交付した場合を除く。)に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、所定点数に10点を加算する。

4 区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C 0 0 8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。

5 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算定しない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A

- ① 15歳未満 780点
- ② 15歳以上 580点

(2) 外来化学療法加算B

- ① 15歳未満 630点
- ② 15歳以上 430点

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A

- ① 15歳未満 700点
- ② 15歳以上 450点

(2) 外来化学療法加算B

- ① 15歳未満 600点
- ② 15歳以上 350点

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

8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 区分番号C101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を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G001 静脈内注射（1回につき） 30点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。

3 区分番号C101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） 95点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 95点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 47点

注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。

3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。

4 区分番号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、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。

2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。

3 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を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。

G 0 0 5 - 2	中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点
注 1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。
	3	別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。
G 0 0 5 - 3	末梢 留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700点
注 1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。
G 0 0 5 - 4	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	2,500点
注 1	カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2	6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。
G 0 0 6	植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）	125点
注 1	区分番号C 1 0 4に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。	
	2	区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 1 0 8 - 2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料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、50点を所定点数に加算する。
G 0 0 7	髄鞘 内注射	25点
G 0 0 8	骨髄内注射	
	1	胸骨 80点
	2	その他 90点
G 0 0 9	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、60点を加算する。
G 0 1 0	関節腔内注射	80点
G 0 1 0 - 2	滑液嚢穿刺後の注入	80点
G 0 1 1	気管内注入	100点
G 0 1 2	結膜下注射	25点
G 0 1 2 - 2	自家血清の眼球注射	25点
G 0 1 3	角膜内注射	35点
G 0 1 4	球後注射	60点
G 0 1 5	テノン氏嚢内注射	60点
G 0 1 6	硝子体内注射	580点
	第 2 款	無菌製剤処理料
区分		
G 0 2 0	無菌製剤処理料	
	1	無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍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
	(1)	揮発性の高い薬剤の場合 150点
	(2)	(1)以外の場合 100点
	ロ	イ以外の場合 50点
	2	無菌製剤処理料 2（1以外のもの） 40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈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

G 1 0 0	薬剤	
1	薬価が 1 回分使用量につき15円以下である場合	1 点
2	薬価が 1 回分使用量につき15円を超える場合	薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を切り上げて得た点数に 1 点を加算して得た点数
注 1	特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 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

区分

G 2 0 0	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数
注	使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第 7 部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第 1 節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第 2 節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第 1 節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なりハビリテーションの費用は、第 1 節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

- 4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。
- 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手術料を含む。）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、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、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) | 105点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき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、治療開始日から起算して14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- | | |
|-------------------------------|------|
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) | |
| イ ロ以外の場合 | 245点 |
| ロ 廃用症候群の場合 | 180点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) | |
| イ ロ以外の場合 | 200点 |
| ロ 廃用症候群の場合 | 146点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) | |
| イ ロ以外の場合 | 100点 |
| ロ 廃用症候群の場合 | 77点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料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日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料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日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。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) | |
| (1) (2)以外の場合 | 221点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 162点 |
| ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) | |
| (1) (2)以外の場合 | 180点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 131点 |
| ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) | |
| (1) (2)以外の場合 | 90点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 69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) 180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(1については、病院又は有床診療所に限る。)において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2 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B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。))に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき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B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。))に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、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、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。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) 163点
- ロ 運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 154点
- ハ 運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 85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健医療機関以外の保健医療機関が、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日以内の間に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき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、治療開始日から起算して14日に限り、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 300点

注1 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ、運動器リハビリテーション料Ⅰ、運動器リハビリテーション料Ⅱ、呼吸器リハビリテーション料Ⅰ、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、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は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に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患者等を訪問し、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。

3 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション総合計画提供料を算定した患者(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。))である場合には算定できない。

H003-3 リハビリテーション総合計画提供料 100点

注 退院時に区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者(入院中に区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。))について、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回を限度として算定する。

H004 摂食機能療法(1日につき)

注1 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

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、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月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

H005	視能訓練(1日につき)	
	1 斜視視能訓練	135点
	2 弱視視能訓練	135点
H006	難病患者リハビリテーション料(1日につき)	640点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの(別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。)に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。	
	2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
	イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合	280点
	ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合	140点
H007	障害児(者)リハビリテーション料(1単位)	
	1 6歳未満の患者の場合	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月に限り、週3回を限度として算定する。	
H008	集団コミュニケーション療法料(1単位)	50点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。	
	第2節 薬剤料	
区分		
H100	薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。	
	注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。	
	2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	

第8部 精神科専門療法

通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。

第1節 精神科専門療法料

区分

I000	精神科電気痙攣療法	
	1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	3,000点
	2 1以外の場合	150点
	注1 1日に1回を限度として算定する。	
	2 1については、第11部に規定する麻酔に要する費用(薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。)は所定点数に含まれるものとする。	
I001	入院精神療法(1回につき)	
	1 入院精神療法(I)	360点
	2 入院精神療法(II)	
	イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合	150点
	ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合	80点
	注1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。	
	2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。	
I002	通院・在宅精神療法(1回につき)	
	1 通院精神療法	
	イ 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、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等が通院精神療法を行った場合	600点
	ロ イ以外の場合	
	(1) 30分以上の場合	400点
	(2) 30分未満の場合	330点
	2 在宅精神療法	
	イ 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、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等が在宅精神療法を行った場合	600点
	ロ 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等が60分以上の在宅精神療法を行った場合(イに該当する場合を除く。)	540点

ハ イ及び口以外の場合	
(1) 30分以上の場合	400点
(2) 30分未満の場合	330点
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回を、その他の場合にあっては1と2を合わせて週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	
2 通院・在宅精神療養は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療養を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療養を行った場合(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内(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において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)の期間に行った場合に限る。)、350点を所定点数に加算する。	
4 1の口の(1)、2の口及び2のハの(1)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。	
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、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等を除く。)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・在宅精神療養の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。	
5 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。	
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 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	500点
2 1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に適合しているものと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回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。	
4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。	
5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の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月に限り週2回を限度として算定する。	
2 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	
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月に限り週2回を限度として算定する。	
2 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	
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回を限度として算定する。	
2 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	

I 0 0 8-2 精神科ショート・ケア(1日につき)

- 1 小規模なもの 275点
2 大規模なもの 330点

注1 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あっては、週5日を限度として算定する。
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、20点を所定点数に加算する。
5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。
6 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号I 0 0 9に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 0 1 0に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 0 1 0-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 5に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア(1日につき)

- 1 小規模なもの 590点
2 大規模なもの 700点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。
3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。
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 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科デイ・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。
6 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号I 0 0 8-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 0 1 0に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I 0 1 0-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 5に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア(1日につき)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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あっては、週5日を限度として算定する。
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。
4 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I 0 0 8-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 0 0 9に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 0 1 0-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 5に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I 0 1 0-2 精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき)

1,000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あっては、週5日を限度として算定する。
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。
4 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。
5 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I 0 0 8-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I 0 0 9に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I 0 1 0に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号I 0 1 5に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

I 0 1 1 精神科退院指導料

320点

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

I 0 1 1-2 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 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、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。

I 0 1 2 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

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 575点
(2) 週3日目まで 30分未満の場合 440点

(3) 週 4 日目で 30分以上の場合	675点
(4) 週 4 日目で 30分未満の場合	525点
□ 准看護師による場合	
(1) 週 3 日目まで 30分以上の場合	525点
(2) 週 3 日目まで 30分未満の場合	400点
(3) 週 4 日目で 30分以上の場合	625点
(4) 週 4 日目で 30分未満の場合	485点
2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点
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	
(1) 同一日に 2 人	
① 週 3 日目まで 30分以上の場合	575点
② 週 3 日目まで 30分未満の場合	440点
③ 週 4 日目で 30分以上の場合	675点
④ 週 4 日目で 30分未満の場合	525点
(2) 同一日に 3 人以上	
① 週 3 日目まで 30分以上の場合	288点
② 週 3 日目まで 30分未満の場合	220点
③ 週 4 日目で 30分以上の場合	338点
④ 週 4 日目で 30分未満の場合	263点
□ 准看護師による場合	
(1) 同一日に 2 人	
① 週 3 日目まで 30分以上の場合	525点
② 週 3 日目まで 30分未満の場合	400点
③ 週 4 日目で 30分以上の場合	625点
④ 週 4 日目で 30分未満の場合	485点
(2) 同一日に 3 人以上	
① 週 3 日目まで 30分以上の場合	263点
② 週 3 日目まで 30分未満の場合	200点
③ 週 4 日目で 30分以上の場合	313点
④ 週 4 日目で 30分未満の場合	243点
注 1 1 については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、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(Ⅲ)、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3 を除く。）及び区分番号 C 0 0 5－1－2 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、当該急性増悪した日から 7 日以内の期間について、1 日につき 1 回に限り算定することができる。	
2 2 については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週 3 回に限り算定する。	

- 3 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（同一建物居住者に限り、注 2 に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3 を除く。）及び区分番号 C 0 0 5－1－2 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、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。
- 4 注 1 ただし書及び注 3 ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から 1 月以内の医師が指示した連続した 7 日間（注 1 ただし書及び注 3 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。
- 5 注 1 及び注 3 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、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、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、ハの場合にあっては週 1 回を限度とする。
- 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 450点
- 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 380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
- 6 注 2 に規定する場合であって、看護・指導時間が 3 時間を超えた場合は、3 時間を超えた時間について、5 時間を限度として、1 時間又はその端数を増すごとに 40 点を所定点数に加算する。
- 7 注 1 及び注 3 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、保険医療機関の保健師、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 回（15 歳未満の超重症児又は準超重症児については週 3 回）に限り、520 点を所定点数に加算する。
- 8 注 1 及び注 3 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。
- 9 注 1 及び注 3 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、保険医療機関の保健師、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。

- 10 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は C 0 0 5-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。
- 11 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。
- 12 1 及び 3 については、区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）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。

I 0 1 2-2 精神科訪問看護指示料 300点

- 注 1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
- 2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、100 点を所定点数に加算する。
- 3 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号 C 0 0 7 に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 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。

I 0 1 4 医療保護入院等診療料 300点

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

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1 日につき） 1,040点

- 注 1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1 日につき 6 時間以上行った場合に算定する。

- 2 当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に行われる場合にあっては、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 I 0 0 8-2 に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 0 0 9 に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 0 1 0 に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 0 1 0-2 に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
- イ 同一建物居住者以外の場合 1,800点
- ロ 同一建物居住者の場合
- (1) 特定施設等に入居する者の場合 900点
- (2) (1)以外の場合 450点
- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
- イ 同一建物居住者以外の場合 1,480点
- ロ 同一建物居住者の場合
- (1) 特定施設等に入居する者の場合 740点
- (2) (1)以外の場合 370点

- 注 1 1 のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難な患者に対して、1 のロの(1)については、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、1 のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって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。）の精神保健指定医等が、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、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、6 月に限り、当該患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
- 2 2 のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、2 のロの(1)については、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、2 のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって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。）の精神保健指定医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看護師等と連携し、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に、6 月に限り、当該患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

3 精神科重症患者早期集中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に掲げる特定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 精神科重症患者早期集中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

- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1(入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合(イに該当する場合を除く。)

- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数

6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

第1節 処置料

区分

(一般処置)

- J000 創傷処置
- 1 100平方センチメートル未満 45点
 - 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点
 - 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 85点
 - 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 155点
 - 5 6,000平方センチメートル以上 270点
- 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。
- 2 区分番号C109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、50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 225点
 - 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 420点
 - 5 6,000平方センチメートル以上 1,250点
- 注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。
- 2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。
- 3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。
- 4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50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。

J 0 0 1—5	長期療養患者褥瘡等処置（1 日につき）	24 点	J 0 0 8	胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）	220 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。			注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。	
	2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。		J 0 0 9	削除	
J 0 0 1—6	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1 日につき）	30 点	J 0 1 0	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）	230 点
	注 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。			注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。	
	イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）		J 0 1 0—2	経皮的肝膿瘍等穿刺術	1,450 点
	(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		J 0 1 1	骨髄穿刺	
	(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			1 胸骨	260 点
	ロ 皮膚科軟膏処置			2 その他	280 点
	(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			注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。	
	(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		J 0 1 2	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240 点
	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。			注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。	
J 0 0 1—7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	45 点	J 0 1 3	ダグラス窩穿刺	240 点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。		J 0 1 4	乳腺穿刺	200 点
J 0 0 1—8	穿刺排膿後薬液注入	45 点	J 0 1 5	甲状腺穿刺	150 点
	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。		J 0 1 6	リンパ節等穿刺	200 点
J 0 0 1—9	空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1 日につき）	45 点	J 0 1 7	エタノールの局所注入	1,000 点
J 0 0 2	ドレーン法（ドレナージ）（1 日につき）			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。	
	1 持続的吸引を行うもの	50 点	J 0 1 7—2	リンパ管腫局所注入	1,000 点
	2 その他のもの	25 点		注 6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。	
	注 3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。		J 0 1 8	喀痰吸引（1 日につき）	48 点
J 0 0 3	局所陰圧閉鎖処置（入院）（1 日につき）			注 1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	1 100 平方センチメートル未満	1,040 点		2 6 歳未満の乳幼児の場合は、75 点を加算する。	
	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 区分番号 C 1 0 3 に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号 C 1 0 7 に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号 C 1 1 2 に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	
	3 200 平方センチメートル以上	1,100 点	J 0 1 8—2	内視鏡下気管支分泌物吸引（1 日につき）	120 点
	注 初回の貼付に限り、1 にあつては 1,690 点を、2 にあつては 2,650 点を、3 にあつては 3,300 点を、それぞれ所定点数に加算する。		J 0 1 8—3	干渉低周波去痰器による喀痰排出（1 日につき）	48 点
J 0 0 3—2	局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1 日につき）			注 1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	1 100 平方センチメートル未満	240 点		2 6 歳未満の乳幼児の場合は、75 点を加算する。	
	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 区分番号 C 1 0 3 に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号 C 1 0 7 に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号 C 1 1 2 に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	
	3 200 平方センチメートル以上	330 点	J 0 1 9	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	550 点
	注 初回の貼付に限り、1 にあつては 1,690 点を、2 にあつては 2,650 点を、3 にあつては 3,300 点を、それぞれ所定点数に加算する。			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。	
J 0 0 4	流注膿瘍穿刺	190 点		2 3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。	
J 0 0 5	脳室穿刺	500 点			
	注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。				
J 0 0 6	後頭下穿刺	300 点			
	注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。				
J 0 0 7	頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	220 点			
	注 6 歳未満の乳幼児の場合は、100 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、100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、100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、50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を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を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)	65点
	注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 区分番号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。	

J027	高気圧酸素治療(1日につき)	
	1 救急的なもの	
	イ 1人用高圧酸素治療	5,000点
	ロ 複数用高圧酸素治療	6,000点
	2 非救急的なもの	200点
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を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	100点
J031	直腸ブジー法	100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	200点
J034-2	EDチューブ挿入術	180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、それぞれ100点又は50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	
	イ 4時間未満の場合	2,030点
	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,195点
	ハ 5時間以上の場合	2,330点
	2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,245点
	3 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、300点を所定点数に加算する。	
	2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。	
	3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。	
	4 カニューレーション料を含むものとする。	
	5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回(在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)の実施回数と併せて週1回)を限度として算定する。	
	6 1及び2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 J 0 3 8-2 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、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 透析液水質確保加算 1	8 点
	ロ 透析液水質確保加算 2	20 点
J 0 3 8-2	持続緩徐式血液濾過（1日につき）	1,990 点
	注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後 5 時以降に開始した場合若しくは午後 9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、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、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 J 0 3 8 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 J 0 3 8 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。	
J 0 3 9	血漿交換療法（1日につき）	4,200 点
	注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。	
J 0 4 0	局所灌流（1日につき）	
	1 悪性腫瘍に対するもの	4,300 点
	2 骨膜・骨髄炎に対するもの	1,700 点
	注 局所灌流を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。	
J 0 4 1	吸着式血液浄化法（1日につき）	2,000 点
	注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。	
J 0 4 1-2	血球成分除去療法（1日につき）	2,000 点
	注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前 0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。	
J 0 4 2	腹膜灌流（1日につき）	
	1 連続携帯式腹膜灌流	330 点
	注 1 導入期の 14 日の間に限り、1 日につき 500 点を加算する。	
	2 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、それぞれ 1 日につき 1,000 点又は 500 点を加算する。	
	3 区分番号 C 1 0 2 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 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週 1 回を限度として、算定する。	
	2 その他の腹膜灌流	1,100 点
J 0 4 3	新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき）	140 点
J 0 4 3-2	瀉血療法	250 点
J 0 4 3-3	ストーマ処置（1日につき）	
	1 ストーマを 1 個もつ患者に対して行った場合	70 点
	2 ストーマを 2 個以上もつ患者に対して行った場合	100 点
	注 1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。	
	2 区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った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、50 点を加算する。	
J 0 4 3-4	経管栄養カテーテル交換法	200 点
	注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。	
J 0 4 3-5	尿路ストーマカテーテル交換法	100 点
	注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理、区分番号 J 0 4 3-3 に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。（救急処置）	
J 0 4 4	救命のための気管内挿管	500 点
	注 6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。	
J 0 4 4-2	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）	400 点
J 0 4 5	人工呼吸	
	1 30 分までの場合	242 点
	2 30 分を超えて 5 時間までの場合	242 点に 30 分又はその端数を増すごとに 50 点を加算して得た点数
	3 5 時間を超えた場合（1日につき）	819 点
	注 1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に呼吸心拍監視、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 C 1 0 7 に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。	
J 0 4 5-2	一酸化窒素吸入療法	920 点
	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
	2 吸入時間が 1 時間を超えた場合は、1 時間又はその端数を増すごとに、920 点を所定点数に加算する。	
J 0 4 6	非開胸的心マッサージ	
	1 30 分までの場合	250 点
	2 30 分を超えた場合	250 点に 30 分又はその端数を増すごとに 40 点を加算して得た点数
J 0 4 7	カウンターショック（1日につき）	
	1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合	2,500 点
	2 その他の場合	3,500 点
J 0 4 7-2	心腔内除細動	3,500 点
J 0 4 8	心膜穿刺	500 点
J 0 4 9	食道圧迫止血チューブ挿入法	2,700 点

J 0 5 0	気管内洗浄（1日につき） 注1 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。 2 気管内洗浄と同時に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。	240点
J 0 5 1	胃洗浄 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	250点
J 0 5 2	ショックパンツ（1日につき） 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。	150点
J 0 5 2-2	熱傷温浴療法（1日につき） 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）	1,740点
J 0 5 3	皮膚科軟膏処置 1 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 2 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 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 4 6,000平方センチメートル以上 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。	55点 85点 155点 270点
J 0 5 4	皮膚科光線療法（1日につき） 1 赤外線又は紫外線療法 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） 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）	45点 150点 340点
J 0 5 4-2	皮膚レーザー照射療法（一連につき） 1 色素レーザー照射療法 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。 2 Qスイッチ付レーザー照射療法 イ 4平方センチメートル未満 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 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 ニ 64平方センチメートル以上 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、2,000点を所定点数に加算する。	2,170点 2,000点 2,370点 2,900点 3,950点
J 0 5 5	いぼ焼灼法 1 3箇所以下 2 4箇所以上	210点 260点
J 0 5 5-2	イオントフォレーゼ	220点

J 0 5 5-3	臍肉芽腫切除術	220点
J 0 5 6	いぼ冷凍凝固法 1 3箇所以下 2 4箇所以上	210点 260点
J 0 5 7	軟属腫摘除 1 10箇所未満 2 10箇所以上30箇所未満 3 30箇所以上	120点 220点 350点
J 0 5 7-2	面皰圧出法	49点
J 0 5 7-3	鶏眼・胼胝処置 注 月1回に限り算定する。	170点
J 0 5 7-4	稗粒腫摘除 1 10箇所未満 2 10箇所以上 （泌尿器科処置）	74点 148点
J 0 5 8	膀胱穿刺	80点
J 0 5 9	陰嚢水腫穿刺	80点
J 0 5 9-2	血腫、膿腫穿刺	80点
J 0 6 0	膀胱洗浄（1日につき） 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時に進行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。	60点
J 0 6 0-2	後部尿道洗浄（ウルツマンⅩ1日につき）	60点
J 0 6 1	腎盂洗浄（片側）	60点
J 0 6 2	腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	1,080点
J 0 6 3	留置カテーテル設置 注1 膀胱洗浄と同時に進行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。	40点
J 0 6 4	導尿（尿道拡張を要するもの） 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。	40点
J 0 6 5	間歇的導尿（1日につき）	150点
J 0 6 6	尿道拡張法	180点
J 0 6 6-2	タイダール自動膀胱洗浄（1日につき）	180点
J 0 6 7	誘導ブジー法	180点
J 0 6 8	嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）	290点

J069	前立腺液圧出法	50点
J070	前立腺冷温燻	50点
J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法 注 入院中の患者以外の患者について算定する。	50点
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 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)	70点
J071	羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120点
J072	膣洗浄(熱性洗浄を含む) 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	47点
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	340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 2 分娩外のもの	520点 45点
J078	子宮腔部薬物焼灼法	100点
J079	子宮腔部焼灼法	180点
J080	子宮頸管拡張及び分娩誘発法 1 ラミナリア 2 コルポイリントル 3 金属拡張器(ヘガール等) 4 メトロイリントル	120点 120点 180点 340点
J081	分娩時鈍性頸管拡張法	380点
J082	子宮脱非観血的整復法(ベッサリー)	290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 (眼科処置)	600点
J086	眼処置 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	25点
J086-2	義眼処置 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	25点
J087	前房穿刺又は注射(前房内注入を含む。) 注 顕微鏡下に行った場合は、180点を加算する。	180点
J088	霰粒腫の穿刺	45点

J089	睫毛抜去 1 少数の場合 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 多数の場合 注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。 2 1日に1回を限度として算定する。	25点 45点
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液囊洗浄	45点
J092	液囊ブジー法(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。) 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。	25点
J095-2	鼓室処置(片側) 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。	55点
J096	耳管処置(耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。) 1 カテーテルによる耳管通気法(片側) 2 ポリツェル球による耳管通気法 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	30点 20点
J097	鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。) 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 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。	12点
J097-2	副鼻腔自然口開大処置 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。	25点
J098	口腔、咽頭処置 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 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。	12点
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。) 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	27点
J100	副鼻腔手術後の処置(片側) 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。	45点
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 2 1以外の場合	55点 25点

J 1 0 6 及び J 1 0 7 削除	
J 1 0 8 鼻出血止血法 (ガーゼタンポン又はバルーンによるもの)	240点
J 1 0 9 鼻咽腔止血法 (ベロック止血法)	440点
J 1 1 0 削除	
J 1 1 1 耳管ブジー法 (通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。)(片側)	45点
J 1 1 2 唾液腺管ブジー法 (片側)	45点
J 1 1 3 耳垢栓塞除去 (複雑なもの)	
1 片側	100点
2 両側	150点
注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
J 1 1 4 ネブライザー	12点
注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	
J 1 1 5 超音波ネブライザー (1日につき)	24点
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 関節穿刺 (片側)	100点
注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	
J 1 1 6-2 粘 (滑) 液嚢穿刺注入 (片側)	80点
J 1 1 6-3 ガングリオン穿刺術	80点
J 1 1 6-4 ガングリオン圧砕法	80点
J 1 1 7 鋼線等による直達牽引 (2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所を1日につき)	50点
注 1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に50点を加算する。	
2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8 介達牽引 (1日につき)	35点
注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8-2 矯正固定 (1日につき)	35点
注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 8-3 変形機械矯正術 (1日につき)	35点
注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。	
J 1 1 9 消炎鎮痛等処置 (1日につき)	
1 マッサージ等の手技による療法	35点
2 器具等による療法	35点
3 湿布処置	35点
注 1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。	
2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。	
3 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。	
4 区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。	

J 1 1 9-2 腰部又は胸部固定帯固定 (1日につき)	35点
J 1 1 9-3 低出力レーザー照射 (1日につき)	35点
J 1 1 9-4 肛門処置 (1日につき)	24点
(栄養処置)	
J 1 2 0 鼻腔栄養 (1日につき)	60点
注 区分番号 C 1 0 5 に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号 C 1 0 5-2 に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。	
J 1 2 1 滋養洗腸	45点
(ギプス)	
通則	
1 既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。	
2 区分番号 J 1 2 3 から J 1 2 8 までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。	
3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9-4 までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 1 2 2 四肢ギプス包帯	
1 鼻ギプス	310点
2 手指及び手、足 (片側)	490点
3 半肢 (片側)	780点
4 内反足矯正ギプス包帯 (片側)	950点
5 上肢、下肢 (片側)	1,200点
6 体幹から四肢にわたるギプス包帯 (片側)	1,700点
J 1 2 3 体幹ギプス包帯	1,250点
J 1 2 4 鎖骨ギプス包帯 (片側)	1,250点
J 1 2 5 ギプスベッド	1,400点
J 1 2 6 斜頸矯正ギプス包帯	1,500点
J 1 2 7 先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,000点
J 1 2 8 脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,000点
J 1 2 9 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
J 1 2 9-2 練習用仮義足又は仮義手	
1 義肢装具採型法 (四肢切断の場合)(1肢につき)	700点
2 義肢装具採型法 (股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき)	1,050点
J 1 2 9-3 義肢装具採寸法 (1肢につき)	200点
J 1 2 9-4 治療装具採型法 (1肢につき)	700点

第2節 処置医療機器等加算

区分

J 2 0 0 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ） 170点

J 2 0 1 酸素加算

注1 区分番号J 0 2 4からJ 0 2 8まで及びJ 0 4 5に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 薬剤料

区分

J 3 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分

J 4 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 手術

通則

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置（区分番号J 1 2 2からJ 1 2 9-4までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E 4 0 0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K 0 0 7（注に規定する加算を算定する場合に限る。）K 0 2 2の1、K 0 5 9の4、K 1 3 6-2、K 1 6 9（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）K 1 8 0の3、K 1 8 1、K 1 8 1-2、K 1 9 0、K 1 9 0-2、K 1 9 0-6、K 1 9 0-7、K 2 5 4の1、K 2 6 0-2、K 2 6 8の5、K 2 8 0-2、K 2 8 1-2、K 3 2 8からK 3 2 8-3まで、K 3 4 0-7、K 4 4 3の3、K 4 4 4の4、K 4 7 6（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）K 4 7 6-4、K 5 1 4-4、K 5 1 4-6、K 5 4 6、K 5 4 8、K 5 4 9、K 5 5 5-2、K 5 6 2-2、K 5 9 5（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）K 5 9 5-2、K 5 9 7からK 6 0 0まで、K 6 0 3からK 6 0 4-2まで、K 6 0 5-2、K 6 0 5-4、K 6 1 5-2、K 6 1 7-5、K 6 2 7-3、K 6 2 7-4、K 6 3 6-2、K 6 4 2-3、K 6 4 3-2、K 6 5 6-2、K 6 7 8、K 6 9 5-2、K 6 9 7-5、K 6 9 7-7、K 6 9 9-2、K 7 0 2-2、K 7 0 9-3、K 7 0 9-5、K 7 2 1-4、K 7 5 4-3、K 7 6 8、K 7 6 9-3、K 7 7 2-3、K 7 7 3-3、K 7 7 3-4、K 7 8 0、K 7 8 0-2、K 7 8 5-2、K 8 0 0-3、K 8 0 2-4、K 8 0 3-2、

K 8 0 3-3、K 8 2 3-5、K 8 4 1-4、K 8 4 3-2、K 8 4 3-3、K 8 7 9-2、K 9 1 0-2及びK 9 1 0-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

- 5 区分番号K 0 1 1、K 0 2 0、K 0 5 3、K 0 7 6、K 0 7 9、K 0 7 9-2、K 0 8 0-2、K 0 8 2、K 1 0 6、K 1 0 7、K 1 0 9、K 1 3 6、K 1 5 1-2、K 1 5 4、K 1 5 4-2、K 1 6 0、K 1 6 7、K 1 6 9からK 1 7 1まで、K 1 7 4からK 1 7 8-2まで、K 1 8 1、K 1 9 0、K 2 0 4、K 2 2 9、K 2 3 0、K 2 3 4からK 2 3 6まで、K 2 4 4、K 2 5 9、K 2 6 6、K 2 7 7-2、K 2 8 0、K 2 8 1、K 3 1 9、K 3 2 2、K 3 2 7、K 3 4 3、K 3 7 6、K 3 9 5、K 4 1 5、K 4 2 5、K 4 2 7-2、K 4 3 4、K 4 4 2、K 4 4 3、K 4 5 8、K 4 6 2、K 4 8 4、K 4 9 6、K 4 9 6-3、K 4 9 7からK 4 9 8まで、K 5 1 1、K 5 1 4、K 5 1 8、K 5 1 9、K 5 2 5、K 5 2 6の2、K 5 2 7、K 5 2 9、K 5 3 1、K 5 3 7、K 5 4 6、K 5 4 7、K 5 4 9、K 5 5 2、K 5 5 2-2、K 5 9 5、K 5 9 7、K 5 9 7-2、K 6 4 5、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 9 5（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 5 6（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）K 7 6 4、K 7 6 5、K 7 7 9、K 7 7 9-3、K 7 8 0、K 7 8 0-2、K 8 0 1、K 8 0 3（6を除く。）K 8 1 8からK 8 2 0まで、K 8 4 3、K 8 5 0、K 8 5 7、K 8 5 9（1を除く。）K 8 6 3-3、K 8 8 9並びにK 8 9 0-2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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 6 区分番号K 5 2 8、K 5 3 5、K 5 8 3、K 5 8 6の3、K 5 8 7、K 6 8 4、K 6 9 5、K 7 5 1の3及び4、K 7 5 1-2、K 7 5 6並びにK 7 7 3に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 7 区分番号K 1 3 8、K 1 4 2の6、K 1 4 5、K 1 4 7、K 1 4 9、K 1 5 0、K 1 5 1-2、K 1 5 4、K 1 5 4-2、K 1 5 5、K 1 6 3からK 1 6 4-2まで、K 1 6 6、K 1 6 9、K 1 7 2からK 1 7 4まで、K 1 7 8、K 1 8 0、K 1 9 1、K 1 9 2、K 2 3 9、K 2 4 1、K 2 4 3、K 2 4 5、K 2 5 9、K 2 6 1、K 2 6 8、K 2 6 9、K 2 7 5からK 2 8 1まで、K 2 8 2、K 3 4 6、K 3 8 6、K 3 9 3の1、K 3 9 7、K 3 9 8の2、K 4 2 5からK 4 2 6-2まで、K 5 1 1の3、K 5 1 9、K 5 2 8、K 5 3 5、K 5 5 4からK 5 5 8まで、K 5 6 2からK 5 7 2まで、K 5 7 3の2、K 5 7 4からK 5 8 7まで、K 5 8 9からK 5 9 1まで、K 6 0 1、K 6 1 0の1、K 6 1 6-3、K 6 3 3の4及び5、K 6 3 4、K 6 3 6、K 6 3 9、K 6 4 4、K 6 6 4、K 6 6 6、K 6 6 6-2、K 6 7 4、K 6 8 4、K 6 9 7-5、K 7 1 6の1、K 7 1 6-2、K 7 1 7、K 7 2 6、K 7 2 9からK 7 2 9-3まで、K 7 3 4からK 7 3 5まで、K 7 3 5-3、K 7 5 1の1及び2、K 7 5 1-2、K 7 5 6、K 7 5 6-2、K 7 7 5、K 8 0 5、K 8 1 2-2並びにK 9 1 3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K 6 1 8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、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 K 2 9 3、K 2 9 4、K 3 1 4、K 3 4 3、K 3 7 4、K 3 7 6、K 3 9 4、K 4 1 0、K 4 1 2、K 4 1 5、K 4 2 2、K 4 2 4、K 4 2 5、K 4 3 9、K 4 4 2 の 2 及び 3、K 4 5 5、K 4 5 8 並びに K 4 6 3 に掲げる手術については、区分番号 K 4 6 9 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 H I V 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 (M R S A) 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 (H B s 又は H B e 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 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号 L 0 0 4 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 K 9 1 4 に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号 K 9 1 5 に掲げる生体臓器提供管理料を除く。) を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
- イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算 1 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数
- (2) 時間外加算 1 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (3) 深夜加算 1 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数
- (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (2) 時間外加算 2 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数
- (3) 深夜加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、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又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部 (転子間を含む) 骨切り術と骨盤骨切り術、白蓋形成手術若しくは寛骨白移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 15 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を途中で中絶しなければなら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 K 6 6 4 に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。
- 17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に、第 6 款 (顔面・口腔・頸部)、第 7 款 (胸部) 及び第 9 款 (腹部) に掲げる悪性腫瘍手術又は第 8 款 (心・脈管 (動脈及び静脈は除く。)) に掲げる手術をそれぞれ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、100 点を所定点数に加算する。

第 1 節 手術料

第 1 款 皮膚・皮下組織

区分

(皮膚、皮下組織)

K 0 0 0 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの (長径 5 センチメートル未満) 1,250 点
- 2 筋肉、臓器に達するもの (長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満) 1,680 点
- 3 筋肉、臓器に達するもの (長径 10 センチメートル以上) 2,000 点
- 4 筋肉、臓器に達しないもの (長径 5 センチメートル未満) 470 点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの (長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満) 850 点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの (長径 10 センチメートル以上) 1,320 点
- 注 1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。
- 2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り 460 点を所定点数に加算する。
- 3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の 1 回に限り 100 点を加算する。
- K 0 0 0—2 小児創傷処理 (6 歳未満)
- 1 筋肉、臓器に達するもの (長径 2.5 センチメートル未満) 1,250 点
- 2 筋肉、臓器に達するもの (長径 2.5 センチメートル以上 5 センチメートル未満) 1,400 点
- 3 筋肉、臓器に達するもの (長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満) 1,850 点
- 4 筋肉、臓器に達するもの (長径 10 センチメートル以上) 2,860 点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの (長径 2.5 センチメートル未満) 450 点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの (長径 2.5 センチメートル以上 5 センチメートル未満) 500 点
- 7 筋肉、臓器に達しないもの (長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満) 950 点
- 8 筋肉、臓器に達しないもの (長径 10 センチメートル以上) 1,450 点
- 注 1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。
- 2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り 460 点を所定点数に加算する。
- 3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の 1 回に限り 100 点を加算する。

K 0 0 1	皮膚切開術		
	1 長径10センチメートル未満	470点	
	2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820点	
	3 長径20センチメートル以上	1,470点	
K 0 0 2	デブリードマン		
	1 100平方センチメートル未満	1,020点	
	2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990点	
	3 3,000平方センチメートル以上	7,600点	
	注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合においては、5回を限度として算定する。		
	2 注1の場合を除き、当初の1回に限り算定する。		
	3 骨、 ^{けん} 臄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。		
K 0 0 3	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）		
	1 長径3センチメートル未満	3,480点	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	9,180点	
	3 長径6センチメートル以上	17,810点	
K 0 0 4	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	9,480点	
K 0 0 5	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	
K 0 0 6	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）		
	1 長径3センチメートル未満	1,280点	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230点	
	3 長径6センチメートル以上	4,160点	
K 0 0 6-2	鶏眼・ ^{べんち} 胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）		
	1 長径2センチメートル未満	1,660点	
	2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670点	
	3 長径4センチメートル以上	4,360点	
K 0 0 6-3	鶏眼・ ^{べんち} 胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）		
	1 長径3センチメートル未満	1,280点	
	2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230点	
	3 長径6センチメートル以上	4,160点	
K 0 0 6-4	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	
K 0 0 7	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（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、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。		
K 0 0 7-2	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	10,000点	
K 0 0 8	^{えき} 腋臭症手術		
	1 皮弁法	5,730点	
	2 皮膚有毛部切除術	3,000点	
	3 その他のもの（形成）	1,660点	
K 0 0 9	^{はく} 皮膚剝削術		
	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	9,060点	
	4 200平方センチメートル以上	13,640点	
K 0 1 0	^{はん} 癬痕拘縮形成手術		
	1 顔面	12,660点	
	2 その他	8,060点	
K 0 1 1	顔面神経 ^ひ 麻痺形成手術		
	1 静的なもの	19,110点	
	2 動的なもの	58,500点	
K 0 1 2	削除		
K 0 1 3	分層植皮術		
	1 25平方センチメートル未満	3,520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、 ^{けい} 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。		
K 0 1 3-2	全層植皮術		
	1 25平方センチメートル未満	10,000点	
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500点	
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	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、 ^{けい} 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。		

K 0 1 4	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。	
K 0 1 4-2	皮膚移植術（死体）	
	1 200平方センチメートル未満	6,750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	9,000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	13,490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	32,920点
	5 3,000平方センチメートル以上	37,610点
K 0 1 5	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
	1 25平方センチメートル未満	3,760点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440点
	3 100平方センチメートル以上	20,280点
K 0 1 6	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	41,120点
K 0 1 7	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	84,050点
	2 その他の場合	84,050点
K 0 1 8	削除	
K 0 1 9	複合組織移植術	15,210点
K 0 2 0	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	110,700点
K 0 2 1	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	7,080点
K 0 2 1-2	粘膜弁手術	
	1 4平方センチメートル未満	11,600点
	2 4平方センチメートル以上	12,260点
K 0 2 2	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	17,580点
	2 その他の場合	17,580点
K 0 2 2-2	象皮病根治手術	
	1 大腿	27,380点
	2 下腿	19,100点
	第2款 筋骨格系・四肢・体幹	
区分		
	（筋膜、筋、 ^{けん} 腱、 ^{けんしやう} 腱鞘、 ^{けん} 腱、 ^{けん} 腱鞘）	
K 0 2 3	筋膜切離術、筋膜切開術	840点
K 0 2 4	筋切離術	3,080点
K 0 2 5	股関節内転筋切離術	4,410点
K 0 2 6	股関節筋群解離術	12,140点
K 0 2 6-2	股関節周囲筋 ^{けん} 解離術（変形性股関節症）	16,700点
	注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。	

K 0 2 7	筋炎手術	
	1 腸腰筋、殿筋、 ^{たい} 大腿筋	2,060点
	2 その他の筋	1,210点
K 0 2 8	^{けんしやう} 腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）	2,050点
K 0 2 9	筋肉内異物摘出術	2,840点
K 0 3 0	四肢・ ^く 躯幹軟部腫瘍摘出術	
	1 肩、上腕、前腕、 ^{たい} 大腿、 ^{たい} 下腿、 ^く 躯幹	7,390点
	2 手、足	3,750点
K 0 3 1	四肢・ ^く 躯幹軟部悪性腫瘍手術	
	1 肩、上腕、前腕、 ^{たい} 大腿、 ^{たい} 下腿、 ^く 躯幹	20,620点
	2 手、足	12,870点
K 0 3 2	削除	
K 0 3 3	筋膜移植術	
	1 指（手、足）	7,890点
	2 その他のもの	10,310点
K 0 3 4	^{けん} 腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）	4,290点
K 0 3 5	^{けんはく} 腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）	11,430点
K 0 3 5-2	^{けん} 腱滑膜切除術	7,550点
K 0 3 6	削除	
K 0 3 7	^{けん} 腱縫合術	11,320点
K 0 3 7-2	アキレス ^{けん} 腱断裂手術	8,710点
K 0 3 8	^{けん} 腱延長術	10,750点
K 0 3 9	^{けん} 腱移植術（人工 ^{けん} 腱形成術を含む。）	
	1 指（手、足）	13,610点
	2 その他のもの	18,080点
K 0 4 0	^{けん} 腱移行術	
	1 指（手、足）	13,610点
	2 その他のもの	18,080点
K 0 4 0-2	指伸筋 ^{けん} 腱脱臼靱帯的整復術	13,610点
K 0 4 1	削除	
	（四肢骨）	
K 0 4 2	骨 ^{せん} 穿孔術	1,730点
K 0 4 3	骨 ^{そうは} 搔爬術	
	1 肩甲骨、上腕、 ^{たい} 大腿	11,150点
	2 前腕、 ^{たい} 下腿	6,700点
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
K 0 4 3-2	骨関節結核瘻孔摘出術	
	1 肩甲骨、上腕、 ^{たい} 大腿	11,150点
	2 前腕、 ^{たい} 下腿	6,700点
	3 鎖骨、 ^{しつ} 膝蓋骨、手、足その他	3,590点

K 0 4 3—3	骨髓炎手術（骨結核手術を含む。）	
1	肩甲骨、上腕、大腿	11,150点
2	前腕、下腿	6,700点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
K 0 4 4	骨折非観血的整復術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	1,600点
2	前腕、下腿	1,780点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440点
K 0 4 5	骨折経皮的鋼線刺入固定術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	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
K 0 4 6	骨折観血の手術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	18,810点
2	前腕、下腿、手舟状骨	14,810点
3	鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	9,480点
K 0 4 6—2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）	
1	肩甲骨、上腕、大腿	21,710点
2	前腕、下腿	17,090点
3	手、足、指（手、足）	10,940点
K 0 4 7	難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）	12,500点
K 0 4 7—2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500点
K 0 4 7—3	超音波骨折治療法（一連につき）	4,620点
	注 骨折観血の手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	
K 0 4 8	骨内異物（挿入物を含む）除去術	
1	頭蓋、顔面（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
K 0 4 9	骨部分切除術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	5,900点
2	前腕、下腿	4,410点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	3,280点
K 0 5 0	腐骨摘出術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	14,960点
2	前腕、下腿	10,430点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420点
K 0 5 1	骨全摘術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	27,890点
2	前腕、下腿	13,050点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160点
K 0 5 1—2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上）	5,160点
	注 2本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。	

K 0 5 2	骨腫瘍切除術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	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
K 0 5 2—2	多発性軟骨性外骨腫摘出術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	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
K 0 5 2—3	多発性骨腫摘出術	
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
K 0 5 3	骨悪性腫瘍手術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	32,550点
2	前腕、下腿	26,260点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	18,810点
K 0 5 4	骨切り術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210点
2	前腕、下腿	20,620点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	7,930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。	
K 0 5 5	削除	
K 0 5 5—2	大腿骨頭回転骨切り術	44,070点
K 0 5 5—3	大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	37,570点
K 0 5 6	偽関節手術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	28,210点
2	前腕、下腿、手舟状骨	26,030点
3	鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	14,500点
K 0 5 6—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
K 0 5 7	変形治癒骨折矯正手術	
1	肩甲骨、上腕、大腿	31,270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。	
K 0 5 8	骨長調整手術	
1	骨端軟骨発育抑制術	16,340点
2	骨短縮術	14,960点
3	骨延長術（指（手、足））	16,390点
4	骨延長術（指（手、足）以外）	26,700点

K 0 5 9	骨移植術（軟骨移植術を含む。）	
1	自家骨移植	14,030点
2	同種骨移植（生体）	20,770点
3	同種骨移植（非生体）	18,300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。	
K 0 5 9—2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	16,190点
	（四肢関節、靭帯）	
K 0 6 0	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
K 0 6 0—2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	3,600点
K 0 6 0—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
K 0 6 1	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
K 0 6 2	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
K 0 6 3	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
K 0 6 4	先天性股関節脱臼観血的整復術	21,130点
K 0 6 5	関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
1	肩、股、膝	12,430点
2	胸鎖、肘、手、足	4,600点
3	肩鎖、指（手、足）	2,950点
K 0 6 5—2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
1	肩、股、膝	13,950点
2	胸鎖、肘、手、足	12,300点
3	肩鎖、指（手、足）	7,930点
K 0 6 6	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
K 0 6 6—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

K 0 6 6—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
K 0 6 6—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
K 0 6 6—5	膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200点
K 0 6 6—6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030点
K 0 6 6—7	掌指関節滑膜切除術	7,930点
K 0 6 6—8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060点
K 0 6 7	関節鼠 摘出手術	
1	肩、股、膝	13,000点
2	胸鎖、肘、手、足	10,580点
3	肩鎖、指（手、足）	3,970点
K 0 6 7—2	関節鏡下関節鼠 摘出手術	
1	肩、股、膝	17,780点
2	胸鎖、肘、手、足	19,100点
3	肩鎖、指（手、足）	12,000点
K 0 6 8	半月板切除術	9,200点
K 0 6 8—2	関節鏡下半月板切除術	15,090点
K 0 6 9	半月板縫合術	11,200点
K 0 6 9—2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	15,210点
K 0 6 9—3	関節鏡下半月板縫合術	18,810点
K 0 7 0	ガングリオン摘出術	
1	手、足、指（手、足）	3,050点
2	その他（ヒグローム摘出術を含む。）	3,190点
K 0 7 1	削除	
K 0 7 2	関節切除術	
1	肩、股、膝	19,270点
2	胸鎖、肘、手、足	16,070点
3	肩鎖、指（手、足）	5,670点
K 0 7 3	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）	10,370点
K 0 7 3—2	関節鏡下関節内骨折観血的手術	
1	肩、股、膝	25,200点
2	胸鎖、肘、手、足	18,910点
3	肩鎖、指（手、足）	11,970点

K 0 7 4	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
K 0 7 4-2	関節鏡下靱帯断裂縫合術	
1	十字靱帯	21,970点
2	膝側副靱帯	16,510点
3	指(手、足)その他の靱帯	15,720点
K 0 7 5	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
K 0 7 6	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)	8,460点
K 0 7 7	観血的関節制動術	
1	肩、股、膝	27,380点
2	胸鎖、肘、手、足	15,560点
3	肩鎖、指(手、足)	5,550点
K 0 7 8	観血的関節固定術	
1	肩、股、膝	21,640点
2	胸鎖、肘、手、足	18,590点
3	肩鎖、指(手、足)	7,200点
K 0 7 9	靱帯断裂形成手術	
1	十字靱帯	28,210点
2	膝側副靱帯	18,810点
3	指(手、足)その他の靱帯	16,350点
K 0 7 9-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術	
1	十字靱帯	34,980点
2	膝側副靱帯	17,280点
3	指(手、足)その他の靱帯	16,390点
4	内側膝蓋大腿靱帯	17,550点
K 0 8 0	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)	13,740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。	
K 0 8 0-2	内反足手術	25,930点
K 0 8 0-3	肩胛板断裂手術	
1	簡単なもの	18,700点
2	複雑なもの	24,310点

K 0 8 0-4	関節鏡下肩胛板断裂手術	
1	簡単なもの	27,040点
2	複雑なもの	35,150点
K 0 8 0-5	関節鏡下肩関節唇形成術	32,160点
K 0 8 1	人工骨頭挿入術	
1	肩、股	19,500点
2	肘、手、足	18,810点
3	指(手、足)	9,070点
K 0 8 2	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)	13,310点
K 0 8 2-2	人工関節抜去術	
1	肩、股、膝	30,230点
2	胸鎖、肘、手、足	20,620点
3	肩鎖、指(手、足)	13,950点
K 0 8 2-3	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)	19,940点
K 0 8 3	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,510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。	
K 0 8 3-2	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)	
K 0 8 4	四肢切断術	
1	肩甲帯	36,500点
2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	24,320点
3	指(手、足)	3,330点
K 0 8 4-2	肩甲帯離断術	36,500点
K 0 8 5	四肢関節離断術	
1	肩、股、膝	26,030点
2	肘、手、足	11,360点
3	指(手、足)	3,330点
K 0 8 6	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
K 0 8 7	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

K 0 8 8	切断四肢再接合術	
1	四肢	144,680点
2	指(手、足) (手、足)	81,900点
K 0 8 9	爪 ^{そう} 甲除去術	640点
K 0 9 0	ひょう疽 ^も 手術	
1	軟部組織のもの	990点
2	骨、関節のもの	1,280点
K 0 9 0—2	風 ^{きよく} 棘 ^{そう} 手術	990点
K 0 9 1	陥入爪 ^も 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
K 0 9 2	削除	
K 0 9 3	手根管開放手術	4,110点
K 0 9 3—2	関節鏡下手根管開放手術	10,400点
K 0 9 4	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	25,350点
K 0 9 5	削除	
K 0 9 6	手掌、足底 ^{けん} 腱膜 ^{けん} 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
K 0 9 6—2	体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	5,000点
K 0 9 7	手掌、足底異物摘出術	3,190点
K 0 9 8	手掌屈筋 ^{けん} 腱縫合術	11,090点
K 0 9 9	指癒痕拘縮手術	6,880点
K 0 9 9—2	デュピイトレン拘縮手術	
1	1指	10,430点
2	2指から3指	22,480点
3	4指以上	29,740点
K 1 0 0	多指症手術	
1	軟部形成のみのもの	2,640点
2	骨関節、 ^{けん} 腱の形成を要するもの	13,250点
K 1 0 1	合指症手術	
1	軟部形成のみのもの	7,320点
2	骨関節、 ^{けん} 腱の形成を要するもの	13,910点
K 1 0 1—2	指癒着症手術	
1	軟部形成のみのもの	7,320点
2	骨関節、 ^{けん} 腱の形成を要するもの	13,910点
K 1 0 2	巨指症手術	
1	軟部形成のみのもの	8,330点
2	骨関節、 ^{けん} 腱の形成を要するもの	15,390点
K 1 0 3	屈指症手術、斜指症手術	
1	軟部形成のみのもの	11,510点
2	骨関節、 ^{けん} 腱の形成を要するもの	15,390点

K 1 0 4	削除	
K 1 0 5	裂手、裂足手術	25,350点
K 1 0 6	母指化手術	32,370点
K 1 0 7	指移植手術	95,630点
K 1 0 8	母指対立再建術	16,650点
K 1 0 9	神経血管柄付植皮術(手、足)	40,460点
K 1 1 0	第四指短縮症手術	10,790点
K 1 1 0—2	第一指外反症矯正手術	10,790点
K 1 1 1	削除	
	(脊柱、骨盤)	
K 1 1 2	腸骨窩 ^か 膿瘍 ^{のう} 切開術	4,670点
K 1 1 3	腸骨窩 ^か 膿瘍 ^{のう} 搔爬術	11,600点
K 1 1 4	及びK 1 1 5	削除
K 1 1 6	脊椎、骨盤骨搔爬術	15,610点
K 1 1 7	脊椎脱臼 ^{けい} 非観血 ^{けい} の整復術	2,570点
K 1 1 7—2	頸椎非観血 ^{けい} の整復術	2,570点
K 1 1 7—3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570点
K 1 1 8	脊椎、骨盤脱臼 ^{けん} 観血 ^{けん} の手術	28,210点
K 1 1 9	仙腸関節脱臼 ^{けん} 観血 ^{けん} の手術	24,320点
K 1 2 0	恥骨結合離開 ^{けん} 観血 ^{けん} の手術	7,890点
K 1 2 0—2	恥骨結合離開 ^{けん} 非観血 ^{けん} の整復固定術	1,580点
K 1 2 1	骨盤骨折 ^{けん} 非観血 ^{けん} の整復術	2,570点
K 1 2 2	及びK 1 2 3	削除
K 1 2 4	腸骨翼骨折 ^{けん} 観血 ^{けん} の手術	15,760点
K 1 2 5	骨盤骨折 ^{けん} 観血 ^{けん} の手術(腸骨翼骨折を除く。)	29,190点
K 1 2 6	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)	
1	棘突起、腸骨翼	3,150点
2	その他のもの	4,510点
K 1 2 6—2	自家培養軟骨組織採取術	4,510点
K 1 2 7	削除	
K 1 2 8	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770点
K 1 2 9	からK 1 3 1	まで 削除
K 1 3 1—2	内視鏡下椎弓切除術	15,730点
	注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。	
K 1 3 2	削除	
K 1 3 3	黄色靭帯骨化症手術	28,730点
K 1 3 4	椎間板摘出術	
1	前方摘出術	34,810点
2	後方摘出術	23,520点
3	側方摘出術	28,210点
4	経皮的髓核摘出術	15,310点
	注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	

K 1 3 4—2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術	
1	前方摘出術	75,600点
2	後方摘出術	30,390点
K 1 3 5	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33,290点
K 1 3 6	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69,980点
K 1 3 6—2	腫瘍脊椎骨全摘術	93,300点
K 1 3 7	骨盤切断術	48,650点
K 1 3 8	脊椎披裂手術	
1	神経処置を伴うもの	26,700点
2	その他のもの	16,510点
K 1 3 9	脊椎骨切り術	52,460点
K 1 4 0	骨盤骨切り術	33,630点
K 1 4 1	白蓋形成手術	28,220点
K 1 4 1—2	寛骨臼移動術	36,400点
K 1 4 1—3	脊椎制動術	16,810点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 4 2	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）	
1	前方椎体固定	37,240点
2	後方又は後側方固定	29,900点
3	後方椎体固定	37,420点
4	前方後方同時固定	66,590点
5	椎弓切除	12,100点
6	椎弓形成	21,700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椎弓を追加することに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。	
	2 2から4までに掲げる手術の所定点数には、注1の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る5及び6に掲げる手術の所定点数が含まれる。	
K 1 4 2—2	脊椎側彎症手術	
1	固定術	48,650点
2	矯正術	
イ	初回挿入	112,260点
ロ	交換術	48,650点
ハ	伸展術	20,540点
	注 1及び2のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	
K 1 4 2—3	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	101,910点
	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	
K 1 4 2—4	経皮的椎体形成術	19,960点
	注1 複数椎体に行った場合は、1椎体を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎体を超えないものとする。	
	2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

K 1 4 3	仙腸関節固定術	29,190点
K 1 4 4	体外式脊椎固定術	25,800点
	注 固定に伴って使用した保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	第3款 神経系・頭蓋	
通則	本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
区分		
	（頭蓋、脳）	
K 1 4 5	穿頭脳室ドレナージ術	1,940点
K 1 4 6	頭蓋開溝術	14,430点
K 1 4 7	穿頭術（トレパナチオン）	1,840点
K 1 4 8	試験開頭術	15,850点
K 1 4 9	減圧開頭術	
1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	28,210点
2	その他の場合	24,000点
K 1 5 0	脳膿瘍排膿術	21,470点
K 1 5 1	削除	
K 1 5 1—2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060点
K 1 5 2	耳性頭蓋内合併症手術	49,520点
K 1 5 2—2	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	49,520点
K 1 5 3	鼻性頭蓋内合併症手術	45,970点
K 1 5 4	機能的定位脳手術	
1	片側の場合	52,300点
2	両側の場合	78,750点
K 1 5 4—2	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術）	131,630点
K 1 5 4—3	定位脳腫瘍生検術	18,220点
K 1 5 5	脳切截術（開頭して行うもの）	13,620点
K 1 5 6	延髄における脊髄視床路切截術	40,950点
K 1 5 7	三叉神経節後線維切截術	32,280点
K 1 5 8	視神経管開放術	35,150点
K 1 5 9	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）	44,500点
K 1 5 9—2	顔面神経管開放術	44,500点
K 1 6 0	脳神経手術（開頭して行うもの）	37,620点
K 1 6 0—2	頭蓋内微小血管減圧術	43,920点
K 1 6 1	頭蓋骨腫瘍摘出術	23,490点
K 1 6 2	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	31,270点
K 1 6 3	頭蓋骨膜下血腫摘出術	10,460点
K 1 6 4	頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）	
1	硬膜外のもの	36,970点
2	硬膜下のもの	33,790点
3	脳内のもの	47,020点
K 1 6 4—2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900点

K 1 6 4—3	脳血管塞栓（血栓）摘出術	37,560点
K 1 6 4—4	定位的脳内血腫除去術	18,220点
K 1 6 4—5	内視鏡下脳内血腫除去術	33,820点
K 1 6 5	脳内異物摘出術	45,630点
K 1 6 6	脳膿瘍全摘術	36,500点
K 1 6 7	頭蓋内腫瘍 摘出術	61,720点
K 1 6 8	脳切除術	35,150点
K 1 6 9	頭蓋内腫瘍摘出術	
1	松果体部腫瘍	158,100点
2	その他のもの	132,130点
注 1	脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。	
2	原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対し P D T 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、10,000点を所定点数に加算する。	
K 1 7 0	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890点
K 1 7 1	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	83,700点
K 1 7 1—2	内視鏡下経鼻の下垂体腫瘍摘出術	108,470点
K 1 7 2	脳動静脈奇形摘出術	149,830点
K 1 7 3	脳・脳膜脱手術	31,270点
K 1 7 4	水頭症手術	
1	脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）	38,840点
2	シャント手術	24,310点
K 1 7 4—2	髄液シャント抜去術	1,680点
K 1 7 5	脳動脈瘤 被包術	
1	1 箇所	71,320点
2	2 箇所以上	94,040点
K 1 7 6	脳動脈瘤 流入血管クリッピング（開頭して行うもの）	
1	1 箇所	82,730点
2	2 箇所以上	108,200点
K 1 7 7	脳動脈瘤 頸部クリッピング	
1	1 箇所	114,070点
2	2 箇所以上	128,400点
注 1	開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。	
2	頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。	
K 1 7 8	脳血管内手術	
1	1 箇所	63,270点
2	2 箇所以上	81,800点
3	脳血管内ステントを用いるもの	79,850点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

K 1 7 8—2	経皮的脳血管形成術	33,150点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 7 8—3	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術	
1	頭蓋内脳血管の場合	30,230点
2	頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）	18,760点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 1 7 8—4	経皮的脳血栓回収術	30,230点
K 1 7 9	髄液漏閉鎖術	39,380点
K 1 8 0	頭蓋骨形成手術	
1	頭蓋骨のみのもの	16,450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。	
K 1 8 1	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）	
1	片側の場合	59,180点
2	両側の場合	71,350点
K 1 8 1—2	脳刺激装置交換術	14,270点
K 1 8 1—3	頭蓋内電極抜去術	12,880点
K 1 8 1—4	迷走神経刺激装置植込術	22,140点
K 1 8 1—5	迷走神経刺激装置交換術	4,000点
	（脊髄、末梢 神経、交感神経）	
K 1 8 2	神経縫合術	
1	指（手、足）	12,640点
2	その他のもの	24,510点
K 1 8 2—2	神経交差縫合術	
1	指（手、足）	36,320点
2	その他のもの	46,180点
K 1 8 2—3	神経再生誘導術	12,640点
K 1 8 3	脊髄硬膜切開術	23,490点
K 1 8 3—2	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症に対するもの）	23,490点
K 1 8 4	減圧脊髄切開術	24,510点
K 1 8 5	脊髄切截術	35,150点
K 1 8 6	脊髄硬膜内神経切断術	35,150点
K 1 8 7	脊髄視床路切截術	36,840点
K 1 8 8	神経剝離術	
1	鏡視下によるもの	14,170点
2	その他のもの	10,900点
K 1 8 9	脊髄ドレナージ術	340点
K 1 9 0	脊髄刺激装置植込術	40,280点
K 1 9 0—2	脊髄刺激装置交換術	13,610点
K 1 9 0—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	33,750点
K 1 9 0—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	5,070点
K 1 9 0—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	40,280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	59,500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	7,930点
2	股動脈周囲	7,750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	23,660点
2	胸部	16,340点
3	腰部	16,240点
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500点
K196-3	ストッフエル手術	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	涙嚢嚢管閉鎖術	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	兔眼矯正術	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	3,670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	13,610点
3	全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730点

K 2 2 3—2	内眥形成術 ^し	16,730点
K 2 2 4	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	3,650点
K 2 2 5	結膜腫瘍冷凍凝固術	800点
K 2 2 5—2	結膜腫瘍摘出術	6,290点
K 2 2 5—3	結膜肉芽腫摘除術	800点
	(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6	眼窩膿瘍切開術 ^{かのう}	1,390点
K 2 2 7	眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,940点
K 2 2 8	眼窩骨折整復術 ^か	26,520点
K 2 2 9	眼窩内異物除去術(表在性)	8,240点
K 2 3 0	眼窩内異物除去術(深在性)	
	1 視神経周囲、眼窩尖端 ^{か せん}	24,960点
	2 その他	13,310点
K 2 3 1 及び K 2 3 2	削除	
K 2 3 3	眼窩内容除去術 ^か	16,980点
K 2 3 4	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	6,770点
K 2 3 5	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	45,230点
K 2 3 6	眼窩悪性腫瘍手術 ^か	51,940点
K 2 3 7	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	17,700点
	(眼球、眼筋)	
K 2 3 8	削除	
K 2 3 9	眼球内容除去術	5,110点
K 2 4 0	削除	
K 2 4 1	眼球摘出術	3,670点
K 2 4 2	斜視手術	
	1 前転法	4,280点
	2 後転法	4,200点
	3 前転法及び後転法の併施	10,970点
	4 斜筋手術	9,970点
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300点
K 2 4 3	義眼台包埋術	6,680点
K 2 4 4	眼筋移動術	19,330点
K 2 4 5	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	7,330点
	(角膜、強膜)	
K 2 4 6	角膜・強膜縫合術	2,980点
K 2 4 7	削除	
K 2 4 8	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980点
K 2 4 8—2	顕微鏡下角膜抜糸術	950点
K 2 4 9	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術 ^{しやく}	990点
K 2 5 0	角膜切開術	990点
K 2 5 1	削除	
K 2 5 2	角膜・強膜異物除去術	640点

K 2 5 3	削除	
K 2 5 4	治療の角膜切除術	
	1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	10,000点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
	2 その他のもの	2,650点
K 2 5 5	強角膜癭孔閉鎖術 ^{ほう}	10,010点
K 2 5 6	角膜潰瘍結膜被覆術	2,650点
K 2 5 7	角膜表層除去併用結膜被覆術	6,920点
K 2 5 8	削除	
K 2 5 9	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。	
K 2 6 0	強膜移植術	18,810点
K 2 6 0—2	羊膜移植術	6,750点
K 2 6 1	角膜形成手術	3,060点
K 2 6 2	削除	
	(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4	削除	
K 2 6 5	虹彩腫瘍切除術	14,600点
K 2 6 6	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26,780点
K 2 6 7	削除	
K 2 6 8	緑内障手術	
	1 虹彩切除術	4,740点
	2 流出路再建術	19,020点
	3 濾過手術 ^ろ	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
K 2 6 9	虹彩整復・瞳孔形成術	4,730点
K 2 7 0	虹彩光凝固術	6,620点
K 2 7 1	毛様体光凝固術	4,670点
K 2 7 2	毛様体冷凍凝固術	2,160点
K 2 7 3	隅角光凝固術	8,970点
	(眼房、網膜)	
K 2 7 4	前房、虹彩内異物除去術	8,800点
K 2 7 5	網膜復位術	34,940点
K 2 7 6	網膜光凝固術	
	1 通常のもの(一連につき)	10,020点
	2 その他特殊なもの(一連につき)	15,960点
K 2 7 7	網膜冷凍凝固術	15,750点
K 2 7 7—2	黄斑下手術	47,150点

(水晶体、硝子体)	
K 2 7 8	硝子体注入・吸引術 1,900点
K 2 7 9	硝子体切除術 15,560点
K 2 8 0	硝子体茎頭微鏡下離断術
1	網膜付着組織を含むもの 38,950点
2	その他のもの 29,720点
K 2 8 0—2	網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの) 47,780点
K 2 8 1	増殖性硝子体網膜症手術 54,860点
K 2 8 1—2	網膜再建術 69,880点
K 2 8 2	水晶体再建術
1	眼内レンズを挿入する場合
イ	縫着レンズを挿入するもの 17,440点
ロ	その他のもの 12,100点
2	眼内レンズを挿入しない場合 7,430点
3	計画的後囊切開を伴う場合 18,150点
K 2 8 2—2	後発白内障手術 1,380点
K 2 8 3	削除
K 2 8 4	硝子体置換術 6,890点
	第5款 耳鼻咽喉
区分	
(外耳)	
K 2 8 5	耳介血腫開窓術 380点
K 2 8 6	外耳道異物除去術
1	単純なもの 220点
2	複雑なもの 710点
K 2 8 7	先天性耳瘻管摘出術 3,900点
K 2 8 8	副耳(介)切除術 2,240点
K 2 8 9	耳茸摘出術 830点
K 2 9 0	外耳道骨増生(外骨腫)切除術 7,670点
K 2 9 0—2	外耳道骨腫切除術 7,670点
K 2 9 1	耳介腫瘍摘出術 4,730点
K 2 9 2	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。) 6,330点
K 2 9 3	耳介悪性腫瘍手術 16,390点
K 2 9 4	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。) 30,420点
K 2 9 5	耳後瘻孔閉鎖術 3,340点
K 2 9 6	耳介形成手術
1	耳介軟骨形成を要するもの 14,570点
2	耳介軟骨形成を要しないもの 8,910点
K 2 9 7	外耳道形成手術 15,550点
K 2 9 8	外耳道造設術・閉鎖症手術 29,410点
K 2 9 9	小耳症手術
1	軟骨移植による耳介形成手術 56,140点
2	耳介挙上 12,290点

(中耳)	
K 3 0 0	鼓膜切開術 690点
K 3 0 1	鼓室開放術 6,070点
K 3 0 2	上鼓室開放術 8,620点
K 3 0 3	上鼓室乳突洞開放術 17,910点
K 3 0 4	乳突洞開放術(アントロトミー) 8,850点
K 3 0 5	乳突削開術 17,750点
K 3 0 6	錐体部手術 33,120点
K 3 0 7	削除
K 3 0 8	耳管内チューブ挿入術 1,420点
K 3 0 8—2	耳管狭窄(びん)ビニール管挿入術 1,420点
K 3 0 9	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術 2,670点
K 3 1 0	乳突充填術 6,230点
K 3 1 1	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき) 1,580点
K 3 1 2	鼓膜鼓室肉芽切除術 3,020点
K 3 1 3	中耳、側頭骨腫瘍摘出術 33,970点
K 3 1 4	中耳悪性腫瘍手術
1	切除 35,490点
2	側頭骨摘出術 68,640点
K 3 1 5	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術 9,900点
K 3 1 6	S状洞血栓(静脈炎)手術 22,480点
K 3 1 7	中耳根治手術 30,760点
K 3 1 8	鼓膜形成手術 18,100点
K 3 1 9	鼓室形成手術 42,770点
K 3 2 0	アブミ骨摘出術・可動化手術 32,140点
(内耳)	
K 3 2 1	内耳開窓術 31,970点
K 3 2 2	経迷路的内耳道開放術 64,930点
K 3 2 3	内リンパ嚢開放術 28,210点
K 3 2 4	削除
K 3 2 5	迷路摘出術
1	部分摘出(膜迷路摘出術を含む。) 24,510点
2	全摘出 38,890点
K 3 2 6	削除
K 3 2 7	内耳窓閉鎖術 23,250点
K 3 2 8	人工内耳植込術 40,810点
K 3 2 8—2	植込型骨導補聴器移植術 8,850点
K 3 2 8—3	植込型骨導補聴器交換術 1,840点
(鼻)	
K 3 2 9	鼻中隔膿瘍切開術 620点
K 3 3 0	鼻中隔血腫切開術 820点
K 3 3 1	鼻腔粘膜焼灼術 900点
K 3 3 1—2	下甲介粘膜焼灼術 900点
K 3 3 1—3	下甲介粘膜レーザー焼灼術(両側) 2,910点

K 3 3 2	削除	
K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術	2,130点
K 3 3 3—2	鼻骨脱臼整復術	1,640点
K 3 3 3—3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640点
K 3 3 4	鼻骨骨折観血の手術	5,720点
K 3 3 4—2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	19,100点
K 3 3 5	鼻中隔骨折観血の手術	2,740点
K 3 3 5—2	上顎洞鼻内手術（ツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	2,740点
K 3 3 5—3	上顎洞鼻外手術	2,740点
K 3 3 6	鼻内異物摘出術	690点
K 3 3 7	鼻前庭嚢胞摘出術	4,150点
K 3 3 8	鼻甲介切除術	
	1 高周波電気凝固法によるもの	900点
	2 その他のもの	1,820点
K 3 3 8—2	削除	
K 3 3 9	粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,960点
K 3 4 0	鼻茸 摘出術	1,090点
K 3 4 0—2	出血性鼻茸 摘出術	6,860点
K 3 4 0—3	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）	3,600点
K 3 4 0—4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）	10,000点
	注 自家腸骨片を充填した場合は3,150点を加算する。	
K 3 4 0—5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	24,500点
K 3 4 0—6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）	31,990点
K 3 4 0—7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	40,000点
K 3 4 1	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510点
K 3 4 2	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	14,110点
K 3 4 3	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
	1 切除	20,870点
	2 全摘	42,470点
K 3 4 4	経鼻腔的翼突管神経切除術	26,530点
K 3 4 5	萎縮性鼻炎手術（両側）	18,250点
K 3 4 6	後鼻孔閉鎖症手術	
	1 単純なもの（膜性閉鎖）	3,640点
	2 複雑なもの（骨性閉鎖）	27,040点
K 3 4 7	鼻中隔矯正術	6,860点
K 3 4 7—2	変形外鼻手術 （副鼻腔）	16,390点
K 3 4 8	削除	
K 3 4 9	上顎洞開窓術	1,300点
K 3 5 0	前頭洞充填術	11,000点
K 3 5 1	上顎洞血瘤 腫手術	13,520点
K 3 5 2	上顎洞根治手術	6,660点
K 3 5 2—2	鼻内上顎洞根治手術	3,330点
K 3 5 2—3	副鼻腔炎術後後出血止血法	6,660点
K 3 5 3	鼻内篩骨洞根治手術	4,170点

K 3 5 4	篩骨洞根治手術	7,780点
K 3 5 5	鼻内前頭洞根治手術	4,830点
	注 自家腸骨片を充填した場合は3,150点を加算する。	
K 3 5 6	削除	
K 3 5 6—2	鼻外前頭洞手術	16,290点
K 3 5 7	鼻内蝶形洞根治手術	3,190点
K 3 5 8	上顎洞篩骨洞根治手術	9,430点
K 3 5 9	前頭洞篩骨洞根治手術	9,410点
K 3 6 0	篩骨洞蝶形洞根治手術	9,410点
K 3 6 1	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	10,530点
K 3 6 2	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	11,760点
K 3 6 3	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440点
K 3 6 4	汎副鼻腔根治手術	14,500点
K 3 6 5	経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210点
K 3 6 6	削除	
	（咽頭、扁桃）	
K 3 6 7	咽後膿瘍切開術	1,900点
K 3 6 8	扁桃周囲膿瘍切開術	1,830点
K 3 6 9	咽頭異物摘出術	
	1 簡単なもの	420点
	2 複雑なもの	2,100点
K 3 7 0	アデノイド切除術	1,600点
K 3 7 1	上咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	4,460点
	2 経鼻腔によるもの	5,060点
	3 経副鼻腔によるもの	8,270点
	4 外切開によるもの	15,080点
K 3 7 1—2	上咽頭ポリープ摘出術	
	1 経口腔によるもの	4,460点
	2 経鼻腔によるもの	5,060点
	3 経副鼻腔によるもの	8,270点
	4 外切開によるもの	15,080点
K 3 7 2	中咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	2,710点
	2 外切開によるもの	14,430点
K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術	
	1 経口腔によるもの	7,290点
	2 外切開によるもの	14,820点
K 3 7 4	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	28,970点
K 3 7 5	鼻咽腔線維腫手術	
	1 切除	8,030点
	2 摘出	31,430点
K 3 7 5—2	鼻咽腔閉鎖術	21,630点

K 3 7 6	上咽頭悪性腫瘍手術	28,210点
K 3 7 7	口蓋扁桃手術	
1	切除	1,430点
2	摘出	3,600点
K 3 7 8	舌扁桃切除術	1,230点
K 3 7 9	副咽頭間隙腫瘍摘出術	
1	経頸部によるもの	26,000点
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	48,000点
K 3 7 9—2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	
1	経頸部によるもの	39,000点
2	経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	75,000点
K 3 8 0	過長茎状突起切除術	5,880点
K 3 8 1	上咽頭形成手術	10,110点
K 3 8 2	咽頭瘻閉鎖術	12,770点
K 3 8 2—2	咽頭皮膚瘻孔閉鎖術 (喉頭、気管)	12,770点
K 3 8 3	喉頭切開・截開術	13,420点
K 3 8 4	喉頭膿瘍切開術	2,140点
K 3 8 4—2	深頸部膿瘍切開術	4,000点
K 3 8 5	喉頭浮腫乱切術	2,040点
K 3 8 6	気管切開術	2,570点
K 3 8 7	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860点
K 3 8 8	喉頭粘膜下異物挿入術	3,630点
K 3 8 8—2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410点
K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術	
1	間接喉頭鏡によるもの	2,990点
2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300点
K 3 9 0	喉頭異物摘出術	
1	直達鏡によらないもの	2,920点
2	直達鏡によるもの	5,250点
K 3 9 1	気管異物除去術	
1	直達鏡によるもの	5,320点
2	開胸手術によるもの	37,690点
K 3 9 2	喉頭蓋切除術	3,190点
K 3 9 2—2	喉頭蓋嚢腫摘出術	3,190点
K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術	
1	間接喉頭鏡によるもの	3,420点
2	直達鏡によるもの	4,310点
K 3 9 4	喉頭悪性腫瘍手術	
1	切除	38,800点
2	全摘	52,220点
K 3 9 5	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	113,880点

K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,040点
K 3 9 6—2	気管縫合術	1,040点
K 3 9 7	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	13,390点
K 3 9 8	喉頭狭窄症手術	
1	前方開大術	21,290点
2	前壁形成手術	20,450点
3	Tチューブ挿入術	11,700点
K 3 9 9	気管狭窄症手術	32,620点
K 4 0 0	喉頭形成手術	
1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750点
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510点
K 4 0 1	気管口狭窄拡大術	2,690点
K 4 0 2	縦隔気管口形成手術	76,040点
K 4 0 3	気管形成手術(管状気管、気管移植等)	
1	頸部からのもの	43,430点
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040点
K 4 0 3—2	嚥下機能手術	
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	28,210点
4	喉頭全摘術	28,210点
第6款 顔面・口腔・頸部		
区分		
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)		
K 4 0 4	抜歯手術(1歯につき)	
1	乳歯	130点
2	前歯	150点
3	臼歯	260点
4	難抜歯	470点
注 歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。		
5	埋伏歯	1,050点
注 完全埋伏歯(骨性)及び水平智歯に限り算定する。下顎の完全埋伏智歯(骨性)及び水平埋伏智歯の場合は、100点を加算する。		
注 抜歯と同時に歯槽骨の整形等の費用を含むものとする。		
K 4 0 5	削除	
K 4 0 6	口蓋腫瘍摘出術	
1	口蓋粘膜に限局するもの	520点
2	口蓋骨に及ぶもの	8,050点
K 4 0 7	顎・口蓋裂形成手術	
1	軟口蓋のみのもの	14,520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	29,040点

K 4 0 7—2	軟口蓋形成手術 (口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	9,700点
K 4 0 8	口腔底膿瘍切開術	700点
K 4 0 9	口腔底腫瘍摘出術	6,800点
K 4 1 0	口腔底悪性腫瘍手術	24,050点
K 4 1 1	頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
K 4 1 2	頬粘膜悪性腫瘍手術	22,490点
K 4 1 3	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
K 4 1 4	舌根甲状腺腫瘍摘出術	8,520点
K 4 1 4—2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,520点
K 4 1 5	舌悪性腫瘍手術	
	1 切除	18,810点
	2 亜全摘	64,160点
K 4 1 6 及び K 4 1 7	削除	
K 4 1 8	舌形成手術(巨舌症手術)	7,590点
K 4 1 8—2	舌繫痕痕性短縮矯正術	2,650点
K 4 1 9	頬、口唇、舌小帯形成手術	560点
K 4 2 0	削除 (顔面)	
K 4 2 1	口唇腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	3,050点
K 4 2 2	口唇悪性腫瘍手術	28,210点
K 4 2 3	頬腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	4,380点
K 4 2 4	頬悪性腫瘍手術	17,900点
K 4 2 5	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100点
K 4 2 6	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	22,140点
K 4 2 6—2	口唇裂形成手術(両側)	
	1 口唇のみの場合	18,810点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	33,290点
	(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7	頬骨骨折観血的整復術	15,090点
K 4 2 7—2	頬骨変形治癒骨折矯正術	35,100点

K 4 2 8	下顎骨折非観血的整復術	1,240点
	注 三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。	
K 4 2 9	下顎骨折観血的手術	
	1 片側	13,000点
	2 両側	24,840点
K 4 2 9—2	下顎関節突起骨折観血的手術	
	1 片側	28,210点
	2 両側	47,020点
K 4 3 0	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
K 4 3 1	顎関節脱臼観血的手術	23,830点
K 4 3 2	上顎骨折非観血的整復術	1,570点
K 4 3 3	上顎骨折観血的手術	15,220点
K 4 3 4	顔面多発骨折観血的手術	34,520点
K 4 3 4—2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	41,420点
K 4 3 5	術後性上顎嚢胞摘出術	6,660点
K 4 3 6	顎骨腫瘍摘出術	
	1 長径3センチメートル未満	2,820点
	2 長径3センチメートル以上	11,160点
K 4 3 7	下顎骨部分切除術	14,940点
K 4 3 8	下顎骨離断術	23,600点
K 4 3 9	下顎骨悪性腫瘍手術	
	1 切除	32,550点
	2 切断	43,410点
K 4 4 0	上顎骨切除術	15,310点
K 4 4 1	上顎骨全摘術	33,120点
K 4 4 2	上顎骨悪性腫瘍手術	
	1 掻爬	7,640点
	2 切除	28,210点
	3 全摘	56,130点
K 4 4 3	上顎骨形成術	
	1 単純な場合	21,130点
	2 複雑な場合及び2次の再建の場合	41,370点
	3 骨移動を伴う場合	72,900点
	注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K 4 4 4	下顎骨形成術	
	1 おとがい形成の場合	6,490点
	2 短縮又は伸長の場合	22,310点
	3 再建の場合	36,080点
	4 骨移動を伴う場合	54,210点
	注 1 2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。	
	2 4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
K 4 4 4—2	下顎骨延長術	
	1 片側	22,310点
	2 両側	33,460点
K 4 4 5	顎関節形成術	40,870点

K 4 4 6	顎関節授動術	
1	徒手の授動術（パンピングを併用した場合）	990点
2	顎関節鏡下授動術	7,310点
3	開放授動術	22,820点
K 4 4 7	顎関節円板整位術	
1	顎関節鏡下円板整位術	18,810点
2	開放円板整位術（唾液腺）	27,300点
K 4 4 8	がま腫切開術	820点
K 4 4 9	唾液腺膿瘍切開術	900点
K 4 5 0	唾石摘出術（一連につき）	
1	表在性のもの	640点
2	深在性のもの	3,770点
3	腺体内に存在するもの	6,550点
	注 2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
K 4 5 1	がま腫摘出術	5,950点
K 4 5 2	舌下腺腫瘍摘出術	5,990点
K 4 5 3	顎下腺腫瘍摘出術	9,480点
K 4 5 4	顎下腺摘出術	9,670点
K 4 5 5	顎下腺悪性腫瘍手術	28,210点
K 4 5 6	削除	
K 4 5 7	耳下腺腫瘍摘出術	
1	耳下腺浅葉摘出術	27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	31,100点
K 4 5 8	耳下腺悪性腫瘍手術	
1	切除	28,210点
2	全摘	37,620点
K 4 5 9	唾液腺管形成手術	11,360点
K 4 6 0	唾液腺管移動術	
1	上顎洞内へのもの	11,360点
2	結膜嚢内へのもの（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））	14,070点
K 4 6 1	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術	
1	片葉のみの場合	8,480点
2	両葉の場合	10,760点
K 4 6 2	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	20,800点
K 4 6 3	甲状腺悪性腫瘍手術	
1	切除	24,180点
2	全摘及び亜全摘	30,810点
K 4 6 4	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	
1	副甲状腺（上皮小体）摘出術	15,680点
2	副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植）	33,790点
K 4 6 5	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）	39,000点

	（その他の頸部）	
K 4 6 6	斜角筋切断術	3,760点
K 4 6 7	頸癭、頸嚢摘出術	11,430点
K 4 6 8	頸筋切除術	10,580点
K 4 6 9	頸部郭清術	
1	片側	20,960点
2	両側	28,900点
K 4 7 0	頸部悪性腫瘍手術	35,830点
K 4 7 1	筋性斜頸手術	3,720点
	第7款 胸部	
	区分	
	（乳腺）	
K 4 7 2	乳腺膿瘍切開術	820点
K 4 7 3	削除	
K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	
1	長径5センチメートル未満	2,660点
2	長径5センチメートル以上	6,730点
K 4 7 4-2	乳管腺葉区域切除術	12,820点
K 4 7 4-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）	6,240点
K 4 7 5	乳房切除術	6,040点
K 4 7 5-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040点
K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術	
1	単純乳房切除術（乳腺全摘術）	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
注1	放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、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。	
注2	放射線同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
K 4 7 6-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350点
K 4 7 6-3	動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）	
1	一次的に行うもの	42,710点
2	二次的に行うもの	53,560点
K 4 7 6-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	25,000点
	（胸壁）	
K 4 7 7	胸壁膿瘍切開術	700点
K 4 7 8	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	7,460点

K 4 7 9	削除	
K 4 8 0	胸壁冷膿瘍手術	7,670点
K 4 8 0—2	流注膿瘍切開搔爬術	7,670点
K 4 8 1	肋骨骨折観血的手術	7,830点
K 4 8 2	肋骨切除術	
1	第 1 肋骨	16,900点
2	その他の肋骨	4,300点
K 4 8 3	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	12,120点
K 4 8 4	胸壁悪性腫瘍摘出術	
1	胸壁形成手術を併施するもの	47,860点
2	その他のもの	28,210点
K 4 8 4—2	胸骨悪性腫瘍摘出術	
1	胸壁形成手術を併施するもの	43,750点
2	その他のもの	28,210点
K 4 8 5	胸壁腫瘍摘出術	12,960点
K 4 8 6	胸壁瘻手術	23,520点
K 4 8 7	漏斗胸手術	
1	胸骨拳上法によるもの	28,210点
2	胸骨翻転法によるもの	33,970点
3	胸腔鏡によるもの	39,260点
	(胸腔、胸膜)	
K 4 8 8	試験開胸術	10,800点
K 4 8 8—2	試験的開胸開腹術	17,380点
K 4 8 8—3	胸腔鏡下試験開胸術	13,500点
K 4 8 8—4	胸腔鏡下試験切除術	13,500点
K 4 8 9 から K 4 9 2 まで	削除	
K 4 9 3	骨膜外、胸膜外充填術	23,520点
K 4 9 4	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	15,350点
K 4 9 5	削除	
K 4 9 6	醸膿胸膜、胸膜肺胝切除術	
1	1 肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340点
2	1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150点
K 4 9 6—2	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜肺胝切除術	51,850点
K 4 9 6—3	胸膜外肺剥皮術	
1	1 肺葉に相当する範囲以内のもの	26,340点
2	1 肺葉に相当する範囲を超えるもの	33,150点
K 4 9 6—4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	32,690点
K 4 9 7	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	38,610点
K 4 9 7—2	膿胸腔有茎大網充填術	49,650点
K 4 9 8	胸郭形成手術(膿胸手術の場合)	
1	肋骨切除を主とするもの	42,020点
2	胸膜肺胝切除を併施するもの	49,200点
K 4 9 9	胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	15,830点

K 5 0 0	削除	
K 5 0 1	乳糜胸手術	12,530点
K 5 0 1—2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	12,530点
K 5 0 1—3	胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)	15,230点
	(縦隔)	
K 5 0 2	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	37,000点
K 5 0 2—2	縦隔切開術	
1	頸部からのもの、経食道によるもの	6,390点
2	経胸腔によるもの、経腹によるもの	20,050点
K 5 0 2—3	胸腔鏡下縦隔切開術	26,750点
K 5 0 2—4	拡大胸腺摘出術	31,710点
	注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。	
K 5 0 2—5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950点
	注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。	
K 5 0 3	縦隔郭清術	37,010点
K 5 0 4	縦隔悪性腫瘍手術	
1	単純摘出	37,000点
2	広汎摘出	56,020点
K 5 0 4—2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950点
	(気管支、肺)	
K 5 0 5 及び K 5 0 6	削除	
K 5 0 7	肺膿瘍切開排膿術	28,210点
K 5 0 8	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	10,150点
K 5 0 8—2	気管・気管支ステント留置術	
1	硬性鏡によるもの	9,360点
2	軟性鏡によるもの	8,960点
K 5 0 9	気管支異物除去術	
1	直達鏡によるもの	9,260点
2	開胸手術によるもの	45,650点
K 5 0 9—2	気管支肺胞洗浄術	4,800点
	注 成人の肺胞蛋白症に対して治療の目的で行われた場合に限り算定する。	
K 5 0 9—3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	10,000点
K 5 0 9—4	気管支瘻孔閉鎖術	4,560点
K 5 1 0	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700点
K 5 1 0—2	光線力学療法	
1	早期肺がん(0 期又は 1 期に限る。)に対するもの	8,710点
2	その他のもの	8,710点
K 5 1 0—3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8,710点
K 5 1 1	肺切除術	
1	楔状部分切除	23,520点
2	区域切除(1 肺葉に満たないもの)	58,430点
3	肺葉切除	58,350点

	4 複合切除（1肺葉を超えるもの）	64,850点
	5 1側肺全摘	59,830点
	6 気管支形成を伴う肺切除	76,230点
K 5 1 2	削除	
K 5 1 3	胸腔鏡下肺切除術	
	1 肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの）	39,830点
	2 その他のもの	58,950点
K 5 1 3—2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	58,950点
K 5 1 3—3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	58,950点
K 5 1 3—4	胸腔鏡下肺縫縮術	53,130点
K 5 1 4	肺悪性腫瘍手術	
	1 部分切除	60,350点
	2 区域切除	69,250点
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640点
	4 肺全摘	72,640点
	5 隣接臓器合併切除を伴う肺切除	78,400点
	6 気管支形成を伴う肺切除	80,460点
	7 気管分岐部切除を伴う肺切除	124,860点
	8 気管分岐部再建を伴う肺切除	127,130点
	9 胸膜肺全摘	92,000点
	注 9については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。	
K 5 1 4—2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	
	1 部分切除	60,170点
	2 区域切除	72,640点
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	92,000点
K 5 1 4—3	移植用肺採取術（死体 ⅸ 両側）	63,200点
	注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 5 1 4—4	同種死体肺移植術	119,000点
	注1 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 両側肺を移植した場合には、45,000点を加算する。	
K 5 1 4—5	移植用部分肺採取術（生体）	52,680点
	注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 5 1 4—6	生体部分肺移植術	100,980点
	注1 生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
	2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 5 1 5	肺剥皮術	29,640点
K 5 1 6	気管支瘻閉鎖術	59,170点
K 5 1 7	肺縫縮術	23,520点
K 5 1 8	気管支形成手術	
	1 楔状切除術	64,030点
	2 輪状切除術	66,010点
K 5 1 9	先天性気管狭窄症手術	146,950点

	(食道)	
K 5 2 0	食道縫合術（穿孔、損傷）	
	1 頸部手術	17,070点
	2 開胸手術	28,210点
	3 開腹手術	17,750点
K 5 2 1	食道周囲膿瘍切開誘導術	
	1 開胸手術	26,030点
	2 胸骨切開によるもの	16,900点
	3 その他のもの（頸部手術を含む。）	6,600点
K 5 2 2	食道狭窄拡張術	
	1 内視鏡によるもの	9,450点
	2 食道ブジー法	2,950点
	3 拡張用バルーンによるもの	12,480点
	注 短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。	
K 5 2 2—2	食道ステント留置術	6,300点
K 5 2 2—3	食道空置バイパス作成術	54,020点
K 5 2 3	食道異物摘出術	
	1 頸部手術によるもの	25,350点
	2 開胸手術によるもの	28,210点
	3 開腹手術によるもの	27,720点
K 5 2 4	食道憩室切除術	
	1 頸部手術によるもの	22,480点
	2 開胸によるもの	31,430点
K 5 2 4—2	胸腔鏡下食道憩室切除術	34,130点
K 5 2 5	食道切除再建術	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040点
	2 胸部、腹部の操作によるもの	69,690点
	3 腹部の操作によるもの	51,420点
K 5 2 5—2	胸壁外皮膚管形成吻合術	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	77,040点
	2 胸部、腹部の操作によるもの	69,690点
	3 腹部の操作によるもの	51,420点
	4 バイパスのみ作成する場合	45,230点
K 5 2 5—3	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施するもの）	69,690点
K 5 2 6	食道腫瘍摘出術	
	1 内視鏡によるもの	8,480点
	2 開胸又は開腹手術によるもの	34,140点
	3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250点
K 5 2 6—2	内視鏡的食道粘膜切除術	
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840点
	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100点
K 5 2 6—3	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	11,490点

K 5 2 7	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）	
1	頸部食道の場合	47,530点
2	胸部食道の場合	56,950点
K 5 2 8	先天性食道閉鎖症根治手術	64,820点
K 5 2 8—2	先天性食道狭窄症根治手術	51,220点
K 5 2 9	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	
1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540点
2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490点
3	腹部の操作によるもの	69,840点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。	
K 5 2 9—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
K 5 3 0	食道アカラシア形成手術	32,710点
K 5 3 0—2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500点
K 5 3 1	食道切除後2次の再建術	
1	皮弁形成によるもの	43,920点
2	消化管利用によるもの	54,960点
K 5 3 2	食道・胃静脈瘤手術	
1	血行遮断術を主とするもの	34,240点
2	食道離断術を主とするもの	37,620点
K 5 3 2—2	食道静脈瘤手術（開腹）	34,240点
K 5 3 2—3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	38,340点
K 5 3 3	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	8,990点
K 5 3 3—2	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術（横隔膜）	8,990点
K 5 3 4	横隔膜縫合術	
1	経胸又は経腹	27,890点
2	経胸及び経腹	37,620点
K 5 3 4—2	横隔膜レラクスチオ手術	
1	経胸又は経腹	27,890点
2	経胸及び経腹	37,620点
K 5 3 4—3	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術	31,990点
K 5 3 5	胸腹裂孔ヘルニア手術	
1	経胸又は経腹	26,870点
2	経胸及び経腹	35,490点
K 5 3 6	後胸骨ヘルニア手術	27,380点
K 5 3 7	食道裂孔ヘルニア手術	
1	経胸又は経腹	27,380点
2	経胸及び経腹	34,810点
K 5 3 7—2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180点

第8款 心・脈管

区分

（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）

K 5 3 8	心膜縫合術	9,180点
K 5 3 8—2	心筋縫合止血術（外傷性）	11,800点
K 5 3 9	心膜切開術	9,420点
K 5 3 9—2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240点
K 5 3 9—3	胸腔鏡下心膜開窓術	16,060点
K 5 4 0	収縮性心膜炎手術	51,650点
K 5 4 1	試験開心術	24,700点
K 5 4 2	心腔内異物除去術	39,270点
K 5 4 3	心房内血栓除去術	39,270点
K 5 4 4	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	
1	単独のもの	60,600点
2	冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの	77,770点
3	冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	91,910点
K 5 4 5	開胸心臓マッサージ	9,400点
K 5 4 6	経皮的冠動脈形成術	
1	急性心筋梗塞に対するもの	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。	
K 5 4 7	経皮的冠動脈粥 腫切除術	23,950点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 4 8	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
1	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	24,500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	24,500点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 4 9	経皮的冠動脈ステント留置術	
1	急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2	不安定狭心症に対するもの	24,380点
3	その他のもの	21,680点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 0	冠動脈内血栓溶解療法	17,410点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 0—2	経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 1	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）	
1	1箇所のもの	76,550点
2	2箇所以上のもの	79,860点
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	
1	1吻合のもの	71,570点
2	2吻合以上のもの	89,250点
	注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	

K 5 5 2—2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	
1	1 吻合のもの	71,570点
2	2 吻合以上のもの	91,350点
	注 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
K 5 5 3	心室瘤 切除術（梗塞切除を含む。）	
1	1 単独のもの	63,390点
2	2 冠動脈血行再建術（1 吻合）を伴うもの	80,060点
3	3 冠動脈血行再建術（2 吻合以上）を伴うもの	100,200点
K 5 5 3—2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	
1	1 単独のもの	114,300点
2	2 冠動脈血行再建術（1 吻合）を伴うもの	147,890点
3	3 冠動脈血行再建術（2 吻合以上）を伴うもの	167,180点
K 5 5 4	弁形成術	
1	1 弁のもの	79,860点
2	2 弁のもの	93,170点
3	3 弁のもの	106,480点
K 5 5 5	弁置換術	
1	1 弁のもの	85,500点
2	2 弁のもの	100,200点
3	3 弁のもの	114,510点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 5 5—2	経皮的動脈弁置換術	37,430点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 6	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940点
K 5 5 6—2	経皮的動脈弁拡張術	37,430点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 5 7	大動脈弁上狭窄手術	71,570点
K 5 5 7—2	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	78,260点
K 5 5 7—3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129,380点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 5 7—4	ダムス・ケー・スタンセル（DKS）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	115,750点
K 5 5 8	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	192,920点
K 5 5 9	閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450点
K 5 5 9—2	経皮的僧帽弁拡張術	34,930点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 6 0	大動脈瘤 切除術（吻合又は移植を含む。）	
1	1 上行大動脈	
イ	イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510点
ロ	ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820点
ハ	ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点
ニ	ニ その他のもの	100,200点

2	2 弓部大動脈	114,510点
3	3 上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
イ	イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370点
ロ	ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790点
ハ	ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580点
ニ	ニ その他のもの	171,760点
4	4 下行大動脈	89,250点
5	5 胸腹部大動脈	249,750点
6	6 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	59,080点
7	7 腹部大動脈（その他のもの）	52,000点
	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術	
1	1 胸部大動脈	56,560点
2	2 腹部大動脈	49,440点
3	3 腸骨動脈	43,830点
K 5 6 2	動脈管開存症手術	
1	1 経皮的動脈管開存閉鎖術	16,510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	2 動脈管開存閉鎖術（直視下）	22,000点
K 5 6 2—2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400点
K 5 6 3	肺動脈絞扼術	39,410点
K 5 6 4	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150点
K 5 6 5	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	71,550点
K 5 6 6	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストーン手術）	44,670点
K 5 6 7	大動脈縮窄（離断）症手術	
1	1 単独のもの	57,250点
2	2 心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200点
3	3 複雑心奇形手術を伴うもの	173,620点
K 5 6 7—2	経皮的動脈形成術	37,430点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 5 6 8	大動脈肺動脈中隔欠損症手術	
1	1 単独のもの	80,840点
2	2 心内奇形手術を伴うもの	97,690点
K 5 6 9	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	90,120点
K 5 7 0	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1	1 肺動脈弁切開術（単独のもの）	32,500点
2	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点
K 5 7 0—2	経皮的肺動脈弁拡張術	31,280点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 0—3	経皮的肺動脈形成術	31,280点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	

K 5 7 1	肺静脈還流異常症手術	
1	部分肺静脈還流異常	50,970点
2	総肺静脈還流異常	
	イ 心臓型	109,310点
	ロ その他のもの	129,310点
K 5 7 2	肺静脈形成術	58,930点
K 5 7 3	心房中隔欠損作成術	
1	経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンド法)	11,660点
2	心房中隔欠損作成術	33,540点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 4	心房中隔欠損閉鎖術	
1	単独のもの	39,130点
2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130点
K 5 7 4-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 7 5	三心房心手術	68,940点
K 5 7 6	心室中隔欠損閉鎖術	
1	単独のもの	52,320点
2	肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830点
3	大動脈弁形成を伴うもの	66,060点
4	右室流出路形成を伴うもの	71,570点
K 5 7 7	バルサルバ洞動脈瘤手術	
1	単独のもの	71,570点
2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880点
K 5 7 8	右室二腔症手術	80,490点
K 5 7 9	不完全型房室中隔欠損症手術	
1	心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	60,330点
2	心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060点
K 5 7 9-2	完全型房室中隔欠損症手術	
1	心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350点
2	ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920点
K 5 8 0	ファロー四徴症手術	
1	右室流出路形成術を伴うもの	71,000点
2	末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060点
K 5 8 1	肺動脈閉鎖症手術	
1	単独のもの	100,200点
2	ラステリ手術を伴うもの	173,620点
3	巨大側副血管術を伴うもの	231,500点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 8 2	両大血管右室起始症手術	
1	単独のもの	85,880点
2	右室流出路形成を伴うもの	128,820点
3	心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシヒ・ピング奇形手術)	192,920点

K 5 8 3	大血管転位症手術	
1	心房内血流転換手術(マスタート・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。	
K 5 8 4	修正大血管転位症手術	
1	心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790点
2	根治手術(ダブルスイッチ手術)	201,630点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 8 5	総動脈幹症手術	143,860点
K 5 8 6	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
1	両方向性グレン手術	71,570点
2	フォンタン手術	85,880点
3	心室中隔造成術	181,350点
	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 8 7	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	179,310点
K 5 8 8	冠動静脈瘻閉胸的遮断術	53,240点
K 5 8 9	冠動脈起始異常症手術	85,880点
K 5 9 0	心室憩室切除術	76,710点
K 5 9 1	心臓脱手術	113,400点
K 5 9 2	肺動脈塞栓除去術	48,880点
K 5 9 2-2	肺動脈血栓内膜摘除術	135,040点
K 5 9 3	肺静脈血栓除去術	39,270点
K 5 9 4	不整脈手術	
1	副伝導路切断術	89,250点
2	心室頻拍症手術	147,890点
3	メイズ手術	98,640点
K 5 9 5	経皮的カテーテル心筋焼灼術	
1	心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	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。	
K 5 9 5-2	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	体外ペースメーカー術	3,370点	K605	移植用心採取術	62,720点
K597	ペースメーカー移植術			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。	
	1 心筋電極の場合	15,060点	K605-2	同種心移植術	192,920点
	2 経静脈電極の場合	9,520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。	
K597-2	ペースメーカー交換術	4,000点	K605-3	移植用心肺採取術	100,040点
K597-3	植込型心電図記録計移植術	1,260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。	
K597-4	植込型心電図記録計摘出術	840点	K605-4	同種心肺移植術	286,010点
K598	両心室ペースメーカー移植術	31,510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。	
K598-2	両心室ペースメーカー交換術	5,000点		(動脈)	
K599	植込型除細動器移植術	31,510点	K606	血管露出術	530点
K599-2	植込型除細動器交換術	6,000点	K607	血管結紮術	
K599-3	両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術	32,000点		1 開胸又は開腹を伴うもの	10,550点
	注 両室ペースメーカー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。			2 その他のもの	3,130点
K599-4	両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術	6,000点	K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130点
	注 両室ペースメーカー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。		K607-3	上腕動脈表在化法	5,000点
K599-5	経静脈電極除去術(レーザーシースを用いるもの)	28,600点	K608	動脈血栓除去術	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。			1 開胸又は開腹を伴うもの	28,560点
K600	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			2 その他のもの(観血的なもの)	11,180点
	1 初日	8,780点	K608-2	外シャント血栓除去術	1,680点
	2 2日目以降	3,680点	K608-3	内シャント血栓除去術	3,130点
	注 挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		K609	動脈血栓内膜摘出術	
K601	人工心肺(1日につき)			1 大動脈に及ぶもの	40,950点
	1 初日	24,500点		2 内頸動脈	43,880点
	2 2日目以降	3,000点		3 その他のもの	25,860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。)		K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	34,740点
	2 初日に選択的冠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。			注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	3 カニューレーション料は、所定点数に含まれるものとする。			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。	
K602	経皮的心肺補助法(1日につき)		K610	動脈形成術、吻合術	
	1 初日	11,100点		1 頭蓋内動脈	81,720点
	2 2日目以降	3,120点		2 胸腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790点
K603	補助人工心臓(1日につき)			3 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790点
	1 初日	54,370点		4 指(手、足)の動脈	15,340点
	2 2日目以降30日目まで	5,000点		5 その他の動脈	18,080点
	3 31日目以降	4,000点	K610-2	脳新生血管造成術	52,550点
K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)		K610-3	内シャント又は外シャント設置術	18,080点
	1 初日(1日につき)	58,500点	K610-4	四肢の血管吻合術	18,080点
	2 2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000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
	3 31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000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	
	4 91日目以降(1月につき)	6,000点		1 開腹して設置した場合	17,940点
K604-2	植込型補助人工心臓(非拍動流型)			2 四肢に設置した場合	16,250点
	1 初日(1日につき)	58,500点		3 頭頸部その他に設置した場合	16,640点
	2 2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000点	K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760点
	3 31日目以降90日目まで(1日につき)	2,780点	K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	31,840点
	4 91日目以降(1日につき)	1,500点		注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	

K 6 1 4	血管移植術、バイパス移植術	
1	大動脈	70,700点
2	胸腔内動脈	64,050点
3	腹腔内動脈	56,560点
4	頭、頸部動脈	55,050点
5	下腿、足部動脈	62,670点
6	その他の動脈	30,290点
K 6 1 5	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）	
1	止血術	19,260点
2	選択的動脈化学塞栓術	18,220点
3	その他のもの	16,930点
K 6 1 5-2	経皮的動脈遮断術	1,390点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6	四肢の血管拡張術・血栓除去術	20,540点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 6-2	頸動脈球摘出術	10,800点
K 6 1 6-3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 1 6-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	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。 （静脈）	
K 6 1 7	下肢静脈瘤 手術	
1	抜去切除術	10,200点
2	硬化療法（一連として）	1,720点
3	高位結紮術	3,130点
K 6 1 7-2	大伏在静脈抜去術	11,020点
K 6 1 7-3	静脈瘤 切除術（下肢以外）	1,820点
K 6 1 7-4	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。	
K 6 1 7-5	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。	
K 6 1 8	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	
1	四肢に設置した場合	10,500点
2	頭頸部その他に設置した場合	10,800点
	注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を加算する。	
	2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。	
K 6 1 9	静脈血栓摘出術	
1	開腹を伴うもの	22,070点
2	その他のもの（観血的なもの）	13,100点
K 6 1 9-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100点
K 6 2 0	下大静脈フィルター留置術	10,160点
K 6 2 0-2	下大静脈フィルター除去術	6,190点

K 6 2 1	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	40,650点
K 6 2 2	胸腔内頸静脈吻合術	37,620点
K 6 2 3	静脈形成術、吻合術	
1	胸腔内静脈	25,200点
2	腹腔内静脈	25,200点
3	その他の静脈	16,140点
K 6 2 3-2	脾腎静脈吻合術 （リンパ管、リンパ節）	21,220点
K 6 2 4	削除	
K 6 2 5	リンパ管腫摘出術	
1	長径5センチメートル未満	10,910点
2	長径5センチメートル以上	16,390点
K 6 2 6	リンパ節摘出術	
1	長径3センチメートル未満	1,200点
2	長径3センチメートル以上	2,880点
K 6 2 6-2	リンパ節膿瘍切開術	910点
K 6 2 7	リンパ節群郭清術	
1	顎下部又は舌下部（浅在性）	9,060点
2	頸部（深在性）	18,250点
3	鎖骨上窩及び下窩	12,050点
4	腋窩	17,750点
5	胸骨旁	18,250点
6	鼠径部及び股部	7,370点
7	後腹膜	37,620点
8	骨盤	24,360点
K 6 2 7-2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	28,460点
K 6 2 7-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	26,460点
	注 泌尿器がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 7-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	39,720点
	注 精巣がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。	
K 6 2 8	リンパ管吻合術 第9款 腹部	34,450点
区分		
	（腹壁、ヘルニア）	
K 6 2 9	削除	
K 6 3 0	腹壁膿瘍切開術	1,270点
K 6 3 1	腹壁瘻手術	
1	腹壁に局限するもの	1,820点
2	腹腔に通ずるもの	8,390点
K 6 3 2	腹壁腫瘍摘出術	
1	形成手術を必要としない場合	4,310点
2	形成手術を必要とする場合	11,210点

K 6 3 3	ヘルニア手術		
1	腹壁癒痕ヘルニア	8,450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	8,590点	
8	骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）	18,810点	
9	内ヘルニア	18,810点	
K 6 3 3-2	腹腔鏡下ヘルニア手術		
1	腹壁癒痕ヘルニア	13,770点	
2	大腿ヘルニア	15,460点	
K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） （腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）	22,960点	
K 6 3 5	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	3,470点	
K 6 3 5-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730点	
K 6 3 5-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000点	
K 6 3 6	試験開腹術	5,550点	
K 6 3 6-2	ダメージコントロール手術	9,370点	
K 6 3 6-3	腹腔鏡下試験開腹術	11,320点	
K 6 3 6-4	腹腔鏡下試験切除術	11,320点	
K 6 3 7	限局性腹腔膿瘍手術		
1	横隔膜下膿瘍	10,690点	
2	ダグラス窩膿瘍	5,710点	
3	虫垂周囲膿瘍	5,340点	
4	その他のもの	8,330点	
K 6 3 7-2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	10,800点	
K 6 3 8	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290点	
K 6 3 9	急性汎発性腹膜炎手術	12,000点	
K 6 3 9-2	結核性腹膜炎手術	12,000点	
K 6 3 9-3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	16,460点	
K 6 4 0	腸間膜損傷手術		
1	縫合、修復のみのもの	10,390点	
2	腸管切除を伴うもの	24,440点	
K 6 4 1	大網切除術	8,720点	
K 6 4 2	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術		
1	腸切除を伴わないもの	11,910点	
2	腸切除を伴うもの	28,210点	
K 6 4 2-2	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	32,310点	
K 6 4 2-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310点	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510点	
K 6 4 3-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610点	
K 6 4 4	臍腸管瘻手術		
1	腸管切除を伴わないもの	5,260点	
2	腸管切除を伴うもの	18,280点	
K 6 4 5	骨盤内臓全摘術 （胃、十二指腸）	120,980点	
K 6 4 6	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	11,360点	
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	12,190点	
K 6 4 7-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	22,460点	
K 6 4 8	胃切開術	9,970点	
K 6 4 9	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	11,800点	
K 6 4 9-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	15,900点	
K 6 5 0	削除		
K 6 5 1	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210点	
K 6 5 2	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）	11,530点	
K 6 5 3	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術		
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,460点	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	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	
K 6 5 3-2	食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）	3,200点	
K 6 5 3-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200点	
K 6 5 3-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460点	
K 6 5 3-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480点	
K 6 5 4	内視鏡的消化管止血術	4,600点	
K 6 5 4-2	胃局所切除術	11,530点	
K 6 5 4-3	腹腔鏡下胃局所切除術		
1	内視鏡処置を併施するもの	26,500点	
2	その他のもの	20,400点	
K 6 5 5	胃切除術		
1	単純切除術	28,210点	
2	悪性腫瘍手術	55,870点	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。		
K 6 5 5-2	腹腔鏡下胃切除術		
1	単純切除術	34,950点	
2	悪性腫瘍手術	64,120点	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。		
K 6 5 5-3	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	26,910点	
K 6 5 5-4	噴門側胃切除術		
1	単純切除術	40,170点	
2	悪性腫瘍切除術	71,630点	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。		

K 6 5 5—5	腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1	単純切除術	44,270点
2	悪性腫瘍切除術	75,730点
K 6 5 6	胃縮小術	28,210点
K 6 5 6—2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	36,410点
K 6 5 7	胃全摘術	
1	単純全摘術	50,920点
2	悪性腫瘍手術	69,840点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 7—2	腹腔鏡下胃全摘術	
1	単純全摘術	64,740点
2	悪性腫瘍手術	83,090点
	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 8	削除	
K 6 5 9	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)	
1	単独のもの	13,600点
2	ドレナージを併施するもの	19,000点
3	胃切除術を併施するもの	37,620点
K 6 5 9—2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術(幹迷切)	21,780点
K 6 6 0	食道下部迷走神経選択的切除術	
1	単独のもの	19,500点
2	ドレナージを併施するもの	28,210点
3	胃切除術を併施するもの	37,620点
K 6 6 0—2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	31,310点
K 6 6 1	胃冠状静脈結紮及び切除術	17,400点
K 6 6 2	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600点
K 6 6 2—2	腹腔鏡下胃腸吻合術	17,700点
K 6 6 3	十二指腸空腸吻合術	13,400点
K 6 6 4	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	6,070点
K 6 6 4—2	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	14,610点
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術	12,040点
K 6 6 5—2	胃瘻除去術	2,000点
K 6 6 6	幽門形成術(粘膜外幽門筋切断術を含む。)	10,500点
K 6 6 6—2	腹腔鏡下幽門形成術	17,060点
K 6 6 7	噴門形成術	15,440点
K 6 6 7—2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620点
K 6 6 7—3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	15,190点
K 6 6 8	胃横断術(静脈瘤手術)	28,210点
	(胆嚢、胆道)	
K 6 6 9	胆管切開術	12,460点
K 6 7 0	胆嚢切開結石摘出術	11,800点

K 6 7 1	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)	
1	胆嚢摘出を含むもの	28,210点
2	胆嚢摘出を含まないもの	24,440点
K 6 7 1—2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術	
1	胆嚢摘出を含むもの	35,470点
2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610点
K 6 7 2	胆嚢摘出術	20,960点
K 6 7 2—2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500点
K 6 7 3	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	37,620点
K 6 7 4	総胆管拡張症手術	41,320点
	注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 6 7 5	胆嚢悪性腫瘍手術	
1	胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	38,910点
2	肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	47,370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	209,520点
K 6 7 6	削除	
K 6 7 7	胆管悪性腫瘍手術	72,390点
K 6 7 7—2	肝門部胆管悪性腫瘍手術	
1	血行再建あり	180,990点
2	血行再建なし	101,090点
K 6 7 8	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300点
K 6 7 9	胆嚢胃(腸)吻合術	11,580点
K 6 8 0	総胆管胃(腸)吻合術	28,210点
K 6 8 1	胆嚢外瘻造設術	9,420点
K 6 8 2	胆管外瘻造設術	
1	開腹によるもの	12,300点
2	経皮経肝によるもの	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2—2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800点
	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2—3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)	10,800点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 8 2—4	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿瘍に対するもの)	21,320点
K 6 8 3	削除	
K 6 8 4	先天性胆道閉鎖症手術	60,000点
K 6 8 5	内視鏡的胆道結石除去術	
1	胆道碎石術を伴うもの	11,920点
2	その他のもの	8,320点
K 6 8 6	内視鏡的胆道拡張術	13,820点
K 6 8 7	内視鏡的乳頭切開術	
1	乳頭括約筋切開のみのもの	11,270点
2	胆道碎石術を伴うもの	24,550点

K 6 8 8	内視鏡的胆道ステント留置術	11,540点
K 6 8 9	経皮経肝胆管ステント挿入術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 (肝)	12,270点
K 6 9 0	肝縫合術	17,400点
K 6 9 1	肝膿瘍切開術 1 開腹によるもの 2 開胸によるもの	11,860点 12,520点
K 6 9 1-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	10,800点
K 6 9 2	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,520点
K 6 9 2-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	28,210点
K 6 9 3	肝内結石摘出術(開腹)	28,210点
K 6 9 4	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	28,210点
K 6 9 5	肝切除術 1 部分切除 2 亜区域切除 3 外側区域切除 4 1区域切除(外側区域切除を除く。) 5 2区域切除 6 3区域切除以上のもの 7 2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	36,340点 46,130点 46,130点 49,750点 76,210点 97,050点 126,230点
K 6 9 5-2	腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 2 外側区域切除	59,680点 74,880点
K 6 9 6	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	28,210点
K 6 9 7	肝内胆管外瘻造設術 1 開腹によるもの 2 経皮経肝によるもの	18,810点 10,800点
K 6 9 7-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として) 1 腹腔鏡によるもの 2 その他のもの	18,710点 17,410点
K 6 9 7-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として) 1 2センチメートル以内のもの イ 腹腔鏡によるもの ロ その他のもの 2 2センチメートルを超えるもの イ 腹腔鏡によるもの ロ その他のもの	16,300点 15,000点 23,260点 21,960点
K 6 9 7-4	移植用部分肝採取術(生体) 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。	72,000点

K 6 9 7-5	生体部分肝移植術 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。	145,610点
K 6 9 7-6	移植用肝採取術(死体) 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。	86,700点
K 6 9 7-7	同種死体肝移植術 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。 (臍)	193,060点
K 6 9 8	急性臍炎手術 1 感染性壊死部切除を伴うもの 2 その他のもの	49,390点 28,210点
K 6 9 9	臍結石手術 1 臍切開によるもの 2 経十二指腸乳頭によるもの	28,210点 28,210点
K 6 9 9-2	体外衝撃波臍石破砕術(一連につき) 注 破砕した臍石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的臍石除去加算として、一連につき1回に限り5,640点を所定点数に加算する。	19,300点
K 7 0 0	臍中央切除術	53,560点
K 7 0 1	臍破裂縫合術	22,080点
K 7 0 2	臍体尾部腫瘍切除術 1 臍尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合 イ 脾同時切除の場合 ロ 脾温存の場合 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合 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 4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	24,000点 21,750点 46,880点 52,730点 55,870点
K 7 0 2-2	腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術	47,250点
K 7 0 3	臍頭部腫瘍切除術 1 臍頭十二指腸切除術の場合 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臍頭切除術の場合 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 4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	77,950点 83,810点 83,810点 128,230点
K 7 0 4	臍全摘術	91,990点
K 7 0 5	臍嚢胞胃(腸)吻合術	28,210点
K 7 0 6	臍管空腸吻合術	37,620点
K 7 0 7	臍嚢胞外瘻造設術 1 内視鏡によるもの 2 開腹によるもの	18,370点 12,460点

K 7 0 8	膵管外瘻造設術	18,810点
K 7 0 8-2	膵管誘導手術	18,810点
K 7 0 8-3	内視鏡的膵管ステント留置術	22,240点
K 7 0 9	膵瘻閉鎖術	28,210点
K 7 0 9-2	移植用膵採取術（死体）	63,310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。	
K 7 0 9-3	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。	
K 7 0 9-4	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。	
K 7 0 9-5	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）	
K 7 1 0	脾縫合術（部分切除を含む。）	24,410点
K 7 1 1	脾摘出術	28,210点
K 7 1 1-2	腹腔鏡下脾摘出術 （空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）	37,060点
K 7 1 2	破裂腸管縫合術	10,400点
K 7 1 3	腸切開術	9,650点
K 7 1 4	腸管癒着症手術	12,010点
K 7 1 4-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	20,650点
K 7 1 5	腸重積症整復術	
	1 非観血的なもの	4,490点
	2 観血的なもの	6,040点
K 7 1 6	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
K 7 1 6-2	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
K 7 1 7	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）	18,810点
K 7 1 8	虫垂切除術	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880点
K 7 1 8-2	腹腔鏡下虫垂切除術	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	11,470点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	18,380点
K 7 1 9	結腸切除術	
	1 小範囲切除	22,140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

K 7 1 9-2	腹腔鏡下結腸切除術	
	1 小範囲切除、結腸半側切除	42,680点
	2 全切除、亜全切除	51,750点
K 7 1 9-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51,750点
K 7 1 9-4	ピックレル氏手術	13,700点
K 7 1 9-5	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術	42,510点
K 7 2 0	結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（開腹によるもの）	16,610点
K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	
	1 長径2センチメートル未満	5,000点
	2 長径2センチメートル以上	7,000点
K 7 2 1-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	
	1 長径2センチメートル未満	5,000点
	2 長径2センチメートル以上	7,000点
K 7 2 1-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360点
K 7 2 1-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370点
K 7 2 2	小腸結腸内視鏡的止血術	10,390点
K 7 2 3	削除	
K 7 2 4	腸吻合術	9,330点
K 7 2 5	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140点
K 7 2 5-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	12,080点
K 7 2 6	人工肛門造設術	7,980点
K 7 2 7	腹壁外腸管前置術	8,340点
K 7 2 8	腸狭窄部切開縫合術	11,220点
K 7 2 9	腸閉鎖症手術	
	1 腸管切除を伴わないもの	12,190点
	2 腸管切除を伴うもの	28,210点
K 7 2 9-2	多発性小腸閉鎖症手術	47,020点
K 7 2 9-3	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	32,310点
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術	
	1 腸管切除を伴わないもの	11,580点
	2 腸管切除を伴うもの	17,900点
K 7 3 1	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
K 7 3 2	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
K 7 3 3	盲腸縫縮術	4,400点
K 7 3 4	腸回転異常症手術	18,810点
K 7 3 4-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	22,910点
K 7 3 5	先天性巨大結腸症手術	50,830点
K 7 3 5-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	11,090点
K 7 3 5-3	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	9,100点	K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360点
K736	人工肛門形成術		K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750点
	1 開腹を伴うもの	10,030点	K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750点
	2 その他のもの	3,670点	K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110点
	(直腸)		K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050点
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,610点	K746	痔瘻根治手術	
K738	直腸異物除去術			1 単純なもの	3,750点
	1 経肛門(内視鏡によるもの)	6,700点		2 複雑なもの	7,470点
	2 開腹によるもの	11,530点	K746-2	高位直腸瘻手術	8,120点
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)		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
	1 経肛門	4,010点	K748	肛門悪性腫瘍手術	
	2 経括約筋	9,940点		1 切除	28,210点
	3 経腹及び経肛	18,810点		2 直腸切断を伴うもの	70,680点
K739-2	経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	26,100点	K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630点
K739-3	低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)	16,700点	K750	肛門括約筋形成手術	
K740	直腸切除・切断術			1 瘻痕切除又は縫縮によるもの	3,990点
	1 切除術	42,850点		2 組織置換によるもの	23,660点
	2 低位前方切除術	66,300点	K751	鎖肛手術	
	3 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	69,840点		1 肛門膜状閉鎖切開	2,100点
	4 切断術	77,120点		2 会陰式	18,810点
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			3 仙骨会陰式	35,270点
	1 切除術	75,460点		4 腹会陰、腹仙骨式	62,660点
	2 低位前方切除術	83,930点	K751-2	仙尾部奇形腫手術	42,680点
	3 切断術	83,930点	K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	70,140点
K740-3	削除		K752	肛門形成手術	
K741	直腸狭窄形成手術	28,210点		1 肛門狭窄形成手術	5,210点
K742	直腸脱手術			2 直腸粘膜脱形成手術	7,710点
	1 経会陰によるもの	8,410点	K753	毛巣囊、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680点
	2 直腸挙上固定を行うもの	10,900点		第10款 尿路系・副腎	
	3 骨盤底形成を行うもの	18,810点	区分		
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620点		(副腎)	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	25,810点	K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210点
	(肛門、その周辺)		K754-2	腹腔鏡下副腎摘出術	40,100点
K743	痔核手術(脱肛を含む。)		K754-3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390点
	1 硬化療法	1,380点	K755	副腎腫瘍摘出術	
	2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	4,010点		1 皮質腫瘍	35,830点
	3 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390点		2 髓質腫瘍(褐色細胞腫)	42,930点
	4 根治手術	5,190点	K755-2	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	47,030点
	5 PPH	11,260点	K756	副腎悪性腫瘍手術	47,020点
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380点	K756-2	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120点
K743-3	脱肛根治手術	5,360点		(腎、腎盂)	
			K757	腎破裂縫合術	37,620点
			K757-2	腎破裂手術	38,270点

K 7 5 8	腎周 ^{のう} 膿瘍切開術	3,480点
K 7 5 9	腎切半術	37,620点
K 7 6 0	癒合腎離断術	47,020点
K 7 6 1	腎被膜剥離術 (除神経術を含む。)	10,660点
K 7 6 2	腎固定術	10,350点
K 7 6 3	腎切石術	27,550点
K 7 6 4	経皮的尿路結石除去術 (経皮的腎 ^{ろう} 瘻造設術を含む。)	32,800点
K 7 6 5	経皮的腎盂腫瘍切除術 (経皮的腎 ^{ろう} 瘻造設術を含む。)	33,040点
K 7 6 6	経皮的尿管拡張術 (経皮的腎 ^{ろう} 瘻造設術を含む。)	13,000点
K 7 6 7	腎盂切石術	27,210点
K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき)	19,300点
K 7 6 9	腎部分切除術	32,620点
K 7 6 9-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930点
K 7 6 9-3	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900点
K 7 7 0	腎嚢胞切除縮小術	11,580点
K 7 7 0-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,850点
K 7 7 0-3	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	20,360点
K 7 7 1	経皮的腎嚢胞 ^{のう} 穿刺術	1,490点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 7 7 2	腎摘出術	17,680点
K 7 7 2-2	腹腔鏡下腎摘出術	54,250点
K 7 7 2-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240点
K 7 7 3	腎 (尿管) 悪性腫瘍手術	42,770点
K 7 7 3-2	腹腔鏡下腎 (尿管) 悪性腫瘍手術	64,720点
K 7 7 3-3	腹腔鏡下小切開腎 (尿管) 悪性腫瘍手術	49,870点
K 7 7 3-4	腎腫瘍凝固・焼灼 ^{しやく} 術 (冷凍凝固によるもの)	52,800点
K 7 7 4	削除	
K 7 7 5	経皮的腎 (腎盂) 瘻造設術	13,860点
K 7 7 6	腎 (腎盂) 皮膚瘻閉鎖術	25,350点
K 7 7 7	腎 (腎盂) 腸瘻閉鎖術	28,210点
K 7 7 8	腎盂形成手術	33,120点
K 7 7 8-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	51,600点
K 7 7 9	移植用腎採取術 (生体)	35,700点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 7 9-2	移植用腎採取術 (死体)	43,400点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 7 9-3	腹腔鏡下移植用腎採取術 (生体)	51,850点
	注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	

K 7 8 0	同種死体腎移植術	98,770点
	注 1 臓器の移植に関する法律 (平成 9 年法律第 104 号) に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植腎の提供のために要する費用として、40,000 点を加算する。	
	2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K 7 8 0-2	生体腎移植術	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)	
K 7 8 1	経尿道的尿路結石除去術	
	1 レーザーによるもの	22,270点
	2 その他のもの	14,800点
K 7 8 1-2	ピンハンマー式尿路結石破砕術	7,770点
K 7 8 2	尿管切石術	
	1 上部及び中部	10,310点
	2 膀胱近接部	15,310点
K 7 8 3	経尿道的尿管狭窄拡張術	20,930点
K 7 8 3-2	経尿道的尿管ステント留置術	3,400点
K 7 8 3-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,300点
K 7 8 4	残存尿管摘出術	18,810点
K 7 8 4-2	尿管剥離術	18,810点
K 7 8 5	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	21,420点
K 7 8 5-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040点
K 7 8 6	尿管膀胱吻合術	19,370点
K 7 8 7	尿管尿管吻合術	27,210点
K 7 8 8	尿管腸吻合術	17,070点
K 7 8 9	尿管腸膀胱吻合術	40,390点
K 7 9 0	尿管皮膚瘻造設術	12,910点
K 7 9 1	尿管皮膚瘻閉鎖術	25,860点
K 7 9 2	尿管腸瘻閉鎖術	36,840点
K 7 9 3	尿管腔瘻閉鎖術	28,210点
K 7 9 4	尿管口形成手術	16,580点
K 7 9 4-2	経尿道的尿管瘻 ^{ろう} 切除術	15,500点
	(膀胱)	
K 7 9 5	膀胱破裂閉鎖術	11,170点
K 7 9 6	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300点
K 7 9 7	膀胱内凝血除去術	2,980点
K 7 9 8	膀胱結石、異物摘出術	
	1 経尿道的手術	8,320点
	2 膀胱高位切開術	3,150点
K 7 9 8-2	経尿道的尿管凝血除去術 (バスケットワイヤーカテーテル使用)	8,320点
K 7 9 9	膀胱壁切除術	9,260点
K 8 0 0	膀胱憩室切除術	9,060点

K 8 0 0—2	経尿道的電気凝固術	9,060点
K 8 0 0—3	膀胱水圧拡張術	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。	
K 8 0 1	膀胱単純摘除術	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	48,650点
2	その他のもの	44,790点
K 8 0 2	膀胱腫瘍摘出術	10,610点
K 8 0 2—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	16,860点
K 8 0 2—3	膀胱後腫瘍摘出術	
1	腸管切除を伴わないもの	11,100点
2	腸管切除を伴うもの	21,700点
K 8 0 2—4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710点
K 8 0 2—5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	14,710点
K 8 0 2—6	腹腔鏡下膀胱脱手術	34,980点
	注 メッシュを使用した場合に算定する。	
K 8 0 3	膀胱悪性腫瘍手術	
1	切除	29,190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
K 8 0 3—2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	89,380点
K 8 0 3—3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	87,380点
K 8 0 4	尿管摘出術	10,950点
K 8 0 4—2	腹腔鏡下尿管摘出術	15,050点
K 8 0 5	膀胱瘻造設術	3,530点
K 8 0 6	膀胱皮膚瘻閉鎖術	7,870点
K 8 0 7	膀胱腔瘻閉鎖術	25,180点
K 8 0 8	膀胱腸瘻閉鎖術	25,180点
K 8 0 9	膀胱子宮瘻閉鎖術	33,800点
K 8 0 9—2	膀胱尿管逆流手術	23,520点
K 8 0 9—3	腹腔鏡下膀胱内手術	32,000点
K 8 1 0	ポアリー氏手術	35,150点
K 8 1 1	腸管利用膀胱拡大術	41,910点

K 8 1 2	回腸（結腸）導管造設術	43,100点
K 8 1 2—2	排泄腔外反症手術	
1	外反膀胱閉鎖術	64,030点
2	膀胱腸裂閉鎖術（尿道）	103,710点
K 8 1 3	尿道周囲膿瘍切開術	1,160点
K 8 1 4	外尿道口切開術	1,010点
K 8 1 5	尿道結石、異物摘出術	
1	前部尿道	2,180点
2	後部尿道	5,250点
K 8 1 6	外尿道腫瘍切除術	2,180点
K 8 1 7	尿道悪性腫瘍摘出術	
1	摘出	27,550点
2	内視鏡による場合	20,110点
3	尿路変更を行う場合	54,060点
K 8 1 8	尿道形成手術	
1	前部尿道	17,030点
2	後部尿道	37,700点
K 8 1 9	尿道下裂形成手術	33,790点
K 8 1 9—2	陰茎形成術	33,790点
K 8 2 0	尿道上裂形成手術	39,000点
K 8 2 1	尿道狭窄内視鏡手術	15,040点
K 8 2 1—2	尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点
K 8 2 1—3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 8 2 2	女子尿道脱手術	7,560点
K 8 2 3	尿失禁手術	
1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	23,510点
2	その他のもの	20,680点
K 8 2 3—2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	23,320点
	注 コラーゲン注入手術に伴って使用したコラーゲンの費用は、所定点数に含まれるものとする。	
K 8 2 3—3	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）	23,320点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 8 2 3—4	腹腔鏡下尿失禁手術	32,440点
K 8 2 3—5	人工尿道括約筋植込・置換術	23,920点
	第11款 性器	
区分		
	（陰茎）	
K 8 2 4	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130点
K 8 2 5	陰茎全摘術	16,630点
K 8 2 6	陰茎切断術	5,850点
K 8 2 6—2	陰茎折症手術	8,550点
K 8 2 6—3	陰茎様陰核形成手術	5,850点

K 8 2 7	陰茎悪性腫瘍手術	
1	陰茎切除	18,590点
2	陰茎全摘	36,500点
K 8 2 8	包茎手術	
1	背面切開術	740点
2	環状切除術	2,040点
K 8 2 8-2	陰茎持続勃起症手術	
1	亀頭—陰茎海绵体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	4,060点
2	その他のシャント術によるもの (陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	18,600点
K 8 2 9	精管切断、切除術(両側)	2,550点
K 8 3 0	精巣摘出術	2,770点
K 8 3 0-2	精巣外傷手術	
1	陰囊内血腫除去術	3,200点
2	精巣白膜縫合術	3,400点
K 8 3 1 及び K 8 3 1-2	削除	
K 8 3 2	精巣上体摘出術	4,200点
K 8 3 3	精巣悪性腫瘍手術	10,290点
K 8 3 4	精索静脈瘤手術	2,480点
K 8 3 4-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	18,590点
K 8 3 5	陰囊水腫手術	
1	交通性陰囊水腫手術	3,620点
2	その他	2,290点
K 8 3 6	停留精巣固定術	8,470点
K 8 3 6-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術	31,770点
K 8 3 7	精管形成手術	11,310点
K 8 3 8	精索捻転手術	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,810点
2	その他のもの (精囊、前立腺)	8,230点
K 8 3 9	前立腺膿瘍切開術	2,770点
K 8 4 0	前立腺被膜下摘出術	15,920点
K 8 4 1	経尿道的前立腺手術	
1	電解質溶液利用のもの	20,400点
2	その他のもの	18,500点
K 8 4 1-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	
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
K 8 4 1-3	経尿道的前立腺高温治療(一連につき)	5,000点
K 8 4 1-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000点
K 8 4 2	削除	
K 8 4 3	前立腺悪性腫瘍手術	41,080点
K 8 4 3-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	77,430点
K 8 4 3-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	59,780点

	(外陰、会陰)	
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	780点
K 8 4 5	処女膜切開術	790点
K 8 4 6	処女膜切除術	980点
K 8 4 7	輪状処女膜切除術	2,230点
K 8 4 8	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760点
K 8 4 9	女子外生殖器腫瘍摘出術	2,340点
K 8 5 0	女子外生殖器悪性腫瘍手術	
1	切除	29,190点
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	54,020点
K 8 5 0-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	23,830点
K 8 5 1	会陰形成手術	
1	筋層に及ばないもの	2,330点
2	筋層に及ぶもの	5,760点
K 8 5 1-2	外陰・腔血腫除去術	1,600点
K 8 5 1-3	癒合陰唇形成手術	
1	筋層に及ばないもの	2,330点
2	筋層に及ぶもの	5,760点
	(腔)	
K 8 5 2	腔壁裂創縫合術(分娩時を除く。)	
1	前又は後壁裂創	2,760点
2	前後壁裂創	5,410点
3	腔円蓋に及ぶ裂創	8,280点
4	直腸裂傷を伴うもの	31,940点
K 8 5 3	腔閉鎖術	
1	中央腔閉鎖術(子宮全脱)	6,370点
2	その他	2,580点
K 8 5 4	腔式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230点
K 8 5 4-2	後腔円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230点
K 8 5 5	腔中隔切除術	
1	不全隔のもの	1,260点
2	全中隔のもの	2,540点
K 8 5 6	腔壁腫瘍摘出術	2,540点
K 8 5 6-2	腔壁膿腫切除術	2,540点
K 8 5 6-3	腔ポリープ切除術	1,040点
K 8 5 6-4	腔壁尖圭コンジローム切除術	1,040点
K 8 5 7	腔壁悪性腫瘍手術	29,190点
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術	31,940点
K 8 5 9	造腔術、腔閉鎖症術	
1	拡張器利用によるもの	2,130点
2	遊離植皮によるもの	18,810点
3	腔断端挙上によるもの	28,210点

4 腸管形成によるもの	40,900点	K 8 7 6—2 腹腔鏡下子宮膣上部切断術	14,620点
5 筋皮弁移植によるもの	55,810点	K 8 7 7 子宮全摘術	28,210点
K 8 5 9—2 腹腔鏡下造脛術	38,690点	K 8 7 7—2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050点
K 8 6 0 膣壁形成手術	7,160点	K 8 7 8 広靱帯内腫瘍摘出術	14,290点
K 8 6 0—2 膣断端挙上術（腔式、腹式） （子宮）	29,190点	K 8 7 8—2 腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28,130点
K 8 6 1 子宮内膜掻爬術	1,180点	K 8 7 9 子宮悪性腫瘍手術	62,000点
K 8 6 2 クレニッヒ手術	7,710点	K 8 7 9—2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	70,200点
K 8 6 3 腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	20,610点	K 8 8 0 削除	
K 8 6 3—2 子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剝離術を含む。）	18,590点	K 8 8 1 腹壁子宮瘻手術	21,130点
K 8 6 3—3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17,810点	K 8 8 2 重複子宮、双角子宮手術	22,980点
K 8 6 4 子宮位置矯正術		K 8 8 3 子宮頸管形成手術	3,590点
1 アレキサンダー手術	4,040点	K 8 8 3—2 子宮頸管閉鎖症手術	
2 開腹による位置矯正術	7,540点	1 非観血的	180点
3 癒着剝離矯正術	14,070点	2 観血的	3,590点
K 8 6 5 子宮脱手術		K 8 8 4 奇形子宮形成手術（ストラスマン手術） （子宮附属器）	21,130点
1 膣壁形成手術及び子宮位置矯正術	16,900点	K 8 8 5 腔式卵巢嚢腫内容排除術	1,350点
2 ハルバン・シャウタ手術	16,900点	K 8 8 5—2 経皮的卵巢嚢腫内容排除術	1,490点
3 マンチェスター手術	14,110点	K 8 8 6 子宮附属器癒着剝離術（両側）	
4 膣壁形成手術及び子宮全摘術（腔式、腹式）	28,210点	1 開腹によるもの	11,580点
K 8 6 6 子宮頸管ポリープ切除術	990点	2 腹腔鏡によるもの	21,370点
K 8 6 6—2 子宮膣部冷凍凝固術	990点	K 8 8 7 卵巢部分切除術（腔式を含む。）	
K 8 6 7 子宮頸部（膣部）切除術	3,330点	1 開腹によるもの	5,130点
K 8 6 7—2 子宮膣部糜爛等子宮膣部乱切除術	470点	2 腹腔鏡によるもの	18,810点
K 8 6 7—3 子宮頸部摘出術（膣部切断術を含む。）	3,330点	K 8 8 7—2 卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）	
K 8 6 7—4 子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330点	1 開腹によるもの	4,350点
K 8 6 8 から K 8 7 0 まで 削除		2 腹腔鏡によるもの	18,810点
K 8 7 1 子宮息肉様筋腫摘出術（腔式）	3,810点	K 8 8 7—3 卵管口切開術	
K 8 7 2 子宮筋腫摘出（核出）術		1 開腹によるもの	4,350点
1 腹式	24,510点	2 腹腔鏡によるもの	18,810点
2 腔式	14,290点	K 8 8 7—4 腹腔鏡下多嚢胞性卵巢焼灼術	20,620点
K 8 7 2—2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	37,620点	K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	
K 8 7 2—3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730点	1 開腹によるもの	15,720点
K 8 7 2—4 痕跡副角子宮手術		2 腹腔鏡によるもの	25,940点
1 腹式	15,240点	K 8 8 8—2 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）	
2 腔式	8,450点	1 開腹によるもの	12,460点
K 8 7 2—5 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450点	2 腹腔鏡によるもの	25,540点
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	17,100点	K 8 8 9 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	58,500点
K 8 7 4 及び K 8 7 5 削除		K 8 9 0 卵管形成手術（卵管・卵巢移植、卵管架橋等）	27,380点
K 8 7 6 子宮膣上部切断術	9,500点		

K 8 9 0—2	卵管鏡下卵管形成術	46,410点
K 8 9 0—3	腹腔鏡下卵管形成術 （産科手術）	42,120点
K 8 9 1	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	3,170点
K 8 9 2	骨盤位娩出術	3,800点
K 8 9 3	吸引娩出術	2,550点
K 8 9 4	鉗子娩出術	
	1 低位（出口）鉗子	2,700点
	2 中位鉗子	4,760点
K 8 9 5	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点
K 8 9 6	会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）	
	1 筋層に及ぶもの	1,650点
	2 肛門に及ぶもの	3,860点
	3 腔円蓋に及ぶもの	4,320点
	4 直腸裂創を伴うもの	8,200点
K 8 9 7	頸管裂創縫合術（分娩時）	4,900点
K 8 9 8	帝王切開術	
	1 緊急帝王切開	20,140点
	2 選択帝王切開	20,140点
	3 前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合	21,640点
K 8 9 9	胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220点
K 9 0 0	臍帯還納術	1,240点
K 9 0 0—2	脱垂肢整復術	1,240点
K 9 0 1	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	2,460点
K 9 0 2	胎盤用手剥離術	2,350点
K 9 0 3	子宮破裂手術	
	1 子宮全摘除を行うもの	29,190点
	2 子宮腔上部切断を行うもの	26,700点
	3 その他のもの	14,500点
K 9 0 4	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	33,120点
K 9 0 5	子宮内反症整復手術（腔式、腹式）	
	1 非観血的	340点
	2 観血的	13,820点
K 9 0 6	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
K 9 0 7	胎児外回転術	670点
K 9 0 8	胎児内（双合）回転術	1,190点
K 9 0 9	流産手術	
	1 妊娠11週までの場合	2,000点
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110点

K 9 0 9—2	子宮内容除去術（不全流産）	1,980点
K 9 1 0	削除	
K 9 1 0—2	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000点
K 9 1 0—3	胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）	10,800点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 9 1 1	胞状奇胎除去術	4,120点
K 9 1 2	子宮外妊娠手術	
	1 開腹によるもの	14,110点
	2 腹腔鏡によるもの	22,950点
K 9 1 3	新生児仮死蘇生術	
	1 仮死第1度のもの	840点
	2 仮死第2度のもの	2,700点
	（その他）	
K 9 1 3—2	性腺摘出術	
	1 開腹によるもの	6,280点
	2 腹腔鏡によるもの	18,590点
	第12款 削除	
	第13款 臓器提供管理料	
区分		
K 9 1 4	脳死臓器提供管理料	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。	
K 9 1 5	生体臓器提供管理料	5,000点
	第2節 輸血料	
区分		
K 9 2 0	輸血	
	1 自家採血輸血（200mLごとに）	
	イ 1回目	750点
	ロ 2回目以降	650点
	2 保存血液輸血（200mLごとに）	
	イ 1回目	450点
	ロ 2回目以降	350点
	3 自己血貯血	
	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	250点
	(2) 凍結保存の場合	500点
	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	250点
	(2) 凍結保存の場合	500点
	4 自己血輸血	
	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	750点
	(2) 凍結保存の場合	1,500点
	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	750点
	(2) 凍結保存の場合	1,500点

5	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	骨髓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に掲げる骨髓 ^{せん} 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48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200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回を限度として、200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 ^ま 試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。	
9	6歳未満の乳幼児の場合は、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回を限度として、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
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	骨髓採取	
イ	同種移植の場合	21,640点
ロ	自家移植の場合	17,440点
2	末梢 ^{しよ} 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 ^{せい} 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	骨髓移植	
イ	同種移植の場合	66,450点
ロ	自家移植の場合	25,850点
2	末梢 ^{しよ} 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 ^{さい} 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、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 ^{せい} の費用は所定点数に含まれるものとする。	
6	臍 ^{さい} 帯血移植に用いられた臍 ^{さい} 帯血に係る組織適合性試験の費用は、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。	
K923	術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）	4,500点
注1	併施される手術の所定点数とは別に算定する。	
2	使用した術中術後自己血回収セットの費用は、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	1,400点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤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 ^{りゅう} 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 ^{くわう} 下若しくは腹腔鏡 ^{くわう} 下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。	
K932	創外固定器加算	10,000点
注	区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076又はK125に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	

- K 9 3 3 イオントフォレーゼ加算 45点
注 区分番号 K 3 0 0 及び K 3 0 9 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。
- K 9 3 4 副鼻腔手術用内視鏡加算 1,000点
注 区分番号 K 3 5 0 から K 3 5 2 まで、K 3 5 2-3、K 3 6 2-2 及び K 3 6 5 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。
- K 9 3 4-2 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 K 3 4 0-3 から K 3 4 0-7 及び K 3 4 9 から K 3 6 5 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。
- K 9 3 5 止血用加熱凝固切開装置加算 700点
注 区分番号 K 4 7 6 に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する。
- K 9 3 6 自動縫合器加算 2,500点
注 区分番号 K 4 8 8-4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4-2、K 5 1 7、K 5 2 2-3、K 5 2 4-2、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1 から K 5 3 2-2 まで、K 6 5 4-3 の2 から K 6 5 5-2 まで、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 6 7 4、K 6 7 4、K 6 7 5 の2 から K 6 7 5 の5 まで、K 6 7 7、K 6 7 7-2、K 6 8 0、K 6 9 5 の4 から K 6 9 5 の7 まで、K 6 9 6、K 7 0 2 から K 7 0 3 まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1-2、K 7 1 6、K 7 1 9 から K 7 1 9-3 まで、K 7 1 9-5、K 7 3 2 の2、K 7 3 5、K 7 3 5-3、K 7 3 9、K 7 3 9-3、K 7 4 0、K 7 4 0-2、K 8 0 3 及び K 8 1 7 の3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 6-2 自動吻合器加算 5,500点
注 区分番号 K 5 2 2-3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1 から K 5 3 2-2 まで、K 6 5 5、K 6 5 5-2、K 6 5 5-4、K 6 5 7、K 6 5 7-2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 の3、K 7 1 9-2 の2、K 7 1 9-3、K 7 3 9、K 7 4 0、K 7 4 0-2、K 8 0 3 及び K 8 1 7 の3 に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 6-3 微小血管自動縫合器加算 2,500点
注 区分番号 K 0 1 7 及び K 0 2 0 に掲げる手術に当たって、微小血管自動縫合器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 7 心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算 30,000点
注 区分番号 K 5 5 2-2 に掲げる手術に当たって、心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 8 体外衝撃波消耗性電極加算 3,000点
注 区分番号 K 6 7 8 及び K 7 6 8 に掲げる手術に当たって、消耗性電極を使用した場合に算定する。
- K 9 3 9 画像等手術支援加算
1 ナビゲーションによるもの 2,000点
注 区分番号 K 0 5 5-2、K 0 5 5-3、K 0 8 0 の1、K 0 8 1 の1、K 0 8 2 の1、K 0 8 2-3 の1、K 1 3 1-2、K 1 3 4-2、K 1 4 0 から K 1 4 1-2 まで、K 1 4 2 (6 を除く。)、K 1 4 2-3、K 1 5 1-2、K 1 5 4-2、K 1 5 8、K 1 6 1、K 1 6 7、K 1 6 9 から K 1 7 2 まで、K 1 7 4 の1、K 1 9 1 から K 1 9 3 まで、K 2 3 5、K 2 3 6、K 3 1 3、K 3 1 4、K 3 4 0-3 から K 3 4 0-7 まで、K 3 4 2、K 3 4 3、K 3 4 9 から K 3 6 5 まで、K 6 9 5、K 6 9 5-2 及び K 6 9 7-4 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 K 1 3 6、K 1 4 2 の6、K 1 4 2-2、K 1 5 1-2、K 1 6 2、K 1 8 0、K 2 2 8、K 2 3 6、K 2 3 7、K 3 1 3、K 3 1 4 の2、K 4 0 6 の2、K 4 2 7-2、K 4 3 4、K 4 3 6 から K 4 4 4 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
- 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 K 0 8 2 及び K 0 8 2-3 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。
- K 9 3 9-2 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。
- K 9 3 9-3 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。
- K 9 3 9-4 内視鏡手術用支援機器加算 54,200点
注 区分番号 K 8 4 3 に掲げる手術に当たって、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、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。
- K 9 3 9-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500点
注 1 区分番号 K 6 6 4 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。
- 第4節 薬剤料

区分

- K 9 4 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
注 1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第5節 特定保険医療材料

区分

- K 9 5 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第11部 麻酔

通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。

- 3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注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麻酔の麻酔料は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。
- 6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。

第1節 麻酔料

区分

L000	迷もう麻酔	31点
L001	筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔	120点
L001-2	静脈麻酔	
	1 短時間のもの	120点
	2 十分な体制で行われる長時間のもの(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、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、100点を所定点数に加算する。	
L002	硬膜外麻酔	
	1 頸・胸部	1,500点
	2 腰部	800点
	3 仙骨部	340点
	注 実施時間が2時間を超えた場合は、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1麻酔当日を除く。)	80点
	注 精密持続注入を行った場合は、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、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 18,300点
- 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術(低体温で行うものを除く。)若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)低体温で行うものを除く。)が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合(1に掲げる場合を除く。)
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点
- ロ イ以外の場合 12,200点
- 3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合(1又は2に掲げる場合を除く。)
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点
- ロ イ以外の場合 9,150点
- 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合(1から3までに掲げる場合を除く。)
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点
- ロ イ以外の場合 6,710点
- 5 その他の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点
- ロ イ以外の場合 6,100点
- 注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。
- 2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,800点
- ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,200点
- ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 900点
- ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 660点
- ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 600点
- 3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 頸・胸部 750点
- ロ 腰部 400点
- ハ 仙骨部 170点
- 5 注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を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又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心工コー法を行った場合には、術中経食道心工コー連続監視加算として、880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。

L 0 0 8—2 低体温療法（1日につき） 12,200点

注 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。

L 0 0 8—3 経皮的体温調節療法（1日につき） 5,000点

L 0 0 9 麻酔管理料(I)

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200点

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。

2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、700点を所定点数に加算する。

3 区分番号L 0 1 0に掲げる麻酔管理料(II)を算定している場合は算定できない。

4 区分番号K 0 1 7、K 0 2 0、K 1 3 6—2、K 1 5 1—2、K 1 7 5の2、K 3 7 9—2の2、K 3 9 5、K 5 5 8、K 5 6 0の3のイ、K 5 6 0の3のロ、K 5 6 0の3のハ、K 5 6 0の5、K 5 7 9—2の2、K 5 8 1の3、K 5 8 2の3、K 5 8 4の2、K 6 0 5—2、K 6 0 5—4、K 6 4 5、K 6 7 5の5、K 6 7 7—2の1、K 6 9 7—5、K 6 9 7—7及びK 8 0 1の1に掲げる手術に当たって、区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が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。

L 0 1 0 麻酔管理料(II)

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点

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

第2節 神経ブロック料

区分

L 1 0 0 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

1 トータルスバイナルブロック、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、不对神経節ブロック、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、筋骨神経ブロック、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L 1 0 2に掲げる神経幹内注射で算定する。

L 1 0 1 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、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、不对神経節ブロック、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L 1 0 2に掲げる神経幹内注射で算定する。

L 1 0 2 神経幹内注射 25点

L 1 0 3 カテラン硬膜外注射 140点

L 1 0 4 トリガーポイント注射 80点

L 1 0 5 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につきⅩ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、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

L 2 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

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

第4節 特定保険医療材料

区分

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

- この部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、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。
- 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60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。

区分

- M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）
- 1 門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2,700点
 - 2 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 3,100点
 - 3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 4,000点
 - 4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5,000点
- 注1 線量分布図を作成し、区分番号M001に掲げる体外照射、区分番号M004の1に掲げる外部照射、区分番号M004の2に掲げる腔内照射又は区分番号M004の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、1連につき2回に限り算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の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、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、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。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

- 1 甲状腺癌に対するもの 1,390点
 - 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点
 - 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点
 - 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点
- 注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

M001 体外照射

- 1 エックス線表在治療
 - イ 1回目 110点
 - ロ 2回目 33点
 - 2 高エネルギー放射線治療
 - イ 1回目
 - (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 840点
 - (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,320点
 - (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,800点
 - ロ 2回目
 - (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点
 - (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 660点
 - (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 900点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

 - 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。
 - 3 強度変調放射線治療（IMRT）
 - イ 1回目 3,000点
 - ロ 2回目 1,500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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。

 - 2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、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、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（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り300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、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点
- M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）
- 1 定位放射線治療の場合 63,000点
 - 2 1以外の場合 8,000点
- 注1 定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 動体追尾法 10,000点
- ロ その他 5,000点

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 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。

5 食道用アプリケーション又は気管、気管支用アプリケーションを使用した場合は、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。

M005 血液照射 110点
第13部 病理診断

通則

1 病理診断の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節及び第2節並びに第3部第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合は除き、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 テレパソロジーにより、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に掲げる術中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臓器につき） 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 プロゲ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 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 6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 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点
N004 細胞診（1部位につき）

- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点

注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18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による病理標本作成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
	第2節 病理診断・判断料	

区分

N006	病理診断料	
1	組織診断料	400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に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	
2	2については、病理診断を専ら担当する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に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	
3	当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。	
4	病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ	病理診断管理加算1	
(1)	組織診断を行った場合	120点
(2)	細胞診断を行った場合	60点
ロ	病理診断管理加算2	
(1)	組織診断を行った場合	320点
(2)	細胞診断を行った場合	160点
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^{かん}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(I)（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料(II)を除く。）
 ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）
 ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）
 ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）
 ヘ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）
 ト 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）
 チ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料
 リ 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）
 ヌ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
 ル 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）
- 第4章 経過措置
- 1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
- 2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成28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D004の12に掲げる肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）（羊水）
 ロ 区分番号D007の1に掲げるエステル型コレステロール
 ハ 区分番号D007の3に掲げる遊離脂肪酸
 ニ 区分番号D007の4に掲げる前立腺酸ホスファターゼ
 ホ 区分番号D007の12に掲げる不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）
 ヘ 区分番号D007の22に掲げるカタラーゼ
 ト 区分番号D007の29に掲げるシスチンアミノペプチダーゼ（CAP）

- チ 区分番号D012の16に掲げる溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）
 リ 区分番号D014の2に掲げるリウマトイド因子（RF）半定量
 ヌ 区分番号D014の5に掲げるLEテスト定性
- 3 平成27年3月31日までの間における区分番号A000の注2については、「の数が500以上である」とあるのは、「のうち同法第7用第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である」、区分番号A002の注2については、「が500以上である」とあるのは、「のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である」とする。
- 4 平成27年9月30日までの間における区分番号A100の注11については、「当該病棟のうち」とあるのは、「当該病棟（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟のうち地方厚生局長等に届け出た病室の病床を除く。）のうち」とする。
- 5 平成26年9月30日までの間における区分番号A100の注10のヨについては、「看護配置加算」とあるのは、「看護配置加算（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A100の注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）」、区分番号A100の注10のタ、区分番号A104の注8のヲ及び区分番号A105の注7のワについては、「看護補助加算」とあるのは、「看護補助加算（旧算定方法別表第一区分番号A100の注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）」、区分番号A100の注10のモ、区分番号A104の注8のセ及び区分番号A105の注7のメについては、「後発医薬品使用体制加算」とあるのは、「後発医薬品使用体制加算（旧算定方法別表第一区分番号A100の注8に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）」とする。
- 6 平成26年9月30日までの間における区分番号A317の注7については、「地域包括ケア入院医療管理が行われた場合」とあるのは、「亜急性期入院医療管理又は地域包括ケア入院医療管理が行われた場合」、「それぞれ2,191点又は1,763点」とあるのは、「それぞれ1,811点、2,191点又は1,763点」とする。
- 7 旧算定方法別表第一区分番号I002-2の注2の規定については、平成26年9月30日までの間は、なお従前の例とする。

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 短期滞在手術基本料
- 第2章 特掲診療料
 第1部 医学管理等
 第2部 在宅医療
 第3部 検査
 第1節 検査料
 第2節 薬剤料

第4部	画像診断
第1節	診断料
第2節	撮影料
第3節	基本的エックス線診断料
第4節	フィルム及び造影剤料
第5部	投薬
第1節	調剤料
第2節	処方料
第3節	薬剤料
第4節	特定保険医療材料料
第5節	処方せん料
第6節	調剤技術基本料
第6部	注射
第1節	注射料
第1款	注射実施料
第2款	無菌製剤処理料
第2節	薬剤料
第3節	特定保険医療材料料
第7部	リハビリテーション
第1節	リハビリテーション料
第2節	薬剤料
第8部	処置
第1節	処置料
第2節	処置医療機器等加算
第3節	特定薬剤料
第4節	特定保険医療材料料
第9部	手術
第1節	手術料
第2節	輸血料
第3節	手術医療機器等加算
第4節	薬剤料
第5節	特定薬剤料
第6節	特定保険医療材料料
第10部	麻酔
第1節	麻酔料
第2節	薬剤料
第3節	特定保険医療材料料
第11部	放射線治療
第12部	歯冠修復及び欠損補綴 ^ニ
第1節	歯冠修復及び欠損補綴料 ^ニ
第2節	削除
第3節	特定保険医療材料料
第13部	歯科矯正
第1節	歯科矯正料
第2節	特定保険医療材料料
第14部	病理診断

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 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。
- 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。
- 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	234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、保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

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、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、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適應できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

7 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、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、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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として26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回を限度として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回を限度として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 45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、保険医療機関において再診を行った場合に算定する。
- 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、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、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、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、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 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、再診時歯科外来診療環境体制加算として、4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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、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（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（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。

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 がん診療連携拠点病院加算
- 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^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- A227 退院調整加算
- A227-2 削除
- A227-3 救急搬送患者地域連携紹介加算
- A227-4 救急搬送患者地域連携受入加算
- 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
- 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又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

通則

- 1 本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例による。
- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

- A 3 0 0 特定集中治療室管理料
 - A 3 0 1 ハイケアユニット入院医療管理料
 - A 3 0 2 削除
 - A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料
 - A 3 0 4 小児入院医療管理料
 - A 3 0 5 特定一般病棟入院料
 - A 3 0 6 地域包括ケア病棟入院料
- 第4節 短期滞在手術基本料

区分

- A 4 0 0 短期滞在手術等基本料
 - 注1 医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。
 - 2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等

区分

- B 0 0 0 から B 0 0 0—3 まで 削除
- B 0 0 0—4 歯科疾患管理料 110点
 - 注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回を限度として算定する。

- 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提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供したときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。
 - 3 区分番号B 0 0 0—6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0—7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B 0 0 0—8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)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 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料は、算定できない。
 - 7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B 0 0 0—6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0—7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0—8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1—3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
 - 8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であつて、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回を限度として40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- B 0 0 0—5 周術期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若しくは化学療法(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、当該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回を限度として算定する。

- 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、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）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回を限度として、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回を限度として算定する。

- 2 周術期口腔機能管理料Ⅰを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料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B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、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に掲げる在宅患者歯科治療総合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 周術期口腔機能管理料Ⅱ

- | | |
|-------|------|
| 1 手術前 | 500点 |
| 2 手術後 | 300点 |

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、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、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回を限度として、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回を限度として算定する。

- 2 周術期口腔機能管理料Ⅱを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料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B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、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に掲げる在宅患者歯科治療総合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 周術期口腔機能管理料Ⅲ 190点

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者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、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している

他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、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、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回を限度として算定する。

- 2 周術期口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料Ⅱ、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に掲げる歯科治療総合医療管理料、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に掲げる在宅患者歯科治療総合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、う蝕又は歯周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回を限度として算定する。

- 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、う蝕又は歯周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回を限度として算定する。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患者については、算定できない。

B002 歯科特定疾患療養管理料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合は、月2回を限度として算定する。

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回を限度として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に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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

- 1 緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師による場合 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、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回を限度として算定する。

- 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)を限度として算定する。

- 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回を限度として算定する。

- 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回を限度として算定する。

- 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に掲げる処方せん料の注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1 130点
- 2 入院栄養食事指導料2 125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特別食を必要とするものに対して、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によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

- 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特別食を必要とするものに対して、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によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 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回を限度として算定する。

- 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に適合しているものと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回を限度として、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回を限度として算定する。

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回を限度として算定する。

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回を限度として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次元エックス線断面撮影を除く。)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及びB004-5 削除

B004-6 歯科治療総合医療管理料 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3を除く。)第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

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

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

4 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

B004-7及びB004-8 削除

B 0 0 4—9	介護支援連携指導料	300点
	注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は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と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回を限度として算定する。この場合において、同一日に、区分番号B 0 1 5の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は別に算定できない。	
B 0 0 5	開放型病院共同指導料(I)	350点
	注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(以下この表において「開放型病院」という。)に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。	
	2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料及び区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。	
B 0 0 6	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。	
B 0 0 6—2	削除	
B 0 0 6—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、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回を限度として所定点数を算定する。	
	2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B 0 0 6—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回を限度として所定点数を算定する。	
	3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれる。	
	4 区分番号B 0 0 0—5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B 0 1 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。	

B 0 0 6—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B 0 0 6—3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として算定する。	
	2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれる。	
	3 区分番号B 0 0 0—6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0—8に掲げる周術期口腔機能管理料(II)は、別に算定できない。	
B 0 0 6—3—3	がん治療連携管理料	500点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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、1人につき1回を限度として所定点数を算定する。	
B 0 0 7	退院前訪問指導料	555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)を限度として算定する。	
	2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	
B 0 0 8	薬剤管理指導料	
	1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	430点
	2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。)	380点
	3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合	325点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回4回を限度として算定する。	
	2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき50点を所定点数に加算する。	
	3 区分番号B 0 0 4—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。	
B 0 0 9	診療情報提供料(I)	250点
	注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回を限度として算定する。	
	2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。	

- 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回を限度として算定する。
- 4 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。
- 5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、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。
- 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回を限度として算定する。
- B011及びB011-2 削除
- B011-3 薬剤情報提供料 10点
注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として（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せん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回を限度として算定する。
- 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 新製有床義歯管理料（1口腔につき）
1 2以外の場合 190点
2 困難な場合 230点
注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、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回を限度として算定する。
2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。
- B013-2 削除
- B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき） 480点
注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回を限度として算定する。
- B014 退院時共同指導料1
1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう（以下この表において同じ。））の場合 600点
2 1以外の場合 300点
注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と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。
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。

B 0 1 5	退院時共同指導料 2	300点
	<p>注 1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師若しくは医師若しくは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当該患者の退院後の在宅療養を担う保険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回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。</p> <p>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地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の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の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>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が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険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。又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>4 注1の規定にかかわらず、区分番号A 2 2 7に掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。</p> <p>5 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料Ⅲは、別に算定できない。</p>	
B 0 1 6	削除	
B 0 1 7	肺血栓塞栓症予防管理料	305点
	<p>注 1 病院(療養病棟を除く。又は診療所(療養病床に係るものを除く。))に入院中の患者であつて肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回を限度として算定する。</p> <p>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。</p>	
B 0 1 8	医療機器安全管理料(一連につき)	1,100点
	<p>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。</p>	
	第2部 在宅医療	
区分		
C 0 0 0	歯科訪問診療料(1日につき)	
	1 歯科訪問診療 1	866点
	2 歯科訪問診療 2	283点
	3 歯科訪問診療 3	143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。)であつて通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上(同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。))の場合に限る。ただし、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においては、この限りでない。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料又は区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定できない。
	<p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>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</p>
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。)であつ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(診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、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においては、この限りでない。)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A 0 0 0に掲げる初診料又は区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定できない。
	<p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>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</p>
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。)であつ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又は在宅等において療養を行っている患者であつ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(診療時間が20分未満の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料又は区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定できない。
	<p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>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</p>
4	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。
5	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、175点(1回目の歯科訪問診療を行った場合であつて、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点)を所定点数に加算する。
6	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。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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回を限度として300点を所定点数に加算する。

8 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。

9 歯科訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。

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

イ 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合 55点

11 在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、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 同一建物居住者以外の場合 110点

ロ 同一建物居住者の場合 45点

12 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、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、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

1 複雑なもの 360点

2 簡単なもの 120点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。

2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

3 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患者の負担とする。

4 区分番号B 0 0 1-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している患者については算定できない。

C 0 0 1-2 削除

C 0 0 1-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所の場合 140点

2 1以外の場合 130点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回を限度として算定する。

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

3 区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 0-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

C 0 0 1-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置(区分番号I 0 0 9、I 0 0 9-2、I 0 1 0及びI 0 1 1-3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M 0 0 1からM 0 0 2までに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

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

3 区分番号B 0 0 0-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B 0 0 0-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

4 鎮静及び医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれる。

C 0 0 2 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分を超えた場合は、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 同一建物居住者以外の場合 650点

2 同一建物居住者の場合 300点

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に

基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回。)を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回を限度として算定する。

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

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回を限度として算定する。

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 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点

注1 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回を限度として算定する。

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、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回を限度として算定する。

2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれる。

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

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)を算定している患者については算定できない。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家等に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回を限度として算定する。

第3部 検査

通則

1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 第1節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。

3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 第3部に掲げる検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000 電氣的根管長測定検査 30点

注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは1根管を増すごとに15点を所定点数に加算する。

D001 細菌簡易培養検査 60点

注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。

D002 歯周病検査

1 歯周基本検査

イ 1歯以上10歯未満 50点

ロ 10歯以上20歯未満 110点

ハ 20歯以上 200点

2 歯周精密検査

イ 1歯以上10歯未満 100点

ロ 10歯以上20歯未満 220点

ハ 20歯以上 400点

3 混合歯列期歯周病検査 40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

- D 0 0 2—5 歯周病部分的再評価検査（1歯につき） 15点
注 区分番号 J 0 6 3 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 回を限度として算定する。
- D 0 0 3 削除
D 0 0 3—2 口腔内写真検査（1枚につき） 10点
注 区分番号 D 0 0 2 に掲げる歯周病検査を行った場合において、ブラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1 回につき 5 枚を限度として算定する。
（補綴関連検査）
- D 0 0 4 平行測定（1装置につき）
1 支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合 50点
2 支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合 100点
- D 0 0 5 から D 0 0 8 まで 削除
D 0 0 9 顎運動関連検査（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。
第 2 節 薬剤料

区分

- D 1 0 0 薬剤 薬価が 15 円を超える場合は、薬価から 15 円を控除した額を 10 円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を切り上げて得た点数に 1 点を加算して得た点数とする。
注 1 薬価が 15 円以下である場合は、算定できない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
第 4 部 画像診断

通則

- 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。
- 同一の部位につき、同時に 2 以上のエックス線撮影を行った場合における第 1 節の診断料（区分番号 E 0 0 0 に掲げる写真診断（3 に係るものに限る。）を除く。）は、第 1 の診断については第 1 節の各区分の所定点数により、第 2 の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- 同一の部位につき、同時に 2 枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第 2 節の撮影料（区分番号 E 1 0 0 に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3 に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第 1 枚目の撮影については第 2 節の各区分の所定点数により、第 2 枚目から第 5 枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定し、第 6 枚目以後の撮影については算定できない。
- 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、1 日につき 110 点を所定点数に加算する。
- 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、第 1 号から第 3 号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
ハ 歯科用 3 次元エックス線断層撮影の場合 120点
ニ その他の場合 60点
- 6 区分番号 E 0 0 0 に掲げる写真診断（1 のイ及び 3 に係るものを除く。）及び区分番号 E 2 0 0 に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算 1 として月 1 回を限度として 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 E 0 0 0 に掲げる写真診断（3 に係るものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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 回を限度として 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 E 0 0 0 に掲げる写真診断（1 のイ及び 3 に係るものを除く。）又は区分番号 E 2 0 0 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 回を限度として、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 E 0 0 0 に掲げる写真診断（3 に係るものに限る。）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 回を限度として、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

E 0 0 0 写真診断

- 単純撮影
 - 歯科エックス線撮影
 - 全顎撮影の場合 160点
 - 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 20点
 - その他の場合 85点
 - 特殊撮影
 - 歯科パノラマ断層撮影 125点
 - 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 96点
 - 歯科用 3 次元エックス線断層撮影 450点
 - 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 回を限度として算定する。

第2節 撮影料

区分

E 1 0 0	歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織	
	1 単純撮影	
	イ 歯科エックス線撮影	
	(1) 全顎撮影の場合	
	① アナログ撮影	250点
	② デジタル撮影	252点
	(2) 全顎撮影以外の場合(1枚につき)	
	① アナログ撮影	25点
	② デジタル撮影	28点
	ロ その他の場合	
	(1) アナログ撮影	65点
	(2) デジタル撮影	68点
	2 特殊撮影	
	イ 歯科パノラマ断層撮影の場合	
	(1) アナログ撮影	180点
	(2) デジタル撮影	182点
	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合(一連につき)	
	(1) アナログ撮影	264点
	(2) デジタル撮影	266点
	3 歯科用3次元エックス線断層撮影(一連につき)	600点
	4 造影剤使用撮影	
	イ アナログ撮影	148点
	ロ デジタル撮影	150点
	注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、10点を所定点数に加算する。	
	2 新生児(生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。)又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	
	3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
	4 3について、造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。	

E 1 0 1	造影剤注入手技	120点
	第3節 基本的エックス線診断料	

区分

E 2 0 0	基本的エックス線診断料(1日につき)	
	1 入院の日から起算して4週間以内の期間	55点
	2 入院の日から起算して4週間を超えた期間	40点
	注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。	
	2 次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。	
	イ 区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の1に掲げるもの	
	ロ 区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの	

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A 2 1 6に掲げるH I V感染者療養環境特別加算若しくは区分番号A 2 1 7に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

第4節 フィルム及び造影剤料

区分

E 3 0 0	フィルム	材料価格を10円で除して得た点数
	注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。	
	2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
E 3 0 1	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、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
 - 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
 - 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合(処方せんを交付した場合は除く。)は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 第1節 調剤料

区分

F 0 0 0	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1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合は1処方につき1点を、2に係る場合は1日につき1点をそれぞれ加算する。	
	2 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は算定しない。	
	第2節 処方料	

区分

F 1 0 0	処方料	
	1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時的投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合	29点
	2 1以外の場合	42点
	注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。	
	2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方に1点を加算する。	

- 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。
- 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回を限度として1処方につき18点を加算する。
- 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回を限度として1処方につき70点を加算する。
- 8 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は算定しない。
- 第3節 薬剤料

区分

F 2 0 0 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	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（臨時的投薬であって、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。
- 5 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は算定しない。

第4節 特定保険医療材料

区分

F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方せん料

区分

- F 4 0 0 処方せん料
- 7種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点
 - 1以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
 - 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回を限度として処方せんの交付1回につき18点を加算する。
 - 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。
 - 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回を限度として処方せんの交付1回につき70点を加算する。
 - 薬剤の一般的な名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。
 - 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は算定しない。
- 第6節 調剤技術基本料

区分

- F 5 0 0 調剤技術基本料
- 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
 - その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。
- 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回を限度として算定する。
 - 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、10点を所定点数に加算する。
 - 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。
 - 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、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、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、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G0001に掲げる静脈内注射、G0002に掲げる動脈注射、G0003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G0004に掲げる点滴注射、G0005に掲げる中心静脈注射又はG0006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 780点 |
| ② 15歳以上 | 580点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 630点 |
| ② 15歳以上 | 430点 |

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 700点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 600点 |
| ② 15歳以上 | 350点 |

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

8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれる。

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

- | | |
|---|-----|
| G0000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） | 18点 |
| 注 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 | |
| G0001 静脈内注射（1回につき） | 30点 |
| 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 | |
| 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を所定点数に加算する。 | |
| 3 区分番号C0005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C0005-2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C0000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。 | |

G0002 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 |

G0003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）

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。

G0004 点滴注射（1日につき）

- | | |
|--|-----|
| 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） | 95点 |
| 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） | 95点 |

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）

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、42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、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C0005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C0005-2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C0000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。

G0005 中心静脈注射（1日につき）

注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を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G0004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、50点を所定点数に加算する。

4 区分番号C0005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C0005-2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C0000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。

G0005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

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、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、2,000点を所定点数に加算する。

G0005-3 未梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

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、500点を所定点数に加算する。

G0006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

注1 区分番号C0005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C0005-2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C0000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、50点を所定点数に加算する。

G0007 関節腔内注射

80点

G0008 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

(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点

(2) (1)以外の場合 100点

ロ イ以外の場合 50点

2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び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りハビリテーションの費用は、第1節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

イ ロ以外の場合 245点

ロ 廃用症候群の場合 180点

2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

イ ロ以外の場合 200点

ロ 廃用症候群の場合 146点

3 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

イ ロ以外の場合 100点

ロ 廃用症候群の場合 77点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内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は、180日を超えて所定点数を算定する。

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、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位を限度として算定する。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)

(1) (2)以外の場合 221点

(2) 廃用症候群の場合 162点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

(1) (2)以外の場合 180点

(2) 廃用症候群の場合 131点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

(1) (2)以外の場合 90点

(2) 廃用症候群の場合 69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は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

H000-2 削除
H001 摂食機能療法（1日につき） 185点

注1 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定する。

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、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月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

3 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 100点
ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190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回を限度として算定する。

2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

3 2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。

H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2（1口腔につき） 50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回を限度として算定する。

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料（1単位） 50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

第2節 薬剤料

区分

H100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 処置

通則

1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。

2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単な処置の費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。

4 第1節に掲げられていない処置であつて特殊な処置の費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。

5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

6 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点以上の場合であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）

所定点数の100分の80に相当する点数
(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
(2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算 2	所定点数の100分の80に相当する点数
(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、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C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料及び同注5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(区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者については、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄及び区分番号I 0 0 6に掲げる感染根管処置に限る。)を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
第1節 処置料	
区分	(歯の疾患の処置)
I 0 0 0	う蝕 ^{しよく} 処置(1歯1回につき) 18点
	注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
I 0 0 0-2	咬合調整 ^{こうごう}
1	1歯以上10歯未満 40点
2	10歯以上 60点
I 0 0 0-3	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。
I 0 0 1	歯髄保護処置(1歯につき)
1	歯髄温存療法 150点
2	直接歯髄保護処置 120点
3	間接歯髄保護処置 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I 0 0 0に掲げるう蝕 ^{しよく} 処置の費用は、所定点数に含まれる。
	2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 2	知覚過敏処置(1口腔1回につき)
1	3歯まで 40点
2	4歯以上 50点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 2-2	乳幼児う蝕 ^{しよく} 薬物塗布処置(1口腔1回につき)
1	3歯まで 40点
2	4歯以上 50点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 3	初期う蝕 ^{しよく} 早期充填処置(1歯につき) 124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。
I 0 0 4	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。

I 0 0 5	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I 0 0 1の1に掲げる歯髄温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、78点、268点又は438点を算定する。
	2 区分番号I 0 0 1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、108点、298点又は468点を算定する。
	3 麻酔(通則第7号に規定する麻酔に限る。)及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 6	感染根管処置(1歯につき)
1	単根管 144点
2	2根管 294点
3	3根管以上 432点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 7	根管貼薬処置(1歯1回につき)
1	単根管 26点
2	2根管 30点
3	3根管以上 40点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 8	根管充填(1歯につき)
1	単根管 68点
2	2根管 90点
3	3根管以上 110点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置(1歯につき)
1	単根管 130点
2	2根管 156点
3	3根管以上 190点
	注1 区分番号M 0 0 0-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理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。
	(外科後処置)
I 0 0 9	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
I 0 0 9-2	創傷処置
1	100平方センチメートル未満 45点
2	100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点
3	500平方センチメートル以上 85点
	注 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。
I 0 0 9-3	歯科ドレーン法(ドレナージ)(1日につき) 50点
I 0 0 9-4	上顎洞洗浄(片側) 55点
I 0 0 9-5	口腔内分泌物吸引(1日につき) 48点

(歯周組織の処置)	
I 0 1 0	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。
I 0 1 1	歯周基本治療
1	スケーリング(3分の1顎につき) 66点
2	スケーリング・ルートプレーニング(1歯につき)
イ	前歯 60点
ロ	小白歯 64点
ハ	大白歯 72点
3	歯周ポケット搔爬(1歯につき)
イ	前歯 60点
ロ	小白歯 64点
ハ	大白歯 72点
注1	1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、38点を所定点数に加算する。
2	同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数(1については、注1の加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。
3	区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降は、算定できない。
4	麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
5	区分番号D 0 0 2の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I 0 1 1-2	歯周病安定期治療
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ブラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療(以下この表において「歯周病安定期治療」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。
2	2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療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、歯周病安定期治療は算定できない。
4	歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の30に相当する点数により算定する。
I 0 1 1-3	歯周基本治療処置(1口腔につき) 10点
注1	区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置(区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を除く。)を行った場合は、月1回を限度として算定する。

2	区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を算定した月は、歯周基本治療処置は別に算定できない。
3	薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。
(その他の処置)	
I 0 1 4	暫間固定
1	簡単なもの 200点
2	困難なもの 500点
3	著しく困難なもの 650点
I 0 1 4-2	暫間固定装置修理
1	簡単なもの 70点
2	困難なもの 220点
I 0 1 5	口唇プロテクター 290点
I 0 1 6	線副子(1顎につき) 650点
I 0 1 7	床副子
1	簡単なもの 650点
2	困難なもの 1,500点
3	著しく困難なもの 2,000点
4	摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)
イ	新たに製作した場合 2,000点
ロ	旧義歯を用いた場合 500点
I 0 1 7-2	床副子調整(1口腔につき)
1	睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点
2	咬合挙上副子の場合 220点
注1	1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床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回を限度として算定する。
2	同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、床副子調整は1回とし、第1回の調整を行ったときに算定する。
I 0 1 7-3	顎外固定
1	簡単なもの 600点
2	困難なもの 1,500点
I 0 1 8	歯周治療用装置
1	冠形態のもの(1歯につき) 50点
2	床義歯形態のもの(1装置につき) 750点
注1	区分番号D 0 0 2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。
I 0 1 9	歯冠修復物又は補綴物の除去(1歯につき)
1	簡単なもの 16点
2	困難なもの 32点
3	根管内ポストを有する鑄造体の除去 54点
I 0 2 0	暫間固定装置の除去(1装置につき) 30点
I 0 2 1	根管内異物除去(1歯につき) 150点
I 0 2 2	有床義歯床下粘膜調整処置(1顎1回につき) 110点

I 0 2 3	心身医学療法	
1	入院中の患者	150点
2	入院中の患者以外の患者	
イ	初診時	110点
ロ	再診時	80点
注1	区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
2	入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回を、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回をそれぞれ限度として算定する。	
3	入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回を、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回をそれぞれ限度として算定する。	
4	20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に相当する点数を所定点数に加算する。	
I 0 2 4	鼻腔栄養(1日につき)	60点
I 0 2 5	酸素吸入(1日につき)	65点
注1	使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。	
2	人工呼吸と同時にを行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。	
I 0 2 6	高気圧酸素治療(1日につき)	200点
I 0 2 7	人工呼吸	
1	30分までの場合	242点
2	30分を超えて5時間までの場合	242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
3	5時間を超えた場合(1日につき)	819点
注	使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 2 8	削除	
I 0 2 9	周術期専門的口腔衛生処置(1口腔につき)	80点
注1	区分番号B 0 0 0-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0-7に掲げる周術期口腔機能管理料(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、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回を限度として算定する。	
2	周術期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I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。	
I 0 3 0	機械的歯面清掃処置(1口腔につき)	60点
注	区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を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、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号I 0 2 9に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回を限度として算定する。ただし、区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定できない。	

I 0 3 1	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	80点
2	在宅等療養患者の場合	80点
注1	1については、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患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回を限度として算定する。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回を限度として算定する。	
2	2については、区分番号C 0 0 0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回を限度として算定する。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回を限度として算定する。	
第2節 処置医療機器等加算		

区分

I 0 8 0及びI 0 8 1 削除

I 0 8 2 酸素加算

- 注1 区分番号I 0 2 5からI 0 2 7までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。
- 2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第3節 特定薬剤料

区分

- I 1 0 0 特定薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数
- 注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。
- 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第4節 特定保険医療材料

区分

- I 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
- 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第9部 手術

通則

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤(以下この部において「特定薬剤」という。)にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。)は、前号により算定した点数及び第3節から第6節までの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない手術であって特殊な手術の費用は、同節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

- 4 区分番号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に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- 6 全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児(極低出生体重児及び新生児を除く。)に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の40、100分の30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、顎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
- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1(入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。) 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
- ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2(入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。) 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者(感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。) B型肝炎感染患者(HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。
- 11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。
- 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及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号J000に掲げる抜歯手術(1から3までに限る。及びJ013に掲げる口腔内消炎手術(2に限る。))を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 15 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)(1に限る。))又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)(1に限る。))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、100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 | 150点 |
| 3 臼歯 | 260点 |
| 4 難抜歯 | 470点 |
| 5 埋伏歯 | 1,050点 |
- 注1 4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。
- 2 5については、完全埋伏歯(骨性)又は水平埋伏智歯に限り算定する。
- 3 5については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、100点を所定点数に加算する。
- 4 抜歯と同時に歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。
- J000-2 歯根分割搔爬術 260点
- J000-3 上顎洞陥入歯除去術
- | | |
|-----------------|--------|
| 1 抜歯窩から行う場合 | 470点 |
| 2 犬歯窩開さくにより行う場合 | 2,000点 |
- J001 ヘミセクション(分割抜歯) 470点
- J002 抜歯窩再搔爬手術 130点
- J003 歯根嚢胞摘出手術
- | | |
|-----------|--------|
| 1 歯冠大のもの | 800点 |
| 2 拇指頭大のもの | 1,350点 |
| 3 鶏卵大のもの | 2,040点 |
- J004 歯根端切除手術(1歯につき)
- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 2以外の場合 | 1,350点 |
| 2 歯科CT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次元エックス線断面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。

J 0 0 4—2	歯の再植術 注 外傷性脱臼歯の再植術に限り算定する。	1,300点	J 0 2 0	口蓋混合腫瘍摘出術	5,600点
J 0 0 4—3	歯の移植手術 注 自家移植を行った場合に限り算定する。	1,300点	J 0 2 1	口蓋悪性腫瘍手術 1 切除(単純) 2 切除(広汎)	5,600点 18,000点
J 0 0 5	削除		J 0 2 2	顎・口蓋裂形成手術 1 軟口蓋のみのもの 2 硬口蓋に及ぶもの 3 顎裂を伴うもの イ 片側 ロ 両側	14,520点 24,170点 25,170点 29,040点
J 0 0 6	歯槽骨整形手術、骨瘤 除去手術	110点	J 0 2 3	歯槽部骨皮質切離術(コルチコトミー) 1 6歯未満の場合 2 6歯以上の場合	1,700点 3,400点
J 0 0 7	顎骨切断端形成術	4,400点	J 0 2 4	口唇裂形成手術(片側) 1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	13,180点 18,810点 22,140点
J 0 0 8	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む。) 1 軟組織に局限するもの 2 硬組織に及ぶもの	600点 1,300点	J 0 2 4—2	口唇裂形成手術(両側) 1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	18,810点 23,790点 33,290点
J 0 0 9	浮動歯肉切除術 1 3分の1顎程度 2 2分の1顎程度 3 全顎	400点 800点 1,600点	J 0 2 4—3	軟口蓋形成手術	9,700点
J 0 1 0	顎堤形成術 1 簡単なもの(1顎につき) 2 困難なもの(2分の1顎未満) 3 困難なもの(2分の1顎以上)	3,000点 4,000点 6,500点	J 0 2 4—4	鼻咽腔閉鎖術	21,630点
J 0 1 1	上顎結節形成術 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計算する。	3,000点	J 0 2 5	削除	
J 0 1 2	おとがい神経移動術 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計算する。	1,300点	J 0 2 6	舌繫痕性短縮矯正術	2,650点
J 0 1 3	口腔内消炎手術 1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 2 歯肉膿瘍等 3 骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等 4 顎炎又は顎骨骨髓炎等 イ 3分の1顎未満の範囲のもの ロ 3分の1顎以上の範囲のもの ハ 全顎にわたるもの	120点 180点 230点 750点 2,600点 5,700点	J 0 2 7	頬、口唇、舌小帯形成術	560点
J 0 1 4	口腔底膿瘍切開術	700点	J 0 2 8	舌形成手術(巨舌症手術)	7,590点
J 0 1 5	口腔底腫瘍摘出術	6,800点	J 0 2 9	削除	
J 0 1 5—2	口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点	J 0 3 0	口唇腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 2 その他のもの	910点 3,050点
J 0 1 6	口腔底悪性腫瘍手術	24,050点	J 0 3 1	口唇悪性腫瘍手術	28,210点
J 0 1 7	舌腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 2 その他のもの	1,220点 2,940点	J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89,100点
J 0 1 8	舌悪性腫瘍手術 1 切除 2 亜全摘	18,810点 64,160点	J 0 3 3	頬 腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 2 その他のもの	910点 4,380点
J 0 1 9	口蓋腫瘍摘出術 1 口蓋粘膜に局限するもの 2 口蓋骨に及ぶもの	520点 8,050点	J 0 3 4	頬 粘膜腫瘍摘出術	4,460点
			J 0 3 5	頬 粘膜悪性腫瘍手術	22,490点
			J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術 1 上顎に局限するもの 2 篩骨蜂巢に及ぶもの	6,660点 14,500点
			J 0 3 7	上顎洞口腔瘻閉鎖術 1 簡単なもの 2 困難なもの 3 著しく困難なもの	150点 1,000点 5,800点

J 0 3 8	上顎骨切除術	15,310点
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術	
	1 搔爬	7,640点
	2 切除	28,210点
	3 全摘	56,130点
J 0 4 0	下顎骨部分切除術	14,940点
J 0 4 1	下顎骨離断術	23,600点
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術	
	1 切除	32,550点
	2 切断	43,410点
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）	
	1 長径3センチメートル未満	2,820点
	2 長径3センチメートル以上	11,160点
J 0 4 4	顎骨嚢胞開窓術	2,040点
J 0 4 5	口蓋隆起形成術	2,040点
J 0 4 6	下顎隆起形成術	1,700点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 4 7	腐骨除去手術	
	1 歯槽部に限局するもの	600点
	2 顎骨に及ぶもの	
	イ 片側の3分の1未満の範囲のもの	1,300点
	ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの	3,420点
J 0 4 8	口腔外消炎手術	
	1 骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等	
	イ 2センチメートル未満のもの	180点
	ロ 2センチメートル以上5センチメートル未満のもの	300点
	ハ 5センチメートル以上のもの	750点
	2 顎炎又は顎骨骨髓炎	
	イ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ロ 全顎にわたるもの	5,700点
J 0 4 9	外歯瘻手術	1,500点
J 0 5 0	歯性扁桃周囲膿瘍切開手術	870点
J 0 5 1	がま腫切開術	820点
J 0 5 2	がま腫摘出術	5,950点
J 0 5 3	唾石摘出術（一連につき）	
	1 表在性のもの	640点
	2 深在性のもの	3,770点
	3 腺体内に存在するもの	6,550点
	注 2及び3について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
J 0 5 4	舌下腺腫瘍摘出術	5,990点
J 0 5 5	顎下腺摘出術	9,670点
J 0 5 6	顎下腺腫瘍摘出術	9,480点

J 0 5 7	顎下腺悪性腫瘍手術	28,210点
J 0 5 8	削除	
J 0 5 9	耳下腺腫瘍摘出術	
	1 耳下腺浅葉摘出術	27,210点
	2 耳下腺深葉摘出術	31,100点
J 0 6 0	耳下腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	28,210点
	2 全摘	37,620点
J 0 6 1	唾液腺膿瘍切開術	900点
J 0 6 2	唾液腺管形成手術	11,360点
J 0 6 3	歯周外科手術（1歯につき）	
	1 歯周ポケット搔爬術	80点
	2 新付着手術	160点
	3 歯肉切除手術	320点
	4 歯肉剥離搔爬手術	630点
	5 歯周組織再生誘導手術	
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	840点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	380点
	注1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、110点を所定点数に加算する。	
	2 5については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。	
	3 区分番号I 0 1 1—2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の30に相当する点数により算定する。	
	4 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、60点を所定点数に加算する。	
J 0 6 3—2	骨移植術（軟骨移植術を含む。）	
	1 自家骨移植	
	イ 簡単なもの	1,780点
	ロ 困難なもの	14,030点
	2 同種骨移植（生体）	20,770点
	3 同種骨移植（非生体）	18,300点
	注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
J 0 6 3—3	骨（軟骨）組織採取術	
	1 腸骨翼	3,150点
	2 その他のもの	4,510点
	注 2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。	

J 0 6 4	歯肉歯槽粘膜形成手術	
1	歯肉弁根尖側移動術	600点
2	歯肉弁歯冠側移動術	600点
3	歯肉弁側方移動術	770点
4	遊離歯肉移植術	770点
5	口腔前庭拡張術	2,820点
J 0 6 5	歯槽骨骨折非観血的整復術	
1	1歯又は2歯にわたるもの	680点
2	3歯以上にわたるもの	1,300点
J 0 6 6	歯槽骨骨折観血的整復術	
1	1歯又は2歯にわたるもの	1,300点
2	3歯以上にわたるもの	2,700点
J 0 6 7	上顎骨折非観血的整復術	1,570点
J 0 6 8	上顎骨折観血的手術	15,220点
J 0 6 9	上顎骨形成術	
1	単純な場合	21,130点
2	複雑な場合及び2次の再建の場合	41,370点
3	骨移動を伴う場合	72,900点
	注 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 0	頬骨骨折観血的整復術	15,090点
J 0 7 0-2	頬骨変形治療骨折矯正術	35,100点
J 0 7 1	下顎骨折非観血的整復術	1,240点
	注 連続した歯に対して三内式線鋸子以上の結紮法を行った場合は、650点を所定点数に加算する。	
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	
1	片側	13,000点
2	両側	24,840点
J 0 7 2-2	下顎関節突起骨折観血的手術	
1	片側	28,210点
2	両側	47,020点
J 0 7 3	口腔内軟組織異物(人工物)除去術	
1	簡単なもの	30点
2	困難なもの	
イ	浅在性のもの	680点
ロ	深在性のもの	1,290点
3	著しく困難なもの	4,400点
J 0 7 4	顎骨内異物(挿入物を含む)除去術	
1	簡単なもの	
イ	手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合	850点
ロ	手術範囲が全顎にわたる場合	1,680点
2	困難なもの	
イ	手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合	2,900点
ロ	手術範囲が全顎にわたる場合	4,180点

J 0 7 5	下顎骨形成術	
1	おとがい形成の場合	6,490点
2	短縮又は伸長の場合	22,310点
3	再建の場合	36,080点
4	骨移動を伴う場合	54,210点
	注1 2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。	
	2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 5-2	下顎骨延長術	
1	片側	22,310点
2	両側	33,460点
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術	34,520点
J 0 7 7	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
J 0 7 8	顎関節脱臼観血的手術	23,830点
J 0 7 9	顎関節形成術	40,870点
J 0 8 0	顎関節授動術	
1	徒手授動術(パンピングを併用した場合)	990点
2	顎関節鏡下授動術	7,310点
3	開放授動術	22,820点
J 0 8 1	顎関節円板整位術	
1	顎関節鏡下円板整位術	18,810点
2	開放円板整位術	27,300点
J 0 8 2	歯科インプラント摘出術(1個につき)	
1	人工歯根タイプ	460点
2	ブレードタイプ	1,250点
3	骨膜下インプラント	1,700点
	注 骨の開さくを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 8 3	顎骨インプラント摘出術	
1	2分の1顎未満の範囲のもの	2,040点
2	2分の1顎以上の範囲のもの	6,270点
J 0 8 4	創傷処理	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250点
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680点
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,000点
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470点
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850点
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320点
	注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
	3 汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回を限度として100点を所定点数に加算する。	

J 0 8 4-2	小児創傷処理(6歳未満)	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250点
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400点
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850点
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,860点
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450点
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500点
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950点
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450点
注1	切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
	3 汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回を限度として100点を所定点数に加算する。	
J 0 8 5	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	1,020点
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990点
注1	当初の1回を限度として算定する。	
	2 骨、臑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。	
J 0 8 6	上顎洞開窓術	1,300点
J 0 8 6-2	内視鏡下上顎洞開窓術	3,600点
J 0 8 7	上顎洞根治手術	6,660点
J 0 8 7-2	上顎洞炎術後後出血止血法	6,660点
J 0 8 8	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
J 0 8 9	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
J 0 8 9-2	全層植皮術	
1	25平方センチメートル未満	10,000点
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500点
3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	28,210点
4	200平方センチメートル以上	40,290点
注	広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	

J 0 9 0	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。	
J 0 9 0-2	皮膚移植術(死体)	
1	200平方センチメートル未満	6,750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	9,000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	13,490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	32,920点
J 0 9 1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
1	25平方センチメートル未満	3,760点
2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440点
3	100平方センチメートル以上	20,280点
J 0 9 2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120点
J 0 9 3	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	84,050点
J 0 9 4	削除	
J 0 9 5	複合組織移植術	15,210点
J 0 9 6	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	110,700点
J 0 9 7	粘膜移植術	
1	4平方センチメートル未満	6,510点
2	4平方センチメートル以上	7,080点
J 0 9 8	血管結紮術	3,130点
J 0 9 9	動脈形成術、吻合術	18,080点
J 0 9 9-2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	16,640点
注	使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 0	血管移植術、バイパス移植術	
1	頭、頸部動脈	55,050点
2	その他の動脈	30,290点
J 1 0 0-2	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	10,800点
注1	6歳未満の乳幼児の場合は、300点を所定点数に加算する。	
2	使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 1	神経移植術	23,520点
J 1 0 2	交感神経節切除術	23,660点
J 1 0 3	過長茎状突起切除術	5,880点
J 1 0 4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)	
1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280点
2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050点
3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230点
4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160点
注	口腔領域の腫瘍に限り算定する。	

J 1 0 4 - 2	皮膚悪性腫瘍切除術	
1	広汎切除	28,210点
2	単純切除	11,000点
注	放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合は、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。	
J 1 0 5	癬痕拘縮形成手術	12,660点
J 1 0 6	気管切開術	2,570点
J 1 0 7	気管切開孔閉鎖術	1,040点
J 1 0 8	顔面神経麻痺形成手術	
1	静的なもの	19,110点
2	動的なもの	58,500点
J 1 0 9	広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	
1	1回法によるもの	14,500点
2	2回法によるもの	
イ	1次手術	11,500点
ロ	2次手術	4,500点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
2	1及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、4,000点を所定点数に加算する。	
J 1 1 0	広範囲顎骨支持型装置搔爬術	1,800点
注	区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回を限度として算定する。	
	第2節 輸血料	
区分		
J 2 0 0	輸血	
注	医科点数表の区分番号 K 920 に掲げる輸血の例により算定する。	
J 2 0 0 - 2	輸血管理料	
注	医科点数表の区分番号 K 9 2 0 - 2 に掲げる輸血管理料の例により算定する。	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J 2 0 0 - 3	削除	
J 2 0 0 - 4	上顎洞手術用内視鏡加算	1,000点
注	区分番号 J 0 8 7 及び J 0 8 7 - 2 に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。	
J 2 0 0 - 5	画像等手術支援加算	
1	ナビゲーションによるもの	2,000点
2	実物大臓器立体モデルによるもの	2,000点
注1	1については、区分番号 J 0 8 6 から J 0 8 7 - 2 までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	
2	2については、区分番号 J 0 1 9 の2、J 0 3 8 から J 0 4 0 まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 9、J 0 7 0 - 2、J 0 7 5 及び J 0 7 6 に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	

第4節 薬剤料

区分

J 2 0 1 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

第5節 特定薬剤料

区分

J 3 0 0 特定薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

- 注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。
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

区分

J 4 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 麻酔

通則

- 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。
- 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。
- 未熟児、新生児（未熟児を除く。）乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。
- 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置及び手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に処置若しくは手術を行った場合又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置及び手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
- 第10部に掲げる麻酔料以外の麻酔料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 麻酔料

区分

K 0 0 0 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの） 42点
K 0 0 1 浸潤麻酔 30点
K 0 0 2 吸入鎮静法（30分まで） 70点

- 注1 実施時間が30分を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に10点を加算する。
2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

<p>K 0 0 3 静脈内鎮静法</p> <p style="margin-left: 20px;">注 区分番号 K 0 0 2 に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。</p> <p style="margin-left: 20px;">第2節 薬剤料</p> <p>区分</p> <p>K 1 0 0 薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数</p> <p style="margin-left: 20px;">注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。</p> <p style="margin-left: 20px;">2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p style="margin-left: 20px;">第3節 特定保険医療材料</p> <p>区分</p> <p>K 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">第11部 放射線治療</p> <p>通則</p> <p>1 放射線治療の費用は、各区分の所定点数により算定する。</p> <p>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放射線治療の費用は、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。</p> <p>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60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>区分</p> <p>L 0 0 0 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p> <p style="margin-left: 20px;">注1 線量分布図を作成し、区分番号 L 0 0 1 に掲げる体外照射、区分番号 L 0 0 3 の1に掲げる外部照射、区分番号 L 0 0 3 の2に掲げる腔内照射又は区分番号 L 0 0 3 の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回を限度として算定する。</p> <p style="margin-left: 20px;">2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号 L 0 0 1 の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号 L 0 0 1 の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、330点を所定点数に加算する。</p> <p style="margin-left: 20px;">3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号 L 0 0 1 の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号 L 0 0 1 の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、患者1人1日につき1回を限度として100点を所定点数に加算する。</p>	<p>L 0 0 1 体外照射</p> <p style="margin-left: 20px;">1 エックス線表在治療</p> <p style="margin-left: 40px;">イ 1回目 110点</p> <p style="margin-left: 40px;">ロ 2回目 33点</p> <p style="margin-left: 20px;">2 高エネルギー放射線治療</p> <p style="margin-left: 40px;">イ 1回目</p> <p style="margin-left: 80px;">(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 840点</p> <p style="margin-left: 80px;">(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,320点</p> <p style="margin-left: 80px;">(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,800点</p> <p style="margin-left: 40px;">ロ 2回目</p> <p style="margin-left: 80px;">(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点</p> <p style="margin-left: 80px;">(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 660点</p> <p style="margin-left: 80px;">(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 900点</p> <p style="margin-left: 20px;">3 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p style="margin-left: 40px;">イ 1回目 3,000点</p> <p style="margin-left: 40px;">ロ 2回目 1,500点</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">4 術中照射療法を行った場合は、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。</p> <p style="margin-left: 20px;">5 体外照射用固定器具を使用した場合は、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p style="margin-left: 20px;">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（2のイの③若しくはロの③又は3に係るものに限る。）を行った場合は、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回を限度として300点を所定点数に加算する。</p> <p>L 0 0 2 電磁波温熱療法（一連につき）</p> <p style="margin-left: 20px;">1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点</p> <p style="margin-left: 20px;">2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点</p> <p>L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき）</p> <p style="margin-left: 20px;">1 外部照射 80点</p> <p style="margin-left: 20px;">2 腔内照射</p> <p style="margin-left: 40px;">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</p> <p style="margin-left: 40px;">ロ その他の場合 5,000点</p> <p style="margin-left: 20px;">3 組織内照射</p> <p style="margin-left: 40px;">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</p> <p style="margin-left: 40px;">ロ その他の場合 19,000点</p> <p style="margin-left: 20px;">4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p>
--	---

- 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。

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歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
- 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のみを算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M029に掲げるものに限る。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 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口腔につき） 100点

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等について、患者に対し、説明を行った場合に算定する。

- 2 同一患者につき、補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。
- 3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- 4 区分番号M000-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。

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 支台歯とボンティックの数の合計が5歯以下の場合 | 330点 |
| 3 支台歯とボ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及び訪問診療を行った場合は、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。	
	2 1 のロについて、CAD/CAM冠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 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については、470点を所定点数に加算する。	
	4 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。	
	5 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。	
	6 2 のロについて、CAD/CAM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 3 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。	
	8 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、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。	
	2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。	
M001-3	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	120点
注	麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。	
M002	支台築造（1歯につき）	
1	メタルコア	
イ	大白歯	176点
ロ	小白歯及び前歯	150点
2	その他	126点
注 1	窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。	
	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）	26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	30点
ロ	連合印象	62点

2	欠損補綴（1装置につき）	
イ	単純印象	
(1)	簡単なもの	40点
(2)	困難なもの	70点
ロ	連合印象	228点
ハ	特殊印象	270点
ニ	ブリッジ	
(1)	支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	280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	332点
ホ	口蓋補綴、顎補綴	
(1)	印象採得が困難なもの	220点
(2)	印象採得が著しく困難なもの	400点
3	副子（1装置につき）	40点
注	保険医療材料料は、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、レジン前装金属冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回を限度として算定する。	
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	
(1)	支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	150点
(2)	支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	300点
ロ	有床義歯	
(1)	少数歯欠損	60点
(2)	多数歯欠損	120点
(3)	総義歯	230点
ハ	有床義歯修理	
(1)	少数歯欠損	30点
(2)	多数歯欠損	60点
(3)	総義歯	115点
ニ	口蓋補綴、顎補綴	
(1)	印象採得が困難なもの	150点
(2)	印象採得が著しく困難なもの	300点
3	副子の装着の場合（1装置につき）	30点
注 1	区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当する点数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)			M011	レジン前装金属冠(1歯につき)	1,174点
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		M012及びM013	削除	
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		M014	ジャケット冠(1歯につき)	390点
M006	咬合採得			M015	硬質レジンジャケット冠(1歯につき)	750点
1	歯冠修復(1個につき)	16点		M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	1,200点
2	欠損補綴(1装置につき)			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、小白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。	
イ	ブリッジ			M016	乳歯金属冠(1歯につき)	200点
(1)	支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	74点		M016-2	小児保険装置	600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	148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。	
ロ	有床義歯			2	保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
(1)	少数歯欠損	55点		(欠損補綴)		
(2)	多数歯欠損	185点		M017	ポンティック(1歯につき)	434点
(3)	総義歯	280点		注1	レジン前装金属ポンティックは、746点を所定点数に加算する。	
注	保険医療材料料は、所定点数に含まれる。			2	金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	
M007	仮床試適(1床につき)			M018	有床義歯	
1	少数歯欠損	40点		1	局部義歯(1床につき)	
2	多数歯欠損	100点		イ	1歯から4歯まで	570点
3	総義歯	190点		ロ	5歯から8歯まで	700点
注	保険医療材料料は、所定点数に含まれる。			ハ	9歯から11歯まで	930点
M008	ブリッジの試適			ニ	12歯から14歯まで	1,350点
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	総義歯(1顎につき)	2,110点
2	支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合(歯冠修復)	80点		M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
M009	充填(1歯につき)			1	局部義歯(1床につき)	
1	充填1			イ	1歯から4歯まで	670点
イ	単純なもの	102点		ロ	5歯から8歯まで	900点
ロ	複雑なもの	154点		ハ	9歯から11歯まで	1,120点
2	充填2			ニ	12歯から14歯まで	1,750点
イ	単純なもの	57点		2	総義歯(1顎につき)	2,780点
ロ	複雑なもの	105点		M020	鑄造鈎(1個につき)	
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。			1	双子鈎	234点
2	1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。			2	二腕鈎	216点
M010	金属歯冠修復(1個につき)			M021	線鈎(1個につき)	
1	インレー			1	双子鈎	200点
イ	単純なもの	190点		2	二腕鈎(レストつき)	140点
ロ	複雑なもの	284点		3	レストのないもの	120点
2	4分の3冠(前歯)	370点		M021-2	コンビネーション鈎(1個につき)	220点
3	5分の4冠(小白歯)	310点		注	二腕鈎の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鈎と線鈎を組み合わせる場合、	
4	全部金属冠(小白歯及び大白歯)	454点		算定する。		
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、大白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。					

M022	フック、スパー（1個につき） 注 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	103点
M023	バー（1個につき） 1 鋳造バー 2 屈曲バー 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、保険医療材料は、所定点数に含まれる。	438点 248点
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 2 印象採得が著しく困難なもの 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 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	1,500点 4,000点
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） 2 床義歯形態のもの（1顎につき） 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 保険医療材料は、所定点数に含まれる。 （その他の技術）	18,000点 13,000点
M026	補綴隙（1個につき） 注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。	40点
M027及びM028	削除 （修理）	
M029	有床義歯修理（1床につき） 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（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日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき24点を所定点数に加算する。	228点
M030	有床義歯内面適合法 1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで ロ 5歯から8歯まで ハ 9歯から11歯まで ニ 12歯から14歯まで 2 総義歯（1顎につき） 注 保険医療材料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	210点 260点 360点 560点 770点

M031からM033まで	削除	
M034	歯冠継続歯修理（1歯につき） 注 保険医療材料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	70点
M035からM040まで	削除	
M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき） 注 保険医療材料は、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	1,200点
区分		
M100	特定保険医療材料 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	材料価格を10円で除して得た点数
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 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。 2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。 3 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	1,500点
N001	顎口腔機能診断料 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。 2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回を限度として算定する。 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は、所定点数に含まれる。	2,300点
N002	歯科矯正管理料 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1回を限度として算定する。	240点

	2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回を限度として算定する。	
	2 1については、顎態模型を調製した場合は、200点を所定点数に加算する。	
	3 2については、予測歯1歯につき60点を所定点数に加算する。	
	4 印象採得料、咬合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N005	動的処置(1口腔1回につき)	
	1 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年以内に行った場合	
	イ 同一月内の第1回目	250点
	ロ 同一月内の第2回目以降	100点
	2 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年を超えた後に行った場合	
	イ 同一月内の第1回目	200点
	ロ 同一月内の第2回目以降	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N006	印象採得(1装置につき)	
	1 マルチブラケット装置	40点
	2 その他の装置	
	イ 印象採得が簡単なもの	143点
	ロ 印象採得が困難なもの	265点
	ハ 印象採得が著しく困難なもの	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N007	咬合採得(1装置につき)	
	1 簡単なもの	70点
	2 困難なもの	140点
	3 構成咬合	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N008	装着	
	1 装置(1装置につき)	
	イ 可撤式装置	300点
	ロ 固定式装置	400点

	2 帯環(1個につき)	80点
	3 ダイレクトボンドブラケット(1個につき)	100点
注1	1のイについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	2 1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。	
	3 1のロについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	4 3について、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれる。	
N008-2	植立(1本につき)	500点
N009	撤去	
	1 帯環(1個につき)	30点
	2 ダイレクトボンドブラケット(1個につき)	60点
	3 歯科矯正用アンカースクリュー(1本につき)	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N010	セパレイティング(1箇所につき)	40点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N011	結紮(1顎1回につき)	50点
	注 結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
	(矯正装置)	
N012	床装置(1装置につき)	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,000点
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(保険医療材料料等を含む。)を所定点数に加算する。	
N014	プロトラクター(1装置につき)	2,000点
N015	拡大装置(1装置につき)	2,500点
	注 スケレトンタイプの場合は、500点を所定点数に加算する。	
N016	アクチバートル(FKO)1装置につき)	3,000点
N017	リングルアーチ(1装置につき)	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,500点
N018	マルチブラケット装置(1装置につき)	
	1 ステップI	
	イ 3装置目までの場合	600点
	ロ 4装置目以降の場合	250点
	2 ステップII	
	イ 2装置目までの場合	800点
	ロ 3装置目以降の場合	250点
	3 ステップIII	
	イ 2装置目までの場合	1,000点
	ロ 3装置目以降の場合	300点

4	ステップⅣ	
イ	2装置目までの場合	1,200点
ロ	3装置目以降の場合	300点
	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の1装置に限り算定する。	
N019	保定装置（1装置につき）	
1	プレートタイプリテーナー	1,500点
2	メタルリテーナー	6,000点
3	スプリングリテーナー	1,500点
4	リンガルアーチ	1,500点
5	リンガルバー	2,500点
6	ツースポジションナー	3,000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	パワーチェーン	20点
2	コイルスプリング	20点
3	ピグテイル	20点
4	アップライトスプリング	40点
5	エラスティクス	20点
6	超弾性コイルスプリング	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N027	矯正用ろう着（1箇所につき）	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N028	床装置修理（1装置につき）	200点
	注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	
	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	400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に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。	
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に掲げる術中迅速細胞診、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回を限度として算定する。	
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	
(1)	組織診断を行った場合	120点
(2)	細胞診断を行った場合	60点
ロ	口腔病理診断管理加算2	
(1)	組織診断を行った場合	320点
(2)	細胞診断を行った場合	160点
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回を限度として算定する。	
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。	

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（処方せんの受付1回につき） | 41点 |
|------------------------|-----|
- 注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、ロに該当する保険薬局であって、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この限りでない。
- イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）
- ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限る。イに該当するものを除く。）
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。
- なお、注1のロに該当する場合にあつては、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のみ加算できる。
- | | |
|-----------|-----|
| イ 基準調剤加算1 | 12点 |
| ロ 基準調剤加算2 | 36点 |
- 3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。
- | | |
|----------------|-----|
| イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |
- 4 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
- 6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の受結率（当該保険薬局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495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格

を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（薬事法（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。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算定する。

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 | |
| (1) 7日目以下の部分（1日分につき） | 5点 |
| (2) 8日目以上の部分（1日分につき） | 4点 |
| ロ 15日以上21日分以下の場合 | 71点 |
| ハ 22日以上30日分以下の場合 | 81点 |
| ニ 31日以上の場合 | 89点 |
- 注1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については、算定しない。
- 2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。
- 3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- | | |
|-------------|--------------------------------|
| イ 56日分以下の場合 | 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数 |
| ロ 57日分以上の場合 | 290点 |
- 2 屯服薬 21点
- 注 1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
- 3 浸煎薬（1調剤につき） 190点
- 注 4調剤以上の部分については算定しない。
- 4 湯薬（1調剤につき） 190点
- | | |
|----------------------|------|
| イ 7日分以下の場合 | 190点 |
| ロ 8日以上28日分以下の場合 | |
| (1) 7日目以下の部分 | 190点 |
| (2) 8日目以上の部分（1日分につき） | 10点 |
| ハ 29日分以上の場合 | 400点 |
- 注 4調剤以上の部分については算定しない。
- 5 注射薬 26点
- 注 1回の処方せん受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
- 6 外用薬（1調剤につき） 10点
- 注 4調剤以上の部分については算定しない。
- 注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。
- 2 5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、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、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。

- 3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、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、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。
- 5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付1回につき40点を加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあつては、この限りでない。
- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。
- イ 内服薬及び屯服薬
- | | |
|--|-----|
| (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 ^か 顆粒剤又はエキス剤の内服薬 | 20点 |
| (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 ^か 顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 | 90点 |
| (3) 液剤 | 45点 |
- ロ 外用薬
- | | |
|---|-----|
| (1) 錠剤、トローチ剤、軟・ ^こ 硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、 ^ま 坐剤 | 90点 |
| (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤 | 75点 |
| (3) 液剤 | 45点 |
- 7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは^か顆粒剤又は軟・^こ硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。
- イ 液剤の場合 35点
- ロ 散剤又は^か顆粒剤の場合 45点
- ハ 軟・^こ硬膏剤の場合 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、処方せん受付1回につき15点を加算する。
- 第2節 薬学管理料

- 区分
- 10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 41点
- 注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、八を除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34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 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 麻薬を調剤した場合であつて、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、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。
- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点
- 4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であつて、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、4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、5点を所定点数に加算する。
- 6 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除き、算定しない。
- 11及び12 削除
- 13 長期投薬情報提供料
- | | |
|-------------------------|-----|
| 1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき） | 18点 |
| 2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき） | 28点 |
- 注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であつて、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。
- 2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であつて、当該患者の次の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。
- 3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
- 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外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。
- 2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
- 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料 650点
- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点
- 注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者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と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5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 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 4 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つ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 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 4 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点
- 注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家へ赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 4 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、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
- 15の5 服薬情報等提供料 15点
- 注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあつた場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況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。
- 2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

- 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

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つた患者については、区分番号15の注3、区分番号15の2の注3及び区分番号15の3の注3の規定は適用しない。

○厚生労働省告示第五十八号
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)の規定に基づき、基本診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十二号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、第九の十一の二の(1)の二及び十九の(5)の水の規定は平成二十七年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

一 保険医療機関(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。)は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

厚生労働大臣 田村 憲久

二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び稟担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第七七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項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）以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 初・再診料の施設基準等

一 医科初診料、医科再診料及び外来診療料並びに歯科初診料の時間外加算に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）

二 医科初診料の夜間・早朝等加算の施設基準

一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

三 医科初診料に係る厚生労働大臣が定める患者

他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

四 医科再診料の外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める検査及び計画的な医学管理

(1) 厚生労働大臣が定める検査

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）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第二章第三節第三節生体検査料に掲げる検査のうち、超音波検査等（脳波検査等）、神経・筋検査（耳鼻咽喉科学的検査）、眼科学的検査（負荷試験等）（ラジオアイソトープを用いた諸検査）及び（内視鏡検査）の各区分に掲げるもの

(2) 厚生労働大臣が定める計画的な医学管理

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに一定の検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、懇切丁寧な説明が行われる医学管理

五 時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

六 明細書発行体制等加算の施設基準

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

(2) 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第五条の第二項に規定する明細書及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第五条の第二項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。

(3) 2の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に揭示していること。

七 地域包括診療加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関（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、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

八 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料の届出を行っていないこと。

(2) 外来診療料に係る厚生労働大臣が定める者

当該病院が他の病院（二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）

九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

(1) 常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。

(2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。

(3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(4) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数）をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。

ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

八 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であつて、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外來診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

二 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

十 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

(5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の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であること。

ロ 歯科診療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外來患者の月平均患者数が十人以上であること。

(2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとつて安心で安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されていること。

第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞在手術等基本料3を算定する患者別表第十一の三に掲げる検査又は手術を実施する患者であつて、入院した日から起算して五日までの期間のもの

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

一 入院診療計画の基準

(1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。

(2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。

(3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

二 院内感染防止対策の基準

(1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。

(2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

三 医療安全管理体制の基準

医療安全管理体制が整備されていること。

四 褥瘡対策の基準

(1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。

(2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

五 栄養管理体制の基準

(1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する病棟を除く。）

(2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

六 歯科点数表第1章第2部入院料等通則第8号に掲げる厚生労働大臣が定める基準

当該保険医療機関内に非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が一名以上配置されていること。

第四の二 歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準

第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。

二 当該栄養管理体制に関する基準のいずれにも該当するものであること。

(1) 当該保険医療機関内に管理栄養士が一名以上配置されていること。

(2) 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。

第五 病院の入院基本料の施設基準等

一 通則

(1) 病院であること。

(2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。

(3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

(4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。

(5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。

(6) 夜勤を行う看護職員（病棟単位で特別入院基本料を算定する場合の看護職員を除く。）又は療養病棟の看護職員及び看護補助者（以下「看護要員」という。）療養病棟入院基本料1の施設基準に係る届出を行った病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護要員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。

(7) 七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師を含む二以上の数の看護職員が行うこと。

(8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

② 当該病棟において、看護職員は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が十八日以内であること。

④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。

- ⑤ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
- ⑥ 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割五分以上であること。
- ⑦ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
- ⑧ 十対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
 - ④ 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- ⑨ 十三対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十四日以内であること。
- ⑩ 二十五対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日以内であること。
- (3) 一般病棟の入院患者の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 - ① 一般病棟の入院患者の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 - ② 当該病棟の入院患者の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 - ③ 当該病棟の入院患者の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
- (4) 夜勤を行う看護職員の一入当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。
 - ① 一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算又は障害者施設等入院基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことがある保険医療機関である場合
 - ② 看護必要度加算の施設基準
 - イ 看護必要度加算1の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。
 - ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、一割五分以上入院させる病棟であること。
 - ロ 看護必要度加算2の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。
 - ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、一割以上入院させる病棟であること。
- (5) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
 - イ 十三対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。
 - ロ 当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。

- (6) 一般病棟入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - ① 当該病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）を算定するものに占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関
 - ② 一般病棟入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める患者
 - イ 当該病棟に三十日を超えて入院している者
 - ロ 午前中に退院する者
 - ③ 当該病棟において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
- (7) 二 退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していない者
 - ① 一般病棟入院基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - イ 当該病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）を算定するものに占める金曜日に入院するものの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）を算定するものに占める月曜日に退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関
 - ロ 一般病棟入院基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める日
 - ① 当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）
- (8) ADLの維持向上等体制加算の施設基準
 - ① 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
 - ② 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (9) 療養病棟入院基本料の施設基準等
 - ① 療養病棟入院基本料1の施設基準
 - イ 療養病棟入院基本料1の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であることとする。
 - ④ 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。
- (10) 当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
 - ① 当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること。

口 療養病棟入院基本料2の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
- ④ 当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- ⑤ 当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること。

(2) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

イ 入院基本料A

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が二十三点以上(以下「ADL区分三」という。)であるもの

ロ 入院基本料B

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満(以下「ADL区分二」という。)であるもの

ハ 入院基本料C

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が十一点未満(以下「ADL区分一」という。)であるもの

ニ 入院基本料D

医療区分二の患者であつて、ADL区分三であるもの

ホ 入院基本料E

医療区分二の患者であつて、ADL区分二であるもの

ヘ 入院基本料F

医療区分二の患者であつて、ADL区分一であるもの

ト 入院基本料G

別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者(以下「医療区分一の患者」という。)であつて、ADL区分三であるもの

チ 入院基本料H

医療区分一の患者であつて、ADL区分二であるもの

リ 入院基本料I

医療区分一の患者であつて、ADL区分一であるもの

(3) 療養病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護要員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(4) 療養病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、療養病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算又は障害者施設等入院基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(5) 療養病棟入院基本料に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射薬の費用

療養病棟入院基本料(特別入院基本料を含む。)を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

(6) 療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

別表第五の四に掲げる状態

(7) 在宅復帰支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

在宅復帰支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

四 結核病棟入院基本料の施設基準等

結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟であること。

④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

⑤ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ハ 十三対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ニ 十五対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ホ 十八対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であることとする。
- ③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ヘ 二十対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であることとする。
- ③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

(2) 結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。

(3) 結核病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合
 当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、療養病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算又は障害者施設等入院基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(4) 結核病棟入院基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定める患者
 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（平成十年法律第百十四号）以下「感染症法」という。第十九条、第二十条及び第二十二條の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者

四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等
 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

(1) 十対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であることとする。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が四十日以内であること。
- ④ 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

ロ 十三対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であることとする。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であること。

- ④ 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。
- ⑤ 身体疾患への治療体制を確保していること。

ハ 十五対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であることとする。

ニ 十八対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であることとする。

ホ 二十対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であることとする。

(2) 精神病棟入院基本料の注2本文に規定する特別入院基本料の施設基準
 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合には、看護職員の数は一以上）であることとする。

- (3) 精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。
- (4) 精神病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合
 当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、療養病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算、精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算又は障害者施設等入院基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(5) 精神病棟入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準
 イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合には、看護職員の数は一以上）であることとする。

- ロ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。
- 精神保健福祉士配置加算の施設基準

(6) イ 当該病棟に専従の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

五 特定機能病院入院基本料の施設基準等

(1) 特定機能病院入院基本料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準

イ 一般病棟

① 七対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十日以内であること。
- 4 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。
- 5 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割五分以上であること。
- 6 データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

② 十対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。
- 4 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ 結核病棟

① 七対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- 4 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

② 十対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

③ 十三対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

④ 十五対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ハ 精神病棟

① 七対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。
- 4 当該病棟において、新規入院患者のうち G A F 尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

② 十対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。
- 4 当該病棟において、新規入院患者のうち G A F 尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

③ 十三対一入院基本料の施設基準

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

- (2) 特定機能病院入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの
感染症法第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者
- (3) 特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準
重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。
看護必要度加算の施設基準
- (4) 看護必要度加算1の施設基準
イ 看護必要度加算1の施設基準
① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟（一般病棟に限る。）であること。
② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
- (5) 看護必要度加算2の施設基準
① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟（一般病棟に限る。）であること。
② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
- (6) 特定機能病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
① 当該病棟において、看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- (7) 特定機能病院入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- (8) 特定機能病院入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める日
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

- (9) ADL維持向上等体制加算の施設基準
イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- 六 専門病院入院基本料の施設基準等
(1) 通則
専門病院は、主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に七割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院であること。
(2) 専門病院入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準
イ 七対一入院基本料の施設基準
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の数に、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
③ 当該病棟の平均在院日数が二十八日以内であること。
④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。
⑤ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
⑥ 当該医療機関の一般病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割五分以上であること。
⑦ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
- (3) 看護必要度加算1の施設基準
イ 看護必要度加算1の施設基準
① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。
② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。
- (4) 看護必要度加算2の施設基準
① 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。
② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。

- 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等
- (1) 障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。
イ 児童福祉法(昭和二十二年法律第六十四号)第四十二条第二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(同法第七条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。))を入所させるものに限る。(又は同法第六条の二に規定する指定医療機関に係る一般病棟であること。
ロ 次のいずれにも該当する一般病棟であること。
① 重度の肢体不自由児(者)×脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)及び十二の(1)において同じ。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね七割以上入院させている病棟であること。
② 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
- (2) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
イ 十三対一入院基本料に係る届出ていた病棟であること。
ロ 当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。
③ 専門病院入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者(退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。)に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関
専門病院入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める患者
次のいずれにも該当する患者
イ 当該病棟に三十日を超えて入院している者
ロ 午前中に退院する者
ハ 当該退院日において、処置(所定点数(医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。))が千点以上のもに限る。又は手術を行っていない者
ニ 退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していない者
④ 専門病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者(入院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。)に占める金曜日入院するもの割合、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者(退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。)に占める月曜日退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関
⑤ 専門病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟に金曜日入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日(当該患者が、処置(所定点数(医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。))が千点以上のもに限る。又は手術を行わない日)並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日(当該患者が、処置(所定点数(医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。))が千点以上のもに限る。又は手術を行わない日)に限る。)
- (3) ADL維持向上等体制加算の施設基準
イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (4) 障害者施設等入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準
イ 七対一入院基本料の施設基準
① (1)のイに該当する病棟であつて、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
ロ 十対一入院基本料の施設基準
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
ハ 十三対一入院基本料の施設基準
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
- (5) 障害者施設等病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合
① 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
② 障害者施設等病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
夜勤を行う看護職員一人当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。
③ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
④ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
⑤ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
⑥ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- (6) 障害者施設等病棟入院基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある患者
別表第四に掲げる患者
特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びに含まれない薬剤及び注射薬
特定入院基本料を算定する患者に対して行った別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。
- (7) 診療所の入院基本料の施設基準等
① 診療所であること。
② 当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。
③ 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。
④ 現に看護に従事している看護職員の数に当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。

第六

- 一
- (1) 診療所であること。
② 当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。
③ 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。
④ 現に看護に従事している看護職員の数に当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 障害者施設等入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準
イ 七対一入院基本料の施設基準
① (1)のイに該当する病棟であつて、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
ロ 十対一入院基本料の施設基準
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
ハ 十三対一入院基本料の施設基準
① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(2)に規定する超重症の状態の患者と同(3)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。
- (3) 障害者施設等病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合
① 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
② 障害者施設等病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの
夜勤を行う看護職員一人当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。
③ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
④ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
⑤ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
⑥ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- (4) 障害者施設等病棟入院基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある患者
別表第四に掲げる患者
特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びに含まれない薬剤及び注射薬
特定入院基本料を算定する患者に対して行った別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。
- (5) 診療所の入院基本料の施設基準等
① 診療所であること。
② 当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。
③ 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。
④ 現に看護に従事している看護職員の数に当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。

二 有床診療所入院基本料の施設基準

(1) 有床診療所入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 有床診療所(療養病床を除く)における看護職員の数が、七以上であること。

① 患者に対して必要な医療を提供するために複数の機能を担っていること。

口 有床診療所入院基本料2の施設基準

① 当該診療所(療養病床を除く)における看護職員の数が、四以上七未満であること。

② イの②の基準を満たすものであること。

ハ 有床診療所入院基本料3の施設基準

① 当該診療所(療養病床を除く)における看護職員の数が、一以上四未満であること。

② イの②の基準を満たすものであること。

ニ 有床診療所入院基本料4の施設基準

イの①の基準を満たすものであること。

ホ 有床診療所入院基本料5の施設基準

口の①の基準を満たすものであること。

ヘ 有床診療所入院基本料6の施設基準

ハの①の基準を満たすものであること。

有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 医科点数表の退院時共同指導料1の1に規定する在宅療養支援診療所(以下、「在宅療養支援診療所」という。)であつて、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

口 急性期医療を担う診療所であること。

ハ 緩和ケアに係る実績を有する診療所であること。

夜間緊急体制確保加算の施設基準

入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

医師配置加算の施設基準

イ 医師配置加算1の施設基準

次のいずれにも該当すること。

① 当該診療所における医師の数が、二以上であること。

② 次のいずれかに該当すること。

1 在宅療養支援診療所であつて、訪問診療を実施しているものであること。

2 急性期医療を担う診療所であること。

口 医師配置加算2の施設基準

当該診療所における医師の数が、二以上であること(イに該当する場合を除く)。

看護配置加算及び夜間看護配置加算の施設基準

イ 看護配置加算1の施設基準

当該診療所(療養病床を除く)における看護職員の数、看護師三を含む十以上であること。

口 看護配置加算2の施設基準

当該診療所(療養病床を除く)における看護職員の数が、十以上であること(イに該当する場合を除く)。

ハ 夜間看護配置加算1の施設基準

当該診療所における夜間の看護要員の数が、看護職員一を含む二以上であること。

ニ 夜間看護配置加算2の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数、一以上であること(ハに該当する場合を除く)。

ホ 看護補助配置加算1の施設基準

当該診療所(療養病床を除く)における看護補助者の数が、二以上であること。

看護補助配置加算2の施設基準

当該診療所(療養病床を除く)における看護補助者の数が、一以上であること(ホに該当する場合を除く)。

看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

(7) 有床診療所入院基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病床及び有床診療所療養病床入院基本料に係る病床の双方を有していること。

(8) 栄養管理実施加算の施設基準

① 当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

② 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

(1) 通則

療養病床であること。

(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すことに一以上であること。

② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すことに一以上であること。

③ 当該病棟に入院している患者に係る褥瘡じよくそうの発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

口 有床診療所療養病床入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

① 入院基本料A

1 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合(以下この口において「特定患者八割未満の場合」という。)

にあつては、医療区分三の患者

2 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合(以下この口において「特定患者八割以上の場合」という。)

にあつては、次のいずれにも該当す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(以下この口において「四対一配置保険医療機関」という。)(入院している医療区分三の患者

(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すことに一以上であること。

(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すことに一以上であること。

② 入院基本料B

1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者(医療区分三の患者を除く。)

であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの

2 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者(医療区分三の患者を除く)であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの

- 第七 削除
- 第八 入院基本料等加算の施設基準等
総合入院体制加算の施設基準
総合入院体制加算 1 の施設基準
- (1) 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。
急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ③ 入院基本料 C
1 特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL 区分一であるもの
2 特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL 区分一であるもの
入院基本料 D
④ 1 特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であつて、ADL 区分三であるもの
2 特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、ADL 区分三であるもの
入院基本料 E
⑤ 1 特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であつて、ADL 区分二又は ADL 区分一であるもの
2 特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、ADL 区分二又は ADL 区分一であるもの、又は次のいずれかに該当しない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
(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すことにより一以上であること。
(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すことにより一以上であること。
- 八 有床診療所療養病床入院基本料に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射液の費用
有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムを含まず）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の二に掲げる薬剤及び注射液の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。
- 二 有床診療所療養病床入院基本料の注 4 に規定する厚生労働大臣が定める状態別表第五の四に掲げる状態
ホ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準
ヘ 看取り加算の施設基準
ト 当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。
有床診療所療養病床入院基本料の注 9 に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病床及び有床診療所療養病床入院基本料に係る病床の双方を有していること。
チ 栄養管理実施加算の施設基準
① 当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
② 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

- 八 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
二 急性期医療に係る実績を十分有していること。
ホ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
ヘ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
ト 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 総合入院体制加算 2 の施設基準
イ (1) のイ、ハ及びヘを満たすものであること。
ロ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
ハ 急性期医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ニ 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。
二から五まで 削除
- 六 臨床研修病院入院診療加算の施設基準
(1) 基幹型の施設基準
次のいずれかに該当すること。
イ 次のいずれにも該当する基幹型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十四年厚生労働省令第五十八号）第三条第一号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ 次のいずれにも該当する基幹型相当大学病院（医師法第十六条の二第一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のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であつて、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
④ 単独型又は管理型の施設基準
次のいずれかに該当すること。
イ 次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第三百三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一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。）のうち、単独で又は歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一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。）のうち、他の施設と共

同して臨床研修を行う病院（単独型相当大病院を除く。）であつて、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

(3) ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
協力型の施設基準

イ 次のいずれにも該当する協力型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第二号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）であること。

① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する協力型相当大病院（医師法第十六条の二第一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のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大病院を除く。）をいう。）であること。

① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。

① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 次のいずれにも該当する協力型相当大病院（歯科医師法第十六条の二第一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。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大病院及び管理型相当大病院を除く。）であること。

① 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の二 救急医療管理加算の施設基準
休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。
六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等
(1) 超急性期脳卒中加算の施設基準
イ 当該保険医療機関内に、脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
ロ 当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。
ハ その他当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ニ 治療室等、当該治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(2) 超急性期脳卒中加算の対象患者
脳梗塞発症後四・五時間以内である患者

六の四 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること。

六の五 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
特掲診療所の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）第三の六の(2)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一の(2)に該当する在宅療養支援病院
六の六 在宅患者共同診療所に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等
別表第十三に掲げる疾病等

七 診療録管理体制加算の施設基準
(1) 診療録管理体制加算¹
イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

(2) 診療録管理体制加算²
イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。
ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。

七の二 医師事務作業補助体制加算の施設基準
(1) 医師事務作業補助体制加算¹
イ 急性期医療を担う病院であること。
ロ 医師の事務作業を補助する十分な体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。
ハ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 医師事務作業補助体制加算²
イ (1)のイ及びロを満たすものであること。
ロ 医師の事務作業を補助する体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準
(1) 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者五割以上）の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
ロ 当該病棟において、看護補助者の最小必要数の五割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。

ハ 急性期医療を担う病院であること。
ニ 七対一入院基本料又は十対一入院基本料を算定する病棟であること。
ホ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、十対一入院基本料を算定する病棟にあつては〇・五割以上入院させる病棟であること。

ヘ 病院勤務医及び看護職員等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2) 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者五割未満）の施設基準
(1)のイ及びロから八までを満たすものであること。

(3) 50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
ロ (1)のロから八までを満たすものであること。

- (4) 75対1急性期看護補助体制加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
 - ロ (1)の八からへまでを満たすものであること。
- (5) 夜間25対1急性期看護補助体制加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
- (6) 夜間50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
- (7) 夜間100対1急性期看護補助体制加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が百又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
- 七の四 看護職員夜間配置加算の施設基準
 - (1) 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十二又はその端数を増すことに一以上であること。
 - (2) 急性期医療を担う病院であること。
 - (3) 七対一入院基本料又は十対一入院基本料を算定する病棟であること。
 - (4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、十対一入院基本料を算定する病棟にあつては〇・五割以上入院させる病棟であること。
 - (5) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- 七の五 乳幼児加算・幼児加算の注1及び注2に規定する基準
 - イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- 八 難病患者等入院診療加算に規定する疾患及び状態
 - イ 別表第六に掲げる疾患及び状態
- 九 特殊疾患入院施設管理加算の施設基準
 - (1) 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね七割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所(一般病棟に限る。以下この号において同じ。)であること。
 - (2) 当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は当該有床診療所の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は当該有床診療所における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
 - (3) 当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該有床診療所の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該有床診療所における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - (4) 当該有床診療所において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- 十 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象患者の状態等
 - (1) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1及び注2に規定する基準
 - イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

- (2) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態
 - イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が六月以上又は新生児期から継続している状態であること。
 - ロ 超重症児(者)の判定基準による判定スコアが二十五点以上であること。
- (3) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態
 - イ 超重症の状態に準ずる状態であること。
 - ロ 超重症児(者)の判定基準による判定スコアが十点以上であること。
- 十一 削除
- 十二 看護配置加算の施設基準
 - (1) 一般病棟入院基本料若しくは障害者施設等入院基本料の十五対一入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
 - (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 十三 看護補助加算1の施設基準
 - (1) 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
 - ロ 十三対一入院基本料(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を〇・五割以上入院させる病棟に限る)、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
 - ハ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
- (2) 看護補助加算2の施設基準
 - イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
 - ロ 十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
 - ハ (1)の八を満たすものであること。
- (3) 看護補助加算3の施設基準
 - イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
 - ロ 十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
 - ハ (1)の八を満たすものであること。
- 十四 地域加算に係る地域
 - イ 一般職の職員の給与に関する法律(昭和二十五年法律第九十五号)第十一条の三第一項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域
 - ロ 十五から十七まで 削除
 - ハ 離島加算に係る地域
- 十五 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- (1) 小笠原諸島振興特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (2) 奄美群島振興特別措置法(昭和二十九年法律第八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 小笠原諸島振興特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (4) 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

十九 重症者等療養環境特別加算の施設基準

- (1) 常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等が配置されていること。
- (2) 個室又は二人部屋の病床であつて、療養上の必要から当該重症者等を入院させるのに適したものであること。

十九の二 小児療養環境特別加算に規定する基準

当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

二十 療養病棟療養環境加算の施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算1の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ 口に掲げる機能訓練室のほか、十分な施設を有していること。

- 二 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第十九条第一項第一号並びに第二項第一号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(2) 療養病棟療養環境加算2の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ 口に掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

- 二 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

二十の二 療養病棟療養環境改善加算の施設基準

- (1) 療養病棟療養環境改善加算1の施設基準
 - イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
 - ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ 口に掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

- 二 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

ホ 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。

(2) 療養病棟療養環境改善加算2の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
- ロ 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

ハ 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

ニ 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。

二十一 診療所療養病棟療養環境加算の施設基準

- (1) 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (2) 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
- (3) 医療法施行規則第二十一条の二第一項及び第二項に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

二十一の二 診療所療養病棟療養環境改善加算の施設基準

- (1) 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
- (2) 機能訓練室を有していること。
- (3) 長期にわたる療養を行うにつき十分な医師及び看護師等が配置されていること。
- (4) 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。

二十一の三 無菌治療室管理加算の施設基準

無菌治療室管理加算1の施設基準

- (1) 室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。
- (2) 無菌治療室管理加算2の施設基準
 - 室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。

二十二 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準

- (1) 皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 重症皮膚潰瘍を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行うこと。
- (3) 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

二十三 緩和ケア診療加算の施設基準

- (1) 緩和ケア診療加算の施設基準
 - イ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

ハ がん診療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

- (2) 緩和ケア診療加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
- (3) 緩和ケア診療加算の注2に規定する施設基準
 - イ 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院、許可病床数が二百床以上の病院及び診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。

ロ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- ニ がん診療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

二十三の二 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準

- (1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、緩和ケアに関する経験を有する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）及び緩和ケアに関する経験を有する看護師が配置されていること（当該保険医療機関において有床診療所緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- (3) 当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

二十四 精神科心身併症管理加算の施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）第三十三条の七第一項の規定により都道府県知事が指定する精神科病院であること。
- (2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条の七第一項及び第三十四条第一項から第三項までの規定により入院する者のために必要な専用の病床を確保していること。

二十五 精神科心身併症管理加算の施設基準

- (1) 医療法施行規則第十九条第一項第一号の規定中、「精神科病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数」を「精神科病床に係る病室の入院患者の数の療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数」と読み替えた場合における同号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (2) 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

二十五の二 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に地域移行を推進する部門を設置し、組織的に地域移行を実施する体制が整備されていること。

(3) 当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること。

(4) 長期入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

二十五の三 精神科心身併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科心身併症管理加算の施設基準
 - イ 精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
 - ロ 当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること。
 - ハ 精神障害者であつて心身併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること。
- (2) 精神科心身併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める心身併症を有する患者別表第七の二に掲げる心身併症を有する患者

二十五の四 精神科リエンチーム加算の施設基準

- (1) 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

二十六 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準等

- (1) 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準
 - イ 強度行動障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者
- (2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者
 - イ 強度行動障害スコアが十以上かつ医療度スコアが二十四点以上の患者

二十六の二 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準
 - イ アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者
- (2) 入院治療が必要なアルコール依存症の患者

二十六の三 摂食障害入院医療管理加算の施設基準等

- (1) 摂食障害入院医療管理加算の施設基準
 - イ 摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 摂食障害入院医療管理加算の対象患者
- (2) 重度の摂食障害により著しい体重の減少が認められる患者

二十七 がん診療連携拠点病院加算の施設基準

- (1) がん診療連携の拠点となる病院であること。
- (2) 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

二十八 栄養サポートチーム加算の施設基準等

- (1) 栄養サポートチーム加算の施設基準
 - イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
 - ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。
 - ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- (2) 栄養サポートチーム加算の対象患者
 - イ 栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者であつて、栄養管理計画が策定されているものであること。

(3) 栄養サポートチーム加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域

(4) 栄養サポートチーム加算の注2に規定する施設基準

- イ 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。）を算定する病棟特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。であること。
- ロ 栄養管理に係る診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ハ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- ニ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- ホ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

二十九 医療安全対策加算の施設基準

- (1) 医療安全対策加算1の施設基準
 - イ 医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。
- (2) 医療安全対策加算2の施設基準
 - イ 医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
 - ロ (1)のロ及びハの要件を満たしていること。

二十九の二 感染防止対策加算の施設基準

- (1) 感染防止対策加算1の施設基準
 - イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
 - ハ 当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師（感染防止対策に関する研修を受けたものに限る。）並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。
 - ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2に係る届出を行った保険医療機関と連携していること。

(2) 感染防止対策加算2の施設基準

- イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- ハ 当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。
- ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算1に係る届出を行った保険医療機関と連携していること。

(3) 感染防止対策地域連携加算の施設基準

他の保険医療機関（感染症防止対策加算1に係る届出を行った保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

二十九の三 患者サポート充実加算の施設基準

- (1) 患者相談窓口を設置し、患者に対する支援の充実につき必要な体制が整備されていること。
- (2) 当該窓口にて、専任の看護師、社会福祉士等が配置されていること。

三十 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準等

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準
 - イ 褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。

褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。

褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。

褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

(2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域

(3) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する施設基準

イ 一般病棟入院基本料七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。を算定する病棟特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。であること。

ロ 褥瘡ケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

三十一 ハイリスク妊娠管理加算の施設基準等

(1) ハイリスク妊娠管理加算の施設基準

- イ 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- ロ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する医師が一名以上配置されていること。

ハ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

ニ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

ハ イリスク妊娠管理加算の対象患者
保険診療の対象となる合併症を有している妊婦であって、別表第六の二に掲げるもの

三十二 ハイリスク分娩管理加算の施設基準等

(1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が三名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に常勤の助産師が三名以上配置されていること。

ハ 一年間の分娩実施件数が百二十件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ホ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

ヘ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(2) ハイリスク分娩管理加算の対象患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であって、別表第七に掲げるもの

三十三 退院調整加算の施設基準等

(1) 当該保険医療機関が病院である場合にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

- イ 当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整（以下「退院調整」という。）に関する部門が設置されていること。
- ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。

ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

ニ その他退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関が診療所である場合にあつては次のいずれにも該当するものであること。

- イ 退院調整を担当する専任の者が配置されていること。
- ロ その他退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 退院調整加算の注3に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域

(4) 退院調整加算の注2に規定する施設基準

イ 一般病棟入院基本料七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。を算定する病棟特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。であること。

ロ 退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三十三の二 削除

三十三の三 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準等

(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算1及び2の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。

ハ 新生児特定集中治療室退院調整加算3の施設基準

イ (1)のイを満たすものであること。

ロ 周産期母子医療センター又は小児入院医療管理料1、2若しくは3に係る届出を行った保険医療機関であること。

八 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。

二 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

(3) 新生児特定集中治療室退院調整加算の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの出生時体重が千五百グラム未満の者又は第八の十の(2)に規定する超重症の状態若しくは第八の十の(3)に規定する準超重症の状態である者であつて当該状態が二十八日以上継続しているもの

三十三の四 救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

三十三の五 救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

三十三の六 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十三の七 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十四 総合評価加算の施設基準

(1) 介護保険法施行令(平成十年政令第四百二十二号)第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三十五 削除

三十五の二 呼吸ケアチーム加算の施設基準等

(1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準

イ 人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該加算の対象患者について呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。

ハ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ニ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(2) 呼吸ケアチーム加算の対象患者

次のいずれにも該当する患者であること。

イ 四十八時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。

ロ 次のいずれかに該当する患者であること。

① 人工呼吸器を装着している状態で当該加算を算定できる病棟に入院(転棟及び転床を含む。)した患者であつて、当該病棟に入院した日から起算して一月以内のもの

② 当該加算を算定できる病棟に入院した後人工呼吸器を装着した患者であつて、装着した日から起算して一月以内のもの

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が三割以上であること。

ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二割以上三割未満であること。

ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者

診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。

(2) 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するため十分な時間が確保されていること。

(3) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

(4) 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

(5) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

三十五の五 データ提出加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

三十六 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。

(2) 当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

第九 特定入院料の施設基準等

一 通則

(1) 病院であること。

(2) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

(3) 特定入院料を算定する病棟及び治療室等(地域包括ケア病棟入院料(許可病床数が二百床未満のものに限る)、精神療養病棟及び特定一般病棟入院料を算定する病棟を除く。)以外の病棟において、入院基本料(特別入院基本料等を除く。)を算定していること。

(4) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当していないこと。

二 救命救急入院料の施設基準

(1) 救命救急入院料1の施設基準

- イ 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ② 当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
- ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すことに一以上であること。
- ④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

救命救急入院料2の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準のほか、特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすものであること。

救命救急入院料3の施設基準

- 次のいずれにも該当するものであること。
- ① 救命救急入院料1の施設基準を満たすものであること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすこと。

救命救急入院料4の施設基準

- 次のいずれにも該当するものであること。
- ① 救命救急入院料2の施設基準を満たすものであること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすこと。

救命救急入院料1の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料2の施設基準
- 救命救急入院料3の施設基準
- 救命救急入院料4の施設基準

救命救急入院料2の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料3の施設基準
- 救命救急入院料4の施設基準

救命救急入院料3の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料2の施設基準
- 救命救急入院料4の施設基準

救命救急入院料4の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料2の施設基準
- 救命救急入院料3の施設基準

救命救急入院料5の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料2の施設基準
- 救命救急入院料3の施設基準
- 救命救急入院料4の施設基準

救命救急入院料6の施設基準

- 救命救急入院料1の施設基準
- 救命救急入院料2の施設基準
- 救命救急入院料3の施設基準
- 救命救急入院料4の施設基準
- 救命救急入院料5の施設基準

特定集中治療室管理料2の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

- ① 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすものであること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすこと。

特定集中治療室管理料3の施設基準

- ① ①及び③を満たすものであること。
- ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
- ③ 集中治療を行うにつき必要な専用施設を有していること。
- ④ 特定集中治療室用の重症者度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。

特定集中治療室管理料4の施設基準

- 次のいずれにも該当するものであること。
- ① 特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすものであること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすこと。

特定集中治療室管理料1の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準

特定集中治療室管理料2の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準

特定集中治療室管理料3の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準

特定集中治療室管理料4の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準

特定集中治療室管理料5の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準

特定集中治療室管理料6の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準
- 特定集中治療室管理料5の施設基準

特定集中治療室管理料7の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準
- 特定集中治療室管理料5の施設基準
- 特定集中治療室管理料6の施設基準

特定集中治療室管理料8の施設基準

- 特定集中治療室管理料1の施設基準
- 特定集中治療室管理料2の施設基準
- 特定集中治療室管理料3の施設基準
- 特定集中治療室管理料4の施設基準
- 特定集中治療室管理料5の施設基準
- 特定集中治療室管理料6の施設基準
- 特定集中治療室管理料7の施設基準

- (4) 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すことに以上であること。
- (5) 当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が一名以上配置されていること。
- (6) 脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者を概ね八割以上入院させる治療室であること。
- (7) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (8) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な器械・器具を有していること。
- 五の二 小児特定集中治療室管理料
 - (1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - (2) 当該治療室内に小児集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - (3) 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すことに以上であること。
 - (4) 集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。
 - (5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。
- (6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- 六 新生児特定集中治療室管理料の施設基準等
 - (1) 新生児特定集中治療室管理料1の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - ハ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すことに以上であること。
 - ニ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ホ 集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。
 - (2) 新生児特定集中治療室管理料2の施設基準
 - イ (1)のイ、ハ及びニの基準を満たすものであること。
 - ロ 当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な専任の医師が常時配置されていること。
 - ハ 集中治療を行うにつき相当の実績を有していること。
- (3) 新生児特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾患別表第十四に掲げる疾患
- 六の二 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等
 - (1) 総合周産期特定集中治療室管理料1の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - ハ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すことに以上であること。
 - ニ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ホ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - (2) 総合周産期特定集中治療室管理料2の施設基準
 - イ (1)のイからホまでの基準を満たすものであること。
 - ロ 集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。
- (3) 総合周産期特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾患別表第十四に掲げる疾患
- 六の三 新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準等
 - (1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - (2) 当該保険医療機関内に新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師が常時配置されていること。

- (3) 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が六又はその端数を増すことに以上であること。
- (4) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (5) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (6) 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- (7) 新生児治療回復室入院医療管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾患別表第十四に掲げる疾患
 - 一 類感染症患者入院医療管理料の施設基準等
 - 二 類感染症患者入院医療管理料の施設基準
- イ 病院の治療室を単位として行うものであること。
- ロ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すことに以上であること。
- (2) 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者別表第八に掲げる患者
- 八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準
 - (1) 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね八割以上入院させる病室であつて、一般病棟の病室を単位として行うものであること。
 - (2) 当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
 - (3) 当該病室を有する病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。
 - (4) 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 - (5) 特殊疾患入院医療管理料を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 九 小児入院医療管理料の施設基準
 - (1) 通則
 - イ 小児科を標榜している病院であること。
 - ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
 - ハ 小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - イ 小児入院医療管理料1の施設基準
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとするが、この場合であつても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が九又はその端数を増すことに以上であること。
 - ハ 専ら十五歳未満小児を入院させる病棟であること。
 - ニ 専ら小児の入院医療に係る相当の実績を有していること。
 - ホ 入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ヘ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ト 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。

- (3) 小児入院医療管理料2の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 専ら十五歳未満小児を入院させる病棟であること。
 - ニ 入院を要する小児救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ホ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ヘ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
- (4) 小児入院医療管理料3の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 専ら十五歳未満の小児を入院させる病棟であること。
 - ニ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
- (5) 小児入院医療管理料4の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ロ 当該病床を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ニ 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が十床以上あること。
 - ホ 当該保険医療機関の当該病棟を含めた一般病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。
- (6) 小児入院医療管理料5の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ニ 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準
 - イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。
 - ロ 小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - ハ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
- (7) 回復期リハビリテーション病棟の施設基準
 - イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病床単位で行うものであること。
 - ロ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
 - ハ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。

- ニ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が適切に配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ニ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。
 - ホ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する社会福祉士等が適切に配置されていること。
 - ヘ 当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。
 - ト 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。
 - チ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。
 - リ 当該病棟において、新規入院患者のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが一割以上であること。
 - 又 休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
 - (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ニ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。
 - ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。
 - ト 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が六割以上であること。
 - チ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。
 - リ 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
 - (3)のイから二までを満たすものであること。

- (5) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
別表第九に掲げる状態及び日数
休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準
リハビリテーション充実加算の施設基準
回復期リハビリテーションを要する状態の患者について、心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を一日当たり六単位以上算定していること。
- (6) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準
イ 当該病棟において、リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤医師が一名以上配置されていること。
- (7) 当該病棟において、退院調整を行うにつき十分な経験を有する専従の常勤社会福祉士が一名以上配置されていること。
- (8) 当該病棟において、退院調整を行うにつき十分な経験を有する専従の常勤医師が一名以上配置されていること。
- 十一 削除
- 十二の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等
- (1) 通則
イ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟又は病室であること。
ロ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
ハ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
ニ データ提出加算の届出を行っていること。
ホ 特定機能病院以外の病院であること。
ヘ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- (2) 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
ト 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- (3) 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準
イ 当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病室における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ロ 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
ハ 病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。

- 二 (2)の二を満たすものであること。
ホ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
- (4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準
イ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
ロ (2)のイ及びロを満たすものであること。
- (5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準
イ 病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。
ロ (3)のイ及びロを満たすものであること。
- (6) 地域包括ケア病棟入院料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
- (7) 地域包括ケア病棟入院料の注2に規定する施設基準
イ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟又は病室単位で行うものであること。
ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ハ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ニ 当該病棟又は病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
- ホ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- (8) 看護職員配置加算の施設基準
一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一以上であること。
- (9) 看護補助者配置加算の施設基準
一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。
- (10) 地域包括ケア病棟入院料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬について
別表第五の一の三に定めるもの
- 十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等
特殊疾患病棟入院料1の施設基準
イ 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね八割以上入院させる一般病棟であつて、病棟単位で行うものであること。
ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
- ハ 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。
- 二 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
ホ 特殊疾患医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法第四十二条第二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を入所させるものに限る。）又は同法第六条の二に規定する指定医療機関に係る一般病棟であること。

ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。

① 重度の肢体不自由児（者）等（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の障害者（1のイに掲げる者を除く。）を概ね八割以上入院させる一般病棟又は精神病棟であつて、病棟単位で行うものであること。

十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準

(1) 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

(3) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

(5) 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(6) 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。

(7) 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四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病室が適切な割合であること。

(8) がん診療連携の拠点となる病院若しくは財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

(9) 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

十四 精神科救急入院料の施設基準

(1) 精神科救急入院料の施設基準

イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すことに一以上であること。

ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。

ヘ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ト 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

チ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

リ 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

又 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

(2) 精神科救急入院料の対象患者

別表第十に掲げる患者

(3) 精神科救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣の定める状態

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等

十五 通則

(1) 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ 当該病院に他の精神病棟を有する場合は、精神科救急入院基本料の十対一入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料又は特定入院料を算定している病棟であること。

ホ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員（看護補助者）の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員（看護補助者）の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ニ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ホ 精神科急性期治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ヘ 精神科急性期治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(3) 精神科急性期治療病棟入院料2の施設基準

イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員（看護補助者）の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員（看護補助者）の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

- 二 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。
- ホ 精神科急性期治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ヘ 精神科急性期治療を行うにつき適切な構造設備を有していること。
- (4) 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
別表第十に掲げる患者
- (5) 精神科急性期医師配置加算の施設基準
イ 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すことに一以上配置されていること。
- ロ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- (6) 精神科急性期治療病棟入院料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの
- 十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準
精神科救急・合併症入院料の施設基準
イ 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。
- ロ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- 八 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- 二 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ホ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すことに一以上であること。
- ヘ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が三名以上配置されていること。
- ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- チ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
- リ 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ル 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ル 精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。
- イ 精神科救急・合併症入院料の対象患者
別表第十に掲げる患者
- (3) 精神科救急・合併症入院料の注4に規定する厚生労働大臣の定める状態
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの
- 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準
- (1) 二十歳未満の精神疾患を有する患者を概ね八割以上入院させる病棟（精神病棟に限る。）又は治療室（精神病床に係るものに限る。）を単位として行うものであること。
- (2) 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

- (3) 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- (4) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名は精神保健指定医であること。
- (5) 当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟又は当該治療室を有する病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- (6) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (7) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- 十六 精神療養病棟入院料の施設基準等
精神療養病棟入院料の施設基準
イ 主として長期の入院を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 退院調整を担当する者が配置されていること。
- 八 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- 二 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ホ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
- ヘ 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。
- ト 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
- チ 精神療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 精神療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- リ 重症者加算1の対象患者の状態
GAF尺度による判定が三十以下であること。
- (2) 重症者加算2の対象患者の状態
GAF尺度による判定が四十以下であること。
- (3) 重症者加算1の施設基準
当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
- (4) 退院調整加算の施設基準
イ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- (5) 退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ロ 精神保健福祉士配置加算の施設基準
イ 当該病棟に専従の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
- ロ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

十八 認知症治療病棟入院料の施設基準

(1) 通則

主として急性期の集中的な治療を要する認知症患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

(2) 認知症治療病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。

ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

(3) 認知症治療病棟入院料2の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であることとする。

(4) 退院調整加算の施設基準

イ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に関する支援に関する部門が設置されていること。

ロ 退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(5) 認知症夜間対応加算の施設基準

当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数が三以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、三から当該看護職員の数を減じた数以上）であること。

十九 特定一般病棟入院料の施設基準等

特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域

別表第六の二に掲げる地域

(2) 特定一般病棟入院料1の施設基準

イ 一般病棟（診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病棟の病棟を除く。）であること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ニ 看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。

ホ 夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。

へ 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数の割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

ト 当該病棟の入院患者の平均在院日数（保険診療に係る入院患者（短期滞在手術等基本料1及び3（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）を算定している患者、注7本文及び注9の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定している患者を除く。）を基礎に計算されたものに限る。（3）のハにおいて同じ。）が二十四日以内であること。

(3) 特定一般病棟入院料2の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ハ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日以内であること。

ニ (2)のイ、二及びへを満たすものであること。

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

イ 特定一般病棟入院料1に係る届出を行った病棟であること。

ロ 当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。

(5) 特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準

イ 病室を単位として行うものであること。

ロ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を二割以上入院させる病室であること。

ハ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。

ニ 当該病室を含む病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。

ホ データ提出加算の届出を行っていること。

ヘ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

ト 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

チ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

リ 当該病室において、退院患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割以上であること。

第十 短期滞在手術等基本料の施設基準

一 通則

短期滞在手術等基本料を算定する手術は、別表第十一に掲げるものとする。

二 短期滞在手術等基本料1の施設基準

短期滞在手術による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

短期滞在手術における看護職員の数は、常時、当該回復室の患者の数が四又はその端数を増すことに一以上であること。

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

短期滞在手術等基本料2の施設基準

第十一 経過措置

一 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関については、第五の四の二の(2)の規定にかかわらず、当分の間は、なお従前の例によることができる。

二 当分の間は、第九の九の(1)の口中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数(同令第五十条の規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない医師の員数以上の員数)」と、第九の十四の(1)の口、第九の十五の(1)の口、第九の十六の(1)の口及び第九の十五の(2)中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数(同令第四十九条及び第五十条の規定の適用を受ける間、それぞれこれらの規定により有しななければならない医師の員数以上の員数)」と、第九の十四の(1)のハ、第九の十五の(1)のハ、第九の十五の(2)の(1)の二、第九の十五の(3)及び第九の十六の(1)のハ中「看護師及び准看護師の員数以上の員数」とあるのは「看護師及び准看護師の員数以上の員数(医療法施行規則等の一部を改正する省令(平成十三年厚生労働省令第八号)附則第二十条の規定の適用を受ける病院にあっては、この規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない看護師及び准看護師の員数以上の員数)」とする。

三 平成二十四年三月三十一日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟(同日において当該病棟を有する保険医療機関が診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成二十四年厚生労働省告示第七十六号)による改正前の診療報酬の算定方法に掲げる栄養管理実施加算に係る届出を行っている場合を除く。)については、平成二十六年六月三十日までの間に限り、第四の五の(1)に該当するものとみなす。

四 平成二十六年三月三十一日において現に一般病棟入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料、結核病棟入院基本料の七対一入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料又は専門病院入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、第五の二の(1)のイの④若しくは⑥、(4)のイの②若しくは口の②、第五の四の(1)のイの③、第五の五の(1)のイの①の④若しくは⑤、(4)のイの②若しくは口の②、第五の六の(2)のイの④若しくは⑥、(3)のイの②若しくは口の②、第八の七の三の(1)のホ、第八の七の四の(4)又は第八の十三の(1)の口に該当するものとみなす。この場合において、第五の二の(1)のイの④、第五の四の(1)のイの③及び第五の五の(1)のイの①の④中「病棟であること」とあるのは「病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)」とし、第五の六の(2)のイの④中「一割五分以上入院させる病棟であること」とあるのは、「一割五分以上(一般病棟において悪性腫瘍患者を七割以上入院させる保険医療機関の病棟にあっては、一割以上)入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)」とする。

五 平成二十六年三月三十一日において現に一般病棟入院基本料の七対一入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料、又は専門病院入院基本料の七対一入院基本料に係る届出を行っている病棟については、平成二十七年三月三十一日までの間に限り、第五の二の(1)のイの⑦、第五の五の(1)のイの①の⑥又は第五の六の(2)のイの⑦に該当するものとみなす。

六 改正前の基本診療料の施設基準等第五の(6)及び(7)及び別表第四第十二号の規定については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、なお効力を有する。

七 平成二十六年三月三十一日において現に保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟(一般病棟入院基本料七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料、特定機能病院入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)に入院する特定患者(診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成二十六年厚生労働省告示第五十七号)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A1000の注8に規定する特定患者をいう。)については、当分の間、医療区分3とみなす。

八 平成二十六年三月三十一日において現にデータ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成二十七年三月三十一日までの間に限り、第八の三五の五の(2)に該当するものとみなす。

九 平成二十六年三月三十一日において現に特定集中治療室管理料に係る届出を行っている治療室については、平成二十七年三月三十一日までの間に限り、第九の三の(1)のハの④に該当するものとみなす。

十 平成二十六年三月三十一日において現に八イケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている治療室については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の四の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。

十一 平成二十六年三月三十一日において現に新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2又は総合周産期特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている治療室については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の六の(1)のホ、六の(2)のハ又は六の二の(2)の口に該当するものとみなす。

十二 平成二十六年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1に係る届出を行っている病棟については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のイ又は又を満たすものとみなす。

十三 平成二十六年三月三十一日において現に旧算定方法別表第一区分番号A308-2に掲げる亜急性期入院医療管理料に係る届出を行っている病室については、平成二十六年九月三十日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十一又は第九の十一の(5)の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。

十四 平成二十六年九月三十日までの間は、別表第二中「地域包括ケア病棟入院料を算定する患者」とあるのは、「地域包括ケア病棟入院料を算定する患者、亜急性期入院医療管理料を算定する患者」と、別表第五の一の二中「回復期リハビリテーション病棟入院料」とあるのは、「回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料」とする。

別表第一から別表第十二までを次のように改める。

- 別表第一 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術
 - J0103 口腔内消炎手術(顎炎又は顎骨骨髓炎等に限る。)
 - J0106 口腔底悪性腫瘍手術
 - J0108 舌悪性腫瘍手術
 - J0301 口唇悪性腫瘍手術
 - J0302 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
 - J0303 頬、粘膜炎性腫瘍手術
 - J0305 術後性上顎嚢胞摘出術
 - J0306 上顎骨悪性腫瘍手術
 - J0309 下顎骨悪性腫瘍手術
 - J0402 顎骨腫瘍摘出術
 - J0403 顎骨腫瘍摘出術
 - J0404 歯槽骨骨折観血的整復術
 - J0606 上顎骨骨折観血的手術
 - J0608 上顎骨骨折観血的手術
 - J0609 上顎骨形成術
 - J0700 頬、骨骨折観血的整復術
 - J0702 下顎骨折観血的手術
 - J0722 下顎関節突起骨折観血的手術
 - J0722-2 下顎関節突起骨折観血的手術
 - J0775 下顎骨形成術
 - J0776 顔面多発骨骨折観血的手術
 - J0807 上顎洞根治手術
- 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者
- 一 精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- 二 救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者
- 三 特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者

- 四 小児特定集中治療室管理料を算定する患者
 - 五 新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
 - 六 総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
 - 七 新生児治療回復入院医療管理料を算定する患者
 - 八 一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
 - 九 特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
 - 十 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
 - 十一 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者
 - 十二 特殊疾患病棟入院料を算定する患者
 - 十三 緩和ケア病棟入院料を算定する患者
 - 十四 精神科救急入院料を算定する患者
 - 十五 精神科救急・合併症入院料を算定する患者
 - 十六 精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
 - 十七 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する患者
 - 十八 精神療養病棟入院料を算定する患者
 - 十九 一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟を除く。）に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であつて、医科点数表第一章第二節障害者施設等入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの
 - 二十 一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であつて、医科点数表第一章第二節第一節一般病棟入院基本料の注11、特定機能病院入院基本料の注9又は専門病院入院基本料の注8の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定している患者
 - 二十一 認知症治療病棟入院料を算定している患者
 - 二十二 短期滞在手術等基本料1及び3（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）を算定している患者
- 別表第三 看護配置基準の計算対象としない治療室、病室又は専用施設
- 一 救命救急入院料に係る治療室
 - 二 特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 三 ハイケアユニット入院医療管理料に係る治療室
 - 四 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室
 - 五 小児特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 六 新生児特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 七 総合周産期特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 八 新生児治療回復入院医療管理料に係る治療室
 - 九 一類感染症患者入院医療管理料に係る治療室
 - 十 短期滞在手術等基本料1に係る回復室
 - 十一 外来化学療法加算に係る専用施設
- 別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者
- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
 - 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
 - 三 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等

- 四 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態にある患者
 - 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
 - 六 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者（患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。）
 - 七 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
 - 八 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
 - 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
 - 十 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
 - 十一 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。）にある患者
- 別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬
- 一 これらに含まれる画像診断
 - 写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
 - 撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
 - 二 これらに含まれる処置
 - 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）
 - 喀痰吸引
 - 摘便
 - 酸素吸入
 - 酸素テント
 - 皮膚科軟膏処置
 - 膀胱洗浄
 - 留置力テール設置
 - 導尿
 - 腔洗浄
 - 眼処置
 - 耳処置
 - 耳管処置
 - 鼻処置
 - 口腔、咽頭処置
 - 間接喉頭鏡下喉頭処置
 - ネブライザー
 - 超音波ネブライザー
 - 介達牽引
 - 消炎鎮痛等処置
 - 鼻腔栄養
 - 長期療養患者褥瘡等処置
 - 三 これらに含まれない薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）
 - 抗癌性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

別表第五の一の二 特定入院基本料に規定する厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬並びに療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料に含まれない薬剤及び注射薬（特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び短期滞在手術等基本料3における除外薬剤・注射薬）

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）
群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料に規定する別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬
抗悪性腫瘍剤 悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）及び血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

別表第五の二 療養病棟入院基本料の入院基本料A、入院基本料B及び入院基本料C並びに有床診療所療養病棟入院基本料の入院基本料Aに係る疾患及び状態

一 対象疾患の名称
スモン

二 対象となる状態

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

中心静脈注射を実施している状態

二十四時間持続して点滴を実施している状態

人工呼吸器を使用している状態

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

酸素療法を実施している状態

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

別表第五の三 療養病棟入院基本料の入院基本料D、入院基本料E及び入院基本料F並びに有床診療所療養病棟入院基本料の入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患及び状態等

一 対象疾患の名称
筋ジストロフィー症

筋萎縮性側索硬化症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）、その他の難病（スモンを除く。）、

脊髄損傷（頸椎損傷の原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）、

慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がV度の状態に該当する場合に限る。）、

悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）、

二 対象となる状態

肺炎に対する治療を実施している状態

尿路感染症に対する治療を実施している状態

傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）、

脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）、

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

せん妄に対する治療を実施している状態

うつ症状に対する治療を実施している状態

他者に対する暴行が毎日認められる状態

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）、

頻回の血糖検査を実施している状態

創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

三 対象となる患者

次に掲げる保険医療機関の療養病棟であつて、平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定するもの入院している患者（重度の肢体不自由児（者）又は知的障害者に限る。）、

(1) 児童福祉法第四十二条第二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を入所させるものに限る。）、

(2) 児童福祉法第六條の二に規定する指定医療機関

(3) 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十八条第二項に規定する指定医療機関

別表第五の四 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

ADL区分三の状態

別表第六 難病患者等入院診療加算に係る疾患及び状態

一 対象疾患の名称

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（開胸心手術又は直腸悪性腫瘍手術の後に発症したものに限る。）
後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）
多剤耐性結核

二 対象となる状態

(1) 多剤耐性結核以外の疾患を主病とする患者にあつては、当該疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）については当該疾患に罹患している状態に、パーキンソン病についてはホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）
(2) 多剤耐性結核を主病とする患者にあつては、治療上の必要があつて、適切な陰圧管理を行うために必要な構造及び設備を有する病室に入院している状態

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 一 北海道苫別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町及び雨竜町の地域
- 二 北海道苫小牧市、白老町、安平町、厚真町及びむかわ町の地域
- 三 北海道北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町及び置戸町の地域
- 四 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 五 北海道釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村及び白糠町の地域
- 六 秋田県大館市、鹿角市及び小坂町の地域
- 七 秋田県由利本荘市及びにかほ市の地域
- 八 山形県米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町及び飯豊町の地域
- 九 山形県鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町及び遊佐町の地域
- 十 福島県会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村及び会津美里町の地域
- 十一 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
- 十二 新潟県村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村及び聖籠町の地域
- 十三 新潟県上越市、妙高市及び糸魚川市の地域
- 十四 新潟県佐渡市の地域
- 十五 長野県飯田市及び下伊那郡の地域
- 十六 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
- 十七 和歌山県田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町及びすさみ町の地域
- 十八 鳥根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島の地域
- 十九 岡山県津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西栗倉村、久米南町及び美咲町の地域
- 二十 香川県小豆群の地域
- 二十一 高知県宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村及び黒潮町
- 二十二 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域
- 二十三 長崎県新上五島町及び小値賀町の地域
- 二十四 長崎県杵臼市の地域

- 二十五 長崎県対馬市の地域
- 二十六 熊本県人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村及び球磨村の地域
- 二十七 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
- 二十八 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 二十九 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
- 三十 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

別表第六の三 ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

妊娠二十週から三十二週未満の早産の患者
妊娠高血圧症候群重症の患者
前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者
妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すものに限る。）の患者
多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者
心疾患（治療中のものに限る。）の患者
糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

膠原病（治療中のものに限る。）の患者
特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
白血病（治療中のものに限る。）の患者
血友病（治療中のものに限る。）の患者
出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
HIV陽性の患者
Rh不適合の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

別表第七 ハイリスク分娩管理加算の対象患者

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
四十歳以上の初産婦である患者
分娩前のBMIが三十五以上の初産婦である患者
妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離の患者
前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者
双胎間輸血症候群の患者
多胎妊娠の患者
子宮内胎児発育遅延の患者
心疾患（治療中のものに限る。）の患者
糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
白血病（治療中のものに限る。）の患者
血友病（治療中のものに限る。）の患者
出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
HIV陽性の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者

呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）の患者
心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患
モニター監視を必要とする不整脈）の患者

手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者

重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患
肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者
重篤な栄養障害（Body Mass Index¹³未滿の摂食障害）の患者

意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患
者
全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）の患者
急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者
悪性症候群、横紋筋融解症の患者

手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍の患者
透折導入時の患者
手術至での手術を必要とする状態の患者

別表第八 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者

一 感染症法第六条第九項に規定する新感染症又は同法第六条第二項に規定する一類感染症に罹患
している患者
二 前号の感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症
脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後
又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。
ただし、一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る）、特定機能病院
入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料
に限る）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院
医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下、算定開
始日数控除対象入院料等という。）を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーシ
ョンが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとす
る。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機
能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定
開始日から起算して百八十日以内）

二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術
後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始さ
れたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位
以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度
として控除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
（手術後又は発症後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたもの
に限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位以上のリ
ハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控
除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後一か月以内
に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数
控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された
場合は、その日数をこの一か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始
日から起算して六十日以内）

五 股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後一か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院
料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対
して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの一か月の期間
から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態
一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、
脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢
装着訓練を要する状態
二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術
後の状態

三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
五 股関節又は膝関節の置換術後の状態
別表第十 精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患
者

一 精神科救急入院料の対象患者
（1）精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の
規定により入院する患者
（2）（1）以外の患者であつて、精神科救急入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療
機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態が重大な
他害行為を行った者たるの医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）第四十二条第
一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定による入院（以下、「医療観察法入院」という。）
を除く。）をしたことがない患者

二 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
（1）精神科急性期治療病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医
療機関を含む。）の精神病棟に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者
（2）精神科急性期治療病棟を有する保険医療機関に入院している患者であつて、急性増悪のため
当該病棟における治療が必要なもの
三 精神科救急・合併症入院料の対象患者
（1）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の規
定により入院する患者

（2）（1）以外の患者であつて、精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前三月間において
保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病棟のみを有する保
険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者
（3）（2）に関わらず、当該病棟における治療中、当該保険医療機関においてより高度な管理を行っ
た後、再度、当該病棟において治療を行う患者
別表第十一 短期滞在手術基本料に係る手術

短期滞在手術等基本料1が算定できる手術
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径四センチメートル以上（六歳未満に限
る。）
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径六センチメートル以上（六歳未満
に限る。）

K008 腋臭症手術
K068 半月板切除術

- K 0 6 8 | 2 関節鏡下半月板切除術
- K 0 9 3 | 手根管開放手術
- K 0 9 3 | 2 関節鏡下手根管開放手術
- K 2 8 2 | 水晶体再建術
- K 4 7 4 | 乳腺腫瘍摘出術
- K 5 0 8 | 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
- K 5 1 0 | 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
- K 6 5 3 | 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 7 2 1 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 8 4 1 | 2 経尿道的レーザー前立腺切除術
- 短期滞在手術等基本料 2 が算定できる手術
- K 0 6 7 | 関節鏡 摘出手術
- K 0 6 7 | 2 関節鏡下関節鼠 摘出手術
- K 0 6 9 | 半月板縫合術
- K 0 6 9 | 3 関節鏡下半月板縫合術
- K 0 7 4 | 靭帯断裂縫合術
- K 0 7 4 | 2 関節鏡下靭帯断裂縫合術
- K 4 5 3 | 顎下腺腫瘍摘出術(歯科点数表においては J 0 5 6)
- K 4 5 4 | 顎下腺摘出術(歯科点数表においては J 0 5 5)
- K 4 6 1 | 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術
- K 6 7 2 | 2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
- K 7 1 8 | 2 腹腔鏡下虫垂切除術
- K 7 4 3 | 痔核手術(脱肛を含む) 4 根治手術
- K 7 8 1 | 経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む)。
- K 8 2 3 | 尿失禁手術
- K 8 8 8 | 子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 2 腹腔鏡によるもの
- 短期滞在手術等基本料 3 を算定する手術又は検査
- D 2 3 7 | 終夜睡眠ポリグラフィ 1 携帯用装置を使用した場合
- D 2 3 7 | 終夜睡眠ポリグラフィ 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
- D 2 3 7 | 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1 及び 2 以外の場合
- D 2 9 1 | 2 小児食物アレルギー 負荷検査
- D 4 1 3 | 前立腺針生検法
- K 0 0 8 | 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術
- K 0 9 3 | 2 関節鏡下手根管開放手術
- K 1 9 6 | 2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K 2 8 2 | 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 口 その他のもの
- K 2 8 2 | 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K 4 7 4 | 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 センチメートル未満
- K 6 1 7 | 下肢静脈瘤 手術 1 抜去切除術
- K 6 1 7 | 下肢静脈瘤 手術 2 硬化療法(一連として)
- K 6 1 7 | 下肢静脈瘤 手術 3 高位結紮術
- K 6 3 3 | ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア

- K 6 3 4 | 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)
- K 7 2 1 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2 センチメートル未満
- K 7 2 1 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2 センチメートル以上
- K 7 4 3 | 痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)
- K 8 6 7 | 子宮頸部(腔部)切除術
- K 8 7 3 | 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
- 別表第十二
- 脊髄損傷
- 筋ジストロフィー症
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ III 以上であって生活機能障害度が II 度又は III 度のものに限る。))
- 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ III 以上であって生活機能障害度が II 度又は III 度のものに限る。))
- 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷

十五歳未満の者であつて人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上のものであつて人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が 20 キログラム未満である場合に限る。）

別表第十四 新生児特定集中治療室管理料の注 1、総合周産期特定集中治療室管理料の注 1 及び新生児治療回復室入院医療管理料の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患

先天性水頭症

全前脳胞症

二分脊椎（脊椎破裂）

アーノルド・キアリ奇形

後鼻孔閉鎖

先天性喉頭軟化症

先天性気管支軟化症

先天性のう胞肺

肺低形成

食道閉鎖

十二指腸閉鎖

小腸閉鎖

鎖肛

ヒルシユスブルング病

総排泄腔遺残

頭蓋骨早期癒合症

骨（軟骨を含む）無形成・低形成・異形成

腹壁破裂

臍帯ヘルニア

ダウン症候群

18 トリソミー

13 トリソミー

多発奇形症候群

○厚生労働省告示第五十九号

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）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

本則を次のように改める。

厚生労働大臣 田村 憲久

第一 届出の通則

一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生支局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項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）以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 医学管理等

一 特定疾患療養管理料に規定する疾患

平成二十一年総務省告示第七十六号（統計法第二十八条及び附則第三条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「(二) 精神、論議及び器質性脳神経系疾患」以下「分類表」という。）に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

(1) ウイルス疾患指導料の注2に規定する施設基準
イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。

ニ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(2) 特定薬剤治療管理料の対象患者
別表第二に掲げる患者

(2) 2 悪性腫瘍特異物質治療管理料の施設基準
当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(2) 3 小児特定疾患カウンセリング料の施設基準
当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(2) 4 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者
別表第一に掲げる患者

(2) 5 小児科療養指導料の施設基準
当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

(3) 難病外来指導管理料の対象疾患
別表第二に掲げる疾患

(4) 皮膚科特定疾患指導管理料(1)の対象疾患
皮膚科特定疾患のうちの別表第二の四に掲げる疾病
皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象疾患
分類表に規定する疾病のうち別表第二の五に掲げる疾病

- (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料の施設基準
 - 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- (6) 2 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する特別食
 - 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食
 - 高度難聴指導管理料の施設基準
 - 次のいずれかに該当すること。
- (7) 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。
 - イ 当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。
- (7) 2 喘息治療管理料の注1に規定する基準
 - 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- (8) 喘息治療管理料の注2に規定する施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に専任の看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が常時一人以上配置されていること。
 - ロ 喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- ハ 緊急時の入院体制が確保されていること。
- (8) 2 小児慢性腫瘍患者指導管理料の注1に規定する基準
 - 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- (9) 糖尿病合併症管理料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師（当該指導について相当な経験を有するものに限る。）が配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤看護師（当該指導について相当な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
- ハ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- (10) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象患者
 - 十五歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）の患者
 - がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準
 - 当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
- (12) 心臓ペースメーカー指導管理料の注4に規定する施設基準
 - 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (13) がん患者指導管理料の施設基準
 - がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (14) 外来緩和ケア管理料の施設基準等
 - イ 外来緩和ケア管理料の施設基準
 - ① 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ② 当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
 - ロ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域
 - 基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の別表第六の二に掲げる地域

- ハ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する施設基準
 - ① 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
 - ② 緩和ケア診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (15) 移植後患者指導管理料の施設基準
 - イ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤看護師（臓器移植又は造血細胞移植に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
 - ニ 当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていること。
 - ホ 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- (16) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準等
 - イ 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準
 - ① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ② 当該保険医療機関内に糖尿病に関する指導について十分な経験を有する専任の医師及び看護師又は保健師並びに管理栄養士が適切に配置されていること。
 - ③ 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ロ 糖尿病透析予防指導管理料の注に規定する厚生労働大臣が定める者
 - 透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者
 - ハ 糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域
 - 基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域
 - ニ 糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する施設基準
 - ① 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
 - ② 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 三 小児科外来診療料の注2に規定する厚生労働大臣が定める薬剤
 - パブリスマブ
- 四 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準等
 - (1) 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準
 - イ 地域連携小児夜間・休日診療料1の施設基準
 - ① 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を夜間（②に規定する時間をいう。）休日又は深夜に診療することができる体制が整備されていること。
 - ② 地域医療との連携体制が確保されていること。
 - ③ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - ⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。
 - ロ 地域連携小児夜間・休日診療料2の施設基準
 - ① 当該保険医療機関において、専ら小児科を担当する保険医が常時一人以上配置されていること。
 - ② 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を二十四時間診療することができる体制が整備されていること。

- ③ 地域医療との連携体制が確保されていること。
- ④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料に規定する時間
 - 当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。）及び休日を除く。）
- 四の二 乳幼児育児栄養指導料に規定する基準
 - 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- 四の三 地域連携夜間・休日診療料の施設基準等
 - (1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする保険医により、夜間（2）に規定する時間をいう。）休日又は深夜に診療することができる体制が整備されていること。
 - ロ 地域医療との連携体制が確保されていること。
 - ハ 夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ニ 夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - ホ 緊急時の入院体制が整備されていること。
 - (2) 地域連携夜間・休日診療料に規定する時間
 - 当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）
- 四の四 院内トリアージ実施料の施設基準等
 - (1) 院内トリアージ実施料の施設基準
 - イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - ハ 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - (2) 院内トリアージ実施料に規定する時間
 - 当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の体制を解除した後、翌日に診療応需の体制を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）
- 四の五 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準
 - 休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。
- 四の六 外来リハビリテーション診療料の施設基準
 - (1) 理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。
 - (2) リハビリテーションを適切に実施するための十分な体制が確保されていること。
- 四の七 外来放射線照射診療料の施設基準
 - (1) 放射線治療を行うにつき必要な医師、看護師及び診療放射線技師等が適切に配置されていること。
 - (2) 緊急時における放射線治療を担当する医師との連絡体制等放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。
- 四の八 地域包括診療料の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関（許可病床数が二百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患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (2) 区分番号A001に掲げる再診療の注12に規定する地域包括診療加算の届出を行っていないこと。

- 四の九 生活習慣病管理料の注1に規定する基準
 - 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
- 五 ニコチン依存症管理料の施設基準
 - (1) ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。
 - (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。
- 五の二 開放型病院共同指導料(I)の施設基準
 - (1) 病院であること。
 - (2) 当該病院が当該病院の存する地域のすべての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること。
 - (3) (2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。
- 六 在宅療養支援診療所の施設基準
 - (1) 次のいずれかに該当するものであること。
 - イ 保険医療機関である診療所であること。
 - ロ 在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ニ 当該診療所において、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ホ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - (2) 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
 - ト 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要となる情報を文書で当該保険医療機関は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
 - チ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - リ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - 又 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ル 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であつて、次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ 当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。
 - ロ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

二 当該診療所において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

ホ 当該診療所又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。ただし、当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関との連携により、必要な緊急時の病床の確保及び地方厚生局長等への届出を行っていること。

ヘ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要なる情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

ト 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

リ 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

又 緊急の往診及び在宅における看取りについて、当該連携体制を構成する他の保険医療機関と合わせて、相当の実績を有していること。

(3) 次のいずれにも該当するものであること。

イ 保険医療機関である診療所であること。

ロ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。

ハ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

ニ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

ホ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

ヘ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要なる情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

ト 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

六の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

(1) 歯科訪問診療⁵又は歯科訪問診療²を算定していること。

(2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(4) 在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患者に提供していること。

(5) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。

(6) 在宅歯科診療に係る後方支援として、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(7) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。

七 地域連携診療計画管理料の施設基準

(1) 地域連携診療計画管理料の施設基準

イ 一般病棟の入院患者の平均在院日数が十七日以内である病院であること。

ロ 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業者等を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

ハ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関又は介護サービス事業者等として定めた保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。

八 地域連携診療計画退院時指導致料¹の施設基準

(1) 地域連携診療計画退院時指導致料¹の施設基準

イ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画を地域連携診療計画管理料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

ロ 地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中の患者について地域連携診療計画退院時指導致料¹を算定する場合にあっては、医療法第三十条の四の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。

(2) 地域連携診療計画退院計画加算の施設基準

地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画について地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関及び地域連携診療計画退院時指導致料¹を算定する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、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

八の二 地域連携診療計画退院時指導致料¹の施設基準

(1) 診療所又は許可病床数が二百床未満の病院(地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導致料¹を届け出た保険医療機関を除く)であること。

(2) 地域連携診療計画において、連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画について地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定する保険医療機関と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(3) 地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定する保険医療機関の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

(4) 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院、地域連携診療計画退院時指導料(I)を算定する保険医療機関及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

九 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準等

(1) ハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準

イ 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

ロ ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ハ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

九の二 がん治療連携計画策定料の施設基準

(1) がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。

(2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

九の三 がん治療連携指導料の施設基準

(1) 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(2) がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

九の四 がん診療連携管理料の施設基準

九の五 認知症専門診断管理料の施設基準

(1) 認知症に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

九の六 肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準

(1) 肝炎に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

十 薬剤管理指導料の施設基準等

(1) 薬剤管理指導料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。

ロ 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。

ハ 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理(副作用に関する状況の把握を含む)を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

(2) 薬剤管理指導料の対象患者

イ 救命救急入院料等を算定している患者

ロ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者

ハ 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(イに該当する場合を除く。)

ニ 別表第三の三に掲げる医薬品が投薬又は注射されている患者

十の二 医療機器安全管理料の施設基準

(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の施設基準

イ 当該保険医療機関内に生命維持管理装置等の医療機器の管理及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士が一名以上配置されていること。

(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の施設基準

イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。)が一名以上配置されていること。

ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

十一 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患

十二 削除

十三 歯科治療総合医療管理料の施設基準等

十四 歯科治療総合医療管理料の施設基準

イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。

ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制(病院である医科歯科併設の保険医療機関(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をいう。以下同じ。)にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制)が確保されていること。

(2) 歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

別表第六に掲げる疾患

十四

在宅医療

在宅療養支援病院

(1) 次のいずれかに該当するものであること。

イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内診療所が存在しないものであること。

- ロ 在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ハ 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者あらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ニ 当該病院において、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ホ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
 - ヘ 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ト 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
 - チ 訪問看護ステーションと連携する場合にあつては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
 - リ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 又 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ル 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ヲ 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- (2)
- イ 保険医療機関である病院であつて、許可病床数が二百床未満のものであること。
 - ロ 当該病院及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。
 - ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ニ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ホ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
 - ヘ 当該病院において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ト 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
 - チ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
 - リ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 又 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ル 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ヲ 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。

- (3)
- イ 保険医療機関である病院であつて、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内診療所が存在しないものであること。
 - ロ 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者あらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ハ 当該病院において、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ニ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
 - ホ 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ト 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
 - チ 訪問看護ステーションと連携する場合にあつては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
 - リ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 又 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ル 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ヲ 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- (4)
- 一 往診料に規定する時間
 - 二 往診料、在宅訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの
 - 三 第三の五(1)及び(2)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一(1)及び(2)に該当する在宅療養支援病院
 - 四 往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料のターミナルケア加算、特定施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
 - 五 第三の六(1)のル又は第四の一(1)のヲを満たすもの。
 - 六 在宅患者訪問診療料に規定する疾病等
 - 七 別表第七に掲げる疾病等
 - 八 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準等
 - 九 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準
 - 十 当該保険医療機関内に在宅医療の調整担当者が一名以上配置されていること。
 - 十一 患者に対して療養を提供できる体制が継続的に確保されていること。
 - 十二 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料に規定する診療に係る費用診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下、「医科点数表」という。)(第一章第一部医学管理等及び第二部在宅医療に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるもの
 - 一 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料
 - 二 区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料
 - 三 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料
 - 四 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料
 - 五 区分番号B001の18に掲げる小児慢性腫瘍患者指導管理料
 - 六 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料
 - 七 重症者加算に規定する状態等にある患者
 - 八 別表第三の一の二に掲げる者

二 在宅がん医療総合診療料の施設基準

- (1) 在宅がん医療を提供するににつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 緊急時の入院体制が整備されていること。

三 削除

四 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の施設基準等

- (1) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等
 - イ 別表第七に掲げる疾病等
 - ロ 別表第八に掲げる状態等
- (2) 在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に規定する施設基準
 - 緩ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。
- (3) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者
 - イ 十五歳未満の小児であつて、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態又は超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態にあるもの
 - ロ 別表第八に掲げる者
- ハ 医師が、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たる者
- (4) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者
 - 別表第八に掲げる者
- (5) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者のうち重症度等の高いもの
 - 別表第八第一号に掲げる者
- 四の二 厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要なる者
 - 一人の看護師等による訪問看護・指導が困難な者であつて、次のいずれかに該当するもの
 - (1) 別表第七に掲げる疾病等の患者
 - (2) 医師が、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たる患者
 - (3) 別表第八に掲げる者
 - (4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる患者
 - (5) その他利用者の状況等から判断して、(1)から(4)のいずれかに準ずると認められる者(看護補助者の場合に限る。)
- 四の三 在宅患者訪問看護・指導料の注1、同一建物居住者訪問看護・指導料の注1及び訪問看護指示料の注2に規定する者
 - 気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 四の四 介護職員等略称等指示料に規定する別に厚生労働大臣が定める者
 - (1) 介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十二条第一項第二号及び第三号の規定による特別居宅介護サービス費の支給に係る同法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第三項に規定する訪問入浴介護、同条第七項に規定する通所介護、同条第九項に規定する短期入所生活介護(医師が置かれていない場合に限る。)(又は同条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護)を行う者
 - (2) 介護保険法第四十二条の三第一項第二号の規定による特別地域密着型介護サービス費の支給に係る地域密着型サービス(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。)を行う者

(3) 介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者(同法第八条の第二項に規定する介護予防訪問看護又は同条第三項に規定する介護予防訪問入浴介護、同条第七項に規定する介護予防訪問看護等)という。)に係る指定を受けている者に限る。)

- (4) 介護保険法第五十四条第一項第二号及び第三号の規定による特別介護予防サービス費の支給に係る介護予防訪問看護等又は同法第八条の二第九項に規定する介護予防短期入所生活介護(医師が置かれていない場合に限る。)を行う者
- (5) 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者
- (6) 介護保険法第五十四条の三第一項第二号の規定による特別地域密着型介護予防サービス費の支給に係る地域密着型介護予防サービスを行う者
- (7) 介護保険法第五十五条の四十五第二項第一号の規定による介護予防サービス(介護予防訪問看護等に限る。)(又は地域密着型介護予防サービスのうち市町村が定めるものを行う者
- (8) 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障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成十八年厚生労働省令第七十一号)第四条第一項に規定する指定居宅介護の事業、同条第二項に規定する重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業、同条第三項に規定する同行支援に係る指定障害福祉サービスの事業又は同条第四項に規定する基準該当居宅介護事業者、同令第四十八条第二項の重度訪問介護、同行支援及び行動支援に係る基準該当障害福祉サービスの事業を行う者、同令第七十八条第一項に規定する指定生活介護事業者、同令第九十四条第一項に規定する基準該当生活介護事業者、同令第一百八十八条第一項に規定する指定短期入所事業者(医療機関が行つ場合及び医師を置くこととされている場合を除く。)(同令第二百五十五条の二に規定する基準該当短期入所事業者(医療機関が行つ場合及び医師を置くこととされている場合を除く。)(同令第二百二十七条第一項に規定する指定重度障害者等包括支援事業者、同令第二百五十六条に規定する指定自立訓練(機能訓練)事業者、同令第六十三條に規定する基準該当自立訓練(機能訓練)事業者、同令第六十六条第一項に規定する指定自立訓練(生活訓練)事業者、同令第七十二条第一項に規定する基準該当自立訓練(生活訓練)事業者、同令第七十五条第一項に規定する指定就労移行支援事業者、同令第八十六条第一項に規定する指定就労継続支援A型事業者、同令第二百一条第一項に規定する指定就労継続支援B型事業者、同令第二百三条第一項に規定する基準該当就労継続支援B型事業者及び同令第二百八条に規定する指定共同生活援助事業者
- (9) 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成二十四年厚生労働省令第十五号)第四条に規定する指定児童発達支援の事業を行う者(当該事業を行う事業所が児童福祉法(昭和二十二年法律第六十四号)第四十三条に規定する児童発達支援センター又は主として重症心身障害児(同法第七條第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。)を通わせるものである場合を除く。)(及び同令第六十五条に規定する指定放課後等デイサービス(同法第七條第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。)の事業を行う者(当該事業を行う事業所が主として重症心身障害児を通わせるものである場合を除く。))
- (10) 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(平成十七年法律第百二十三号)以下、障害者総合支援法)という。)第五條第二十四項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十五項に規定する地域活動支援センターを運営する事業を行う者、同条第二十六項に規定する福祉ホームを運営する事業を行う者並びに同法第七十七條及び第七十八條に規定する地域生活支援事業を行う者(同法第五條第二十四項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十五項に規定する地域活動支援センターを運営する事業を行う者及び同条第二十六項に規定する福祉ホームを運営する事業を行う者を除く。)
- (11) 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する学校(社会福祉法及び介護福祉法(昭和六十二年法律第三十号)附則第二十条に規定する登録特定行為事業者に限る。)

- 五 在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食
疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食
- 六 在宅自己注射指導管理料、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬
別表第九に掲げる注射薬
- 六の二 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料及び自己血糖測定器加算に規定する厚生労働大臣が定める者
妊娠糖尿病の患者であつて周産期における合併症の危険性が高い者（血糖の自己測定を必要とするものに限る。）
- 六の三 在宅血液透析指導管理料の施設基準
在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
- 六の四 在宅小児経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者
次のいずれかに該当する者
 - (1) 経口摂取が著しく困難な十五歳未満の者
 - (2) 十五歳以上の者であつて経口摂取が著しく困難である状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が二十キログラム未満である場合に限る。）
- 六の五 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医療緩和ケアに関する研修を受けた医師
- 六の六 在宅療養後方支援病院の施設基準等
 - (1) 在宅療養後方支援病院の施設基準
 - イ 許可病床数が二百床以上の保険医療機関である病院であること。
 - ロ 在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 在宅患者共同診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等
基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等
- 六の七 在宅療養指導管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等の患者
- 六の八 在宅患者訪問療養管理指導料の施設基準
 - (1) 医師、看護師及び管理栄養士からなる在宅療養対策チームを構成していること。
 - (2) 在宅療養対策チームに、在宅療養管理者を配置すること。
 - (3) 在宅における重症化予防等のための療養管理対策を行うにつきふさわしい体制が整備されていること。
- 六の九 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患
別表第九の一の二に掲げる疾患
- 六の十 持続血糖測定器加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該測定器の使用につき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該測定器の使用につき十分な体制が整備されていること。
- 七 地域医療連携体制加算の施設基準
 - (1) 診療所であること。
 - (2) 夜間、休日等における緊急時の体制を継続的に確保するため、診療報酬の算定方法別表第二「歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った病院である保険医療機関及びその他の歯科の保険医療機関との連携による地域医療支援体制を備えていること。

- 七の二 在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準
 - (1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
 - (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上の患者が歯科訪問診療1を算定していること。
- 八 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準等
 - (1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準
 - イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
 - ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。
 - ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
 - ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制（病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が確保されていること。
- 第五 在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患
別表第六に掲げる疾患
 - (2) 検査
 - 一 検体検査実施料に規定する検体検査
別表第九の二に掲げる検査
 - 二 削除
 - 三 造血器腫瘍遺伝子検査の施設基準
検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準を満たしていること。
 - 三の二 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準
 - 三の三 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - 四 検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準
 - (1) 検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準
 - イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
 - ロ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準
 - イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ハ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準
 - イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が四名以上配置されていること。
 - ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (4) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準
 - イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が十名以上配置されていること。
 - ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - 五 遠伝力ウンセリング加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に遠伝力ウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
 - (2) 当該力ウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。

- 六 心臓カテテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算及び長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準
 - (1) 当該検査を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
 - (2) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
 - (3) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。
- 六の二 植込型心電図検査の施設基準
 - 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の三 胎児心エコー法の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の四 皮下連続式グルコース測定施設の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の五 時間内歩行試験の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の六 ヘッドアップテイルト試験の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の七 人工臓^{（オビ）}の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
 - (2) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。
- 七 光トポグラフィの施設基準
 - (1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - ロ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 八 脳磁図の施設基準
 - (1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 九 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準
 - (1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (2) (1)に掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。
- 十 神経学的検査の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十一 補聴器適合検査の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

- 十一 コンタクトレンズ検査料の施設基準
 - (1) 当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - ロ 当該検査を受けているすべての患者に対して、当該検査を含む診療に係る費用について説明がなされていること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が三割未満であること。
 - ロ 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が四割未満であり、かつ、当該保険医療機関内に眼科診療を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- 十一の二 ロービジョン検査判断料の施設基準
 - 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な常勤の医師が配置されていること。
- 十二 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十三 内服・点滴誘発試験の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十四 センチネルリンパ節生検の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十五 CT透視下気管支鏡検査加算の施設基準
 - (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 第六 画像診断
 - 一 画像診断管理加算^{（オビ）}の施設基準
 - (1) 画像診断管理加算1の施設基準
 - イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 画像診断管理加算2の施設基準
 - イ 放射線科を標榜している病院であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
 - ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。
- 二 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）^{（オビ）}、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）^{（オビ）}、核医学診断及びコンピュータ断層診断の施設基準
 - 送信側
 - 離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であつて、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

- (2) 受信側
 - イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。
 - ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 三 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層複合撮影の施設基準
 - (1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影に係る診療料を算定するための施設基準
 - イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。
 - ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
 - 次のいずれかに該当すること。
 - イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。
 - ロ 特定機能病院、がん診療連携拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。
- 四 CT撮影及びMRI撮影の施設基準
 - (1) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (2) 64列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影及び3テスラ以上の機器によるMRI撮影に関する施設基準
 - イ 画像診断管理加算2の施設基準を満たしていること。
 - ロ 専従の診療放射線技師が一名以上配置されていること。
- 五 冠動脈CT撮影加算及び心臓MRI撮影加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 五の二 外傷全身CT加算の施設基準
 - (1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。
 - (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (4) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 五の三 大腸CT撮影加算の施設基準
 - 当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。
- 六 歯科画像診断管理加算1の施設基準
 - (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った病院である保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
 - (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 六の二 歯科画像診断管理加算2の施設基準
 - (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った病院である保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影について、(2)に規定する歯科医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
 - (4) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影のうち、少なくとも八割以上のもの読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治の歯科医師に報告されていること。
 - (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 七 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療に係るものに限る。）及び基本的エックス線診断料（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準
 - (1) 送信側
 - 離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であつて、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - (2) 受信側
 - イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。
 - ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 七 投薬
 - 一 処方料及び処方せん料に規定する疾患分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病
 - 二 処方料及び処方せん料に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準
 - 抗悪性腫瘍剤処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 処方料、処方せん料及び薬剤料に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤投与期間が30日以上必要なものであること。
- 八 注射
 - 一 外来化学療法加算の施設基準
 - (1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。
 - (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
 - 二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する対象患者
 - 三 無菌製剤処理料の施設基準等
 - (1) 無菌製剤処理料の施設基準
 - イ 病院であること。
 - ロ 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。
 - ハ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 無菌製剤処理料の対象患者
 - 無菌製剤処理料1の対象患者
 - 悪性腫瘍に対して用いる薬剤であつて細胞毒性を有するものに関し、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又は点滴注射が行われる患者
 - 無菌製剤処理料2の対象患者
 - 動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であつて次の①から③までに掲げるもの又は中心静脈注射若しくは植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者
 - ① 無菌治療室管理加算を算定する患者
 - ② HIV感染者療養環境特別加算を算定する患者
 - ③ ①又は②に準ずる患者

第九 リハビリテーション

- 一 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等
 - (1) 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者
 - 別表第九の三に掲げる患者
 - (2) 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準
 - イ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師がそれぞれ適切に配置されていること。
 - ロ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ適切に配置されていること。
 - ハ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ十分な施設を有していること。
 - 二 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ必要な器械・器具が具備されていること。
 - ホ 脳血管疾患等リハビリテーション料については、定期的に、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を地方厚生局長等に報告していること。
- (3) 心大血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第九の四に掲げる患者
 - (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第九の五に掲げる患者
 - (5) 運動器リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第九の六に掲げる患者
 - (6) 呼吸器リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第九の七に掲げる患者
 - (7) 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者
 - 別表第九の八に掲げる患者
 - (8) 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合
 - 別表第九の九に掲げる場合
 - (9) 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算の施設基準
 - 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。
 - (10) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の注5に規定する施設基準
 - 介護保険法第八条第八項に規定する通所リハビリテーション等を行っていること。
 - 一の二 摂食機能療法の注2に規定する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。
 - (2) 摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 摂食機能に係る療養について相当の実績を有していること。

二 難病患者リハビリテーション料の施設基準等

- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーション料を担当する専従の看護師、理学療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。
 - ハ 患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。
 - 二 難病患者リハビリテーション料を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ホ 難病患者リハビリテーション料を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- (2) 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患及び状態
 - イ 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
 - 別表第十に掲げる疾患
 - ロ 難病患者リハビリテーション料に規定する状態
 - 別表第十に掲げる疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態(身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)第十五条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている場合を除く。)
- 三 障害児(者)リハビリテーション料の施設基準等
 - (1) 障害児(者)リハビリテーション料の施設基準
 - イ 児童福祉法第四十二条第二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を入所させるものに限る。若しくは同法第六条の二に規定する指定医療機関又は保険医療機関であつて当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね八割以上が別表第十の二に該当する患者(ただし加齢に伴つて生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)であるもの。
 - ロ 当該保険医療機関内に障害児(者)リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に障害児(者)リハビリテーション料を担当する専従の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。
 - ニ 言語聴覚療法を行う場合にあつては、ハに加え、常勤の言語聴覚士が適切に配置されていること。
 - (2) 障害児(者)リハビリテーション料を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ハ 障害児(者)リハビリテーション料を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
 - (3) 障害児(者)リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第十の二に掲げる患者
- 三の二 がん患者リハビリテーション料の施設基準
 - (1) がん患者リハビリテーション料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。
 - ハ 当該患者について、リハビリテーション料の総合評価に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。
 - ニ がん患者に対するリハビリテーション料を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ホ がん患者に対するリハビリテーション料を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- (2) がん患者リハビリテーション料の対象患者
 - 別表第十の二の二に掲げる患者

三の三 認知症患者リハビリテーション料の施設基準

- (1) 認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関又は認知症患者医療センターであること。
- (2) 当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを担当する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (4) 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。
- (5) 重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (6) 重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

四 集団コミュニケーション療法の施設基準等

- (1) 集団コミュニケーション療法の施設基準
 - イ 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)若しくは脳血管疾患等リハビリテーション料(III)又は障害児(者)リハビリテーション料の届出を行っている施設であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
 - ハ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が適切に配置されていること。
 - ニ 患者数は、言語聴覚士の数に対し適切なものであること。
 - ホ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ヘ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- (2) 集団コミュニケーション療法の対象患者
 - 別表第十の二の三に掲げる患者

五 歯科口腔リハビリテーション料2の施設基準

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること又は十分な機器を有している病院との連携が確保されていること。

第十 精神科専門療法

- 一 精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアの施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に精神科作業療法については作業療法士が、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアについては必要な従事者が、それぞれ適切に配置されていること。
 - (2) 患者数は、精神科作業療法については作業療法士の数に対して、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアについては必要かつ適切なものであること。
 - (3) 当該精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアを行うにつき十分な専用施設を有していること。

一の二 認知療法、認知行動療法の施設基準

- 一 当該保険医療機関における認知療法・認知行動療法に関する講習を受けた医師の有無を地方厚生局長等に届け出ていること。
- 二の三 精神科訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者
 - (1) 十五歳未満の小児であつて、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態又は超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態にあるもの
 - (2) 別表第八に掲げる者
 - (3) 医師が、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たる者
- 一の四 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関に統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤医師及び常勤の薬剤師が配置されていること。
 - (2) 薬剤による副作用が発現した場合に適切に対応するための体制が整備されていること。
 - (3) 当該保険医療機関内に精神保健指定医が適切に配置されていること。

二 医療保護入院等診療料の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。
- ハ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
- ニ 精神科重症患者早期集中支援管理料に規定する別に厚生労働大臣の定める患者
 - 重度の精神障害を有する者

三 精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準

- (1) 精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
 - ロ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。
 - ハ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
 - ニ 精神科重症患者早期集中支援管理料に規定する別に厚生労働大臣の定める患者
 - 重度の精神障害を有する者

第十一 処置

- 一 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準
 - (1) 休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の処置に対応するための十分な体制が整備されていること。
 - (2) 急性期医療に係る実績を相当程度有している病院であること。
 - (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - 二 エタノールの局所注入の施設基準
 - (1) 甲状態又は副甲状態に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
 - (2) 甲状態又は副甲状態に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める注射薬等
 - (1) 人工腎臓に規定する注射薬
 - (2) 別表第十の三に掲げる注射薬
- (2) 人工腎臓の算定回数上限の除外患者
 - 妊娠中の患者

(3) 透析液水質確保加算の施設基準

イ 透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されていること。
ロ 透析治療に用いる装置及び透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されていること。

二の三 磁気による膀胱等刺激法の施設基準

磁気による膀胱等刺激法を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三 歯科点数表第二章第八部処置に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価(薬価基準)平成二十年厚生労働省告示第六十号(別表第四部歯科用薬剤外用薬(一)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤)

四 一酸化窒素吸入療法の施設基準

当該療法を行うに当たり、必要な体制が整備されていること。

第十二 手術

一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準

(1) 通則
緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 皮膚悪性腫瘍切除術(悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)、組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る。)、骨移植術(軟骨移植術を含む。)、自家培養軟骨移植術に限る。)、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術(脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。)、頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)、脳刺激装置置換術(頭蓋内電極置換術を含む。)、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置置換術、脊髄刺激装置置換術、仙骨神経刺激装置置換術、緑内障手術(緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)、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)、網膜再建術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)、上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、乳腺悪性腫瘍手術(乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、経皮的冠動脈ステント留置術、経皮的大動脈弁置換術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、経皮的カテーテル心筋焼灼術(磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。)、経皮的中隔心筋焼灼術、ベースメーカ移植術、ベースメーカ交換術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、両心室ベースメーカ移植術、両心室ベースメーカ交換術、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術、両室ベースメーカ機能付き植込型除細動器移植術、両室ベースメーカ機能付き植込型除細動器交換術、経静脈電極除去術(レーザースイスを用いるもの)、大動脈バルーンパンピング法(IABP法)、補助人工心臓、植込型補助人工心臓(拍動流型)、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、同種心臓移植術、同種心臓移植術、経皮的大動脈遮断術、内視鏡下下肢静脈瘤、不全穿通枝切離術、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、タメジコントール手術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下胃縮小術(スリープ状切除によるもの)、体外衝撃波胆石破砕術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、体外衝撃波胆石破砕術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、同種死体膵移植術、早期悪性腫瘍大腸粘

膜下層剝離術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、体外衝撃波腎尿管結石破砕術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)、同種死体腎移植術、生体腎移植術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、膀胱水圧拡張術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、人工尿道括約筋植込・置換術、焦点式高エネルギー超音波療法、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)、内視鏡的胎盤吻合血管レーザ焼灼術及び胎児胸腔・羊水腔シャント術の施設基準
イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、治療的角膜切除術(エキシマレーザ)によるものに限る。)、組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る。)、緑内障手術(緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの)、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)、乳腺悪性腫瘍手術、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、膀胱水圧拡張術、ベースメーカ移植術、ベースメーカ交換術及び大動脈バルーンパンピング法(IABP法)については、診療所(乳腺悪性腫瘍手術及び膀胱水圧拡張術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはベースメーカ移植術及びベースメーカ交換術に係る届出を行った診療所に限る。))でもよいこととする。
ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

二 医科点数表第二章第十部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第二章第九部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準

(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(3) 当該手術の一年間の実施件数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 手術を受けるすべての患者に対して、それぞれの患者が受ける手術の内容が文書により交付され、説明がなされていること。

二の二 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の手術に対応するための十分な体制が整備されていること。

(1) 急性期医療に係る実績を相当程度有している病院であること。

(2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(3) 医科点数表第二章第十部手術通則第16号に掲げる手術における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

二の三 医科点数表第二章第十部手術通則第16号に掲げる手術における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

(1) 摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有していること。

(2) 摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 手術の所定点数に含まれる薬剤

外皮用消毒剤に係る薬剤

三の二 輸血管理料の施設基準

(1) 輸血管理料Iの施設基準

イ 当該保険医療機関内に臨床検査技師が常時一名以上配置されていること。

ロ 輸血管理料IIの施設基準

輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 輸血管理料IIの施設基準

輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- (3) 輸血適正使用加算の施設基準
- (4) 貯血式自己血輸血管理体制作成術の施設基準
- 三の二 自己生体組織接着削作成術の施設基準
- (1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- 三の三 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準
- 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
- 三の四 内視鏡手術用支援機器加算の施設基準
- (1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- 三の五 胃瘻造設時嚥下機能評価加算における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
- (1) 摂食機能に係る療養について、相当の実績を有していること。
- (2) 摂食機能に係る療養について、十分な体制が整備されていること。
- 三の六 歯周組織再生誘導手術の施設基準
- 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。
- 三の四 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準
- 当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。
- 三の五 歯科点数表第二章第九部手術に掲げる上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の施設基準
- (1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。
- 三の六 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準
- (1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- 四 歯科点数表の第二章第九部手術に規定する特定薬剤
使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第四部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤
- 第十二の二 麻酔
 - 一 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者
別表第十一の二に掲げる患者であつて、麻酔が困難なもの
 - 二 麻酔管理料(I)の施設基準
 - (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 常勤の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第六条の六第一項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）が配置されていること。
 - (3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 三 麻酔管理料(II)の施設基準
- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が五名以上配置されていること。
- (3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 第十三 放射線治療
 - 一 放射線治療専任加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - 二 高エネルギー放射線治療の施設基準
 - 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - 二の二 一回線量増加加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - 二の三 強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準等
 - イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。
 - ロ 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - ニ 強度変調放射線治療（IMRT）の対象患者
別表第十一の三に掲げる患者
 - 二の四 画像誘導放射線治療加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - 二の五 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - 三 定位放射線治療の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
 - 三の二 定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が配置されていること。
 - (2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

第十三の二 歯冠修復及び欠損補綴⁵

一 歯⁵無痛⁵窩洞形成加算の施設基準
当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

二 CAD/CAM⁵冠

(1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。

二 歯科技工加算の施設基準

(1) 常勤の歯科技工士を配置していること。

(2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。

(3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

第十四 歯科矯正

一 歯科矯正診断料の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 当該療養を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

(4) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連絡体制が整備されていること。

二 顎口腔機能診断料(顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)(手術前後における歯科矯正に係るもの)の施設基準

(1) 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施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号)第三十六条第一号及び第二号に規定する医療について、障害者総合支援法第五十四条第二項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関(歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。)であること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(4) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(5) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(6) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(7) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(8) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(9) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(10) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(11) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(12) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(13) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(14) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(15) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(16) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(17) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(18) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(19) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(20) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(21) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(22) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(23) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(24) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(25) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(26) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(27) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(28) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(29) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(30) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

(31) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

第十五 調剤

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

二十四時間開局していること。

二 基準調剤加算の施設基準

(1) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

三 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

- (1) 通則
 - 当該保険薬局において調剤した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十三年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七條の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)(のある薬担規則第七條の二に規定する新医薬品(以下単に「先発医薬品」という。))及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割五分以上であること。

(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が六割五分以上であること。

四 調剤に係る無菌製剤処理の施設基準

薬局であること。

- (1) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。ただし、薬事法施行規則(昭和三十六年二月一日厚生省令第一号)第十五條の九第一項のただし書の場合は、この限りでない。
- (2) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 調剤料の注6ただし書に規定する薬剤

五 調剤料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に記載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

六 調剤料の注8に規定する施設基準

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注1に規定するあらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導料を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。

- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法第三條の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

七 調剤料の注8に規定する患者

(1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者

(2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

(3) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十二年厚生省告示第十九号)に規定する居宅療養管理指導費(薬局の薬剤師が行う場合に限り。)を算定している患者

- (4) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第百二十七号)に規定する介護予防居宅療養管理指導費(薬局の薬剤師が行う場合に限り。)を算定している患者

八 薬剤服用歴管理指導料の注4に規定する医薬品

別表第三の三に掲げる医薬品

九 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者

別表第三の一の二に掲げる患者

第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等

一 介護老人保健施設入所者について算定できない検査

別表第十二第一号に掲げる検査

二 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用

抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限り。)の費用

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限り。)の費用

三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用

医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算

医科点数表区分番号G0001に掲げる静脈内注射(保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から平成三十年三月三十一日までの間に介護老人保健施設に在籍し、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年厚生省令第四十号)附則第十三條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「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。))に赴いて行うもの又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。

医科点数表区分番号G0002に掲げる動脈注射(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

医科点数表区分番号G0003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

医科点数表区分番号G0003に掲げる抗悪性腫瘍剤を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

医科点数表区分番号G0004に掲げる点滴注射(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

医科点数表区分番号G0005に掲げる中心静脈注射(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

医科点数表区分番号G0006に掲げる植込型力テールによる中心静脈注射(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。)

エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限り。)の費用

ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限り。)の費用

抗悪性腫瘍剤(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限り。)の費用

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限り。)の費用

抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限り。)の費用

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用

介護老人保健施設入所者について算定できないリハビリテーション

別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション

介護老人保健施設入所者について算定できない処置

別表第十二第三号に掲げる処置

介護老人保健施設入所者について算定できない手術

別表第十二第四号に掲げる手術

介護老人保健施設入所者について算定できない麻酔

別表第十二第五号に掲げる麻酔

第十七 経過措置

平成二十六年九月三十日までの間は、別表第九の三中「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者」とあるのは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成二十六年厚生労働省告示第五十七号)による改正前の診療報酬の算定方法(旧算定方法)という。別表第一区分番号A30812に掲げる亜急性期入院医療管理料2を算定する患者、特定一般病棟入院料の注9本文の所定点数を算定する患者」と、同表第九の八中「回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者」とあるのは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、旧算定方法別表第一区分番号A30812に掲げる亜急性期入院医療管理料の注3に規定するリハビリテーション提供体制加算を算定する患者、特定一般病棟入院料の注11に規定するリハビリテーション提供体制加算を算定する患者」とする。

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

- 結核
 - 悪性新生物
 - 甲状腺障害
 - 処置後甲状腺機能低下症
 - 糖尿病
 - スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
 - ムコ脂質症
 - リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症
 - リポジストロフィー
 - ローノア・ペンソード腺脂肪腫症
 - 高血圧性疾患
 - 虚血性心疾患
 - 不整脈
 - 心不全
 - 脳血管疾患
 - 一 過性脳虚血発作及び関連症候群
 - 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
 - 詳細不明の慢性気管支炎
 - その他の慢性閉塞性肺疾患
 - 肺気腫
 - 喘息
 - 喘息発作重積状態
 - 気管支拡張症
 - 胃潰瘍
 - 十二指腸潰瘍
 - 胃炎及び十二指腸炎
 - 肝疾患(経過が慢性なものに限る)
 - 慢性ウイルス肝炎
 - アルコール性慢性肝炎
 - その他の慢性肝炎
 - 思春期早発症
 - 性染色体異常
- 別表第二 特定疾患療養管理料に規定する疾患等
- 一 特定薬剤治療管理料の対象患者
 - (1) テオフィリン製剤を投与している患者
 - (2) 不整脈用剤を投与している患者
 - (3) ハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与している患者
 - (4) リチウム製剤を投与している患者
 - (5) 免疫抑制剤を投与している患者
 - (6) サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者
 - (7) メトトレキサートを投与している悪性腫瘍の患者
 - (8) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者

- (9) イマチニブを投与している患者
 - (10) (1) から(9)までに掲げる患者に準ずるもの
- 二 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者
- 十五歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者
- 三 難病外来指導管理料の対象疾患
- ベーチェット病
 - 多発性硬化症
 - 重症筋無力症
 - 全身性エリテマトーデス
 - スモン
 - 再生不良性貧血
 - サルコイドーシス
 - 筋萎縮性側索硬化症
 - 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
 - 特発性血小板減少性紫斑病
 - 結節性動脈周囲炎
 - 潰瘍性大腸炎
 - 大動脈炎症候群
 - ビュルガー病
 - 天疱瘡
 - 脊髄小脳変性症
 - クローン病
 - 難治性の肝炎のうち劇症肝炎
 - 悪性関節リウマチ
 - パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)
 - アミロイドーシス
 - 後縦靱帯骨化症
 - ハンチントン病
 - モヤモヤ病(ウイリス動脈輪閉塞症)
 - ウエグナー肉芽腫症
 - 特発性拡張型(うっ血型)心筋症
 - 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
 - 表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)
 - 膿疱性乾癬
 - 広範脊柱管狭窄症
 - 原発性胆汁性肝硬変
 - 重症急性肝炎
 - 特発性大腸骨頭壊死症
 - 混合性結合組織病
 - 原発性免疫不全症候群
 - 特発性間質性肺炎
 - 網膜色素変性症
 - ブリオン病

肺動脈性肺高血圧症
神経線維腫症

亜急性硬化性全脳炎
バッド・キアリ (Budd-Chiari) 症候群
慢性血栓性肺高血圧症

ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー

家族性高コレステロール血症 (ホモ接合体)
脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎

肥大型心筋症
拘束型心筋症

ミトコンドリア病
リンパ脈管筋腫症 (LAM)

重症多形滲出性紅斑 (急性期)
黄色靨帯骨化症

間脳下垂体機能障害 (PR L分泌異常症、ゴナドトロピン分泌異常症、ADH分泌異常症、下垂体性TSH分泌異常症、クッシング病、先端巨大症、下垂体機能低下症)

皮膚科特定疾患指導管理料(I)の対象疾患
天疱瘡
類天疱瘡

エリテマトーデス (紅斑性狼瘡)
紅皮症

尋常性乾癬
掌蹠膿疱症

先天性魚鱗癬
類乾癬

偏平苔癬
結節性痒疹

その他痒疹 (慢性型で経過が一年以上のものに限る。)
皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象疾患

帯状疱疹
じんま疹

アトピー性皮膚炎 (十六歳以上の患者が罹患している場合に限る。)
尋常性白斑
円形脱毛症

脂漏性皮膚炎

別表第三 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食
肝臓食
糖尿食
胃潰瘍食

貧血食

脾臓食
脂質異常症食

痛風食
フェニールケトン尿症食
楓糖尿症食

ホモシスチン尿症食
ガラクトース血症食

治療乳
無菌食

小児食物アレルギー食 (外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。)
特別な場合の検査食 (単なる流動食及び軟食を除く。)

別表第三の一の二 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者並びに重症者加算の状態等にある患者
一 末期の悪性腫瘍の患者 (在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。)

二 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者

(2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの
別表第三の二 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する状態等である患者

一 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの
妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
妊娠高血圧症候群重症の患者
前置胎盤 (妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。)

妊娠三十週未満の切迫早産 (子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。)

多胎妊娠の患者
子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患 (治療中のものに限る。)

糖尿病 (治療中のものに限る。)

甲状腺疾患 (治療中のものに限る。)

腎疾患 (治療中のものに限る。)

膠原病 (治療中のものに限る。)

特発性血小板減少性紫斑病 (治療中のものに限る。)

白血病 (治療中のものに限る。)

血友病 (治療中のものに限る。)

出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。)

HIV陽性の患者
Rh不適合の患者
当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者

二 妊娠中であつて次に掲げる状態にあるもの

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

四十歳以上の初産婦の患者

分娩前のBMIが三十五以上の初産婦の患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離の患者

前置胎盤(妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴つものに限る。)(の患者)

双胎間輸血症候群の患者

多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患(治療中のものに限る。)(の患者)

糖尿病(治療中のものに限る。)(の患者)

特発性血小板減少性紫斑病(治療中のものに限る。)(の患者)

白血病(治療中のものに限る。)(の患者)

血友病(治療中のものに限る。)(の患者)

出血傾向のある状態(治療中のものに限る。)(の患者)

HIV陽性の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者

別表第三の三 薬剤管理指導料の対象患者及び薬剤服用歴管理指導料に規定する医薬品

抗悪性腫瘍剤

免疫抑制剤

不整脈用剤

抗てんかん剤

血液凝固阻止剤

ジギタリス製剤

テオフィリン製剤

カリウム製剤(注射薬に限る。)

精神神経用剤

糖尿病用剤

脾臓ホルモン剤

抗HIV薬

別表第四 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患

口腔領域の悪性新生物(エナメル上皮腫を含む。)

顎・口腔の先天異常

舌痛症(心因性によるものを含む。)

口腔軟組織の疾患(難治性のものに限る。)

口腔領域のシエーグレン症候群

尋常性天疱瘡又は類天疱瘡

口腔乾燥症(放射線治療を原因とするものに限る。)

睡眠時無呼吸症候群(口腔内装置治療を要するものに限る。)

別表第五 削除

別表第六 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

高血圧性疾患

虚血性心疾患

不整脈

心不全

喘息

慢性気管支炎

糖尿病

甲状腺機能障害

副甲状腺機能不全

脳血管障害

てんかん

甲状腺機能亢進症

自律神経失調症

慢性腎臓病(腎透析を受けている患者に限る。)

別表第七 在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等

末期の悪性腫瘍

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージIII以上であつて生活機能障害度がII度又はIII度のものに限る。))

多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

人工呼吸器を使用している状態

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニコーレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表第九 在宅自己注射指導管理料、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤
性腺刺激ホルモン製剤
ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤
ソマトスタチンアナログ

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体
グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト
ヒトソマトメジンC製剤
インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤
エタネルセプト製剤
ベグビソマント製剤

スマトリブタン製剤
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤

アダリムマブ製剤
テリパラチド製剤
アドレナリン製剤

ヘパリンカルシウム製剤
アポモルヒネ塩酸塩製剤
セルトリズマブベゴル製剤
トシリズマブ製剤
メトレレプチン製剤
アバセプト製剤

pH4処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤

別表第九の一の二 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患

表皮水泡症
水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症

別表第九の二 検体検査実施料に規定する検体検査

一 医科点数表区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査

二 医科点数表区分番号D002に掲げる尿沈渣(鏡検法)

三 医科点数表区分番号D003に掲げる糞便検査のうち次のもの
糞便中ヘモグロビン

四 医科点数表区分番号D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの
赤血球沈降速度(ESR)
末梢血液一般検査
ヘモグロビンA1c(HbA1c)

五 医科点数表区分番号D006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの
プロトロンビン時間(PT)
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
Dダイマー

六 医科点数表区分番号D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの
総蛋白
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
グルコース

乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)
クレアチンキナーゼ(CK)
HDLコレステロール
総コレステロール

七 医科点数表区分番号D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの
甲状腺刺激ホルモン(TSH)
遊離サイロキシン(FT₄)
遊離トリヨードサイロニン(FT₃)
医科点数表区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの
癌胎児性抗原(CEA)
α-フェトプロテイン(AFP)
前立腺特異抗原(PSA)
CA19-9

八 医科点数表区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの
C反応性蛋白(CRP)

九 医科点数表区分番号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うち次のもの
その他のもの

十 医科点数表区分番号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うち次のもの
その他のもの

別表第九の二の二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する患者
 三歳未満の乳幼児であつて次の疾患である者
 先天性小腸閉鎖症

鎖肛
 ヒルシユスブルング病
 短腸症候群

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
 脳血管疾患等の患者のうちで発症後六十日以内のもの

入院中の患者であつて、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心
 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)、運動器リハビリテ
 ション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

別表第九の四 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者

急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者
 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循

環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の五 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者
 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者

失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者
 難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態
 の患者であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の
 低下を来しているもの(ただし、心大血管疾患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、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテ
 ション料の対象患者に該当するものを除く。)

別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後
 の患者

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能
 及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者

慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の
 重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

別表第九の八 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リ
 ハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者

一 失語症、失認及び失行症の患者
 高次脳機能障害の患者

重度の頸髄損傷の患者

頭部外傷及び多部位外傷の患者
 慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者
 心筋梗塞の患者
 狭心症の患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
 難病患者リハビリテーション料に規定する患者(先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除
 く。)

障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因す
 る疾病の者に限る。)
 その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継
 続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

二 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因す
 る疾病の者を除く。)

別表第九の九 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リ
 ハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

一 別表第九の八第一号に規定する患者については、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
 二 別表第九の八第二号に規定する患者については、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

別表第十 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患

パーキンソン病
 ベーチエツト病
 多発性硬化症
 重症筋無力症
 全身性エリテマトーデス
 スモン

筋萎縮性側索硬化症
 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
 結節性動脈周囲炎
 ビュルガー病

脊髄小脳変性症
 悪性関節リウマチ
 パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)

アミロイドーシス
 後縦韌帯骨化症
 ハンチントン病
 モヤモヤ病(ウィリス動脈閉塞症)

ウエゲナー肉芽腫症
 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)

広範脊柱管狭窄症
 特発性大腿骨頭壊死症
 混合性結合組織病
 プリオン病

ギラン・バレー症候群
 黄色靭帯骨化症

シエーグレン症候群
成人発症スチル病
関節リウマチ
亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎

別表第十の二 障害児(者)リハビリテーション料の対象患者

脳性麻痺の患者

胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者

顎・口腔の先天異常の患者

先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者

先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

先天性又は進行性の神経筋疾患の患者

神経障害による麻痺及び後遺症の患者

言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者

別表第十の二の二 がん患者リハビリテーション料の対象患者

一 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん又は膵臓がんを診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの

二 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんを診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの

三 乳がんを診断された患者であつて、乳がんの治療のために入院している間にリンパ節郭清を伴う乳腺悪性腫瘍手術が行われる予定のもの又は行われたもの

四 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移と診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間にこれらの部位に対する手術、化学療法若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの

五 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍と診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に手術若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの

六 血液腫瘍と診断された患者であつて、血液腫瘍の治療のために入院している間に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの

七 がんを診断された患者であつて、がんの治療のために入院している間に化学療法(骨髄抑制が見込まれるものに限る。)が行われる予定のもの又は行われたもの

八 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であつて、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

別表第十の三 集団コミュニケーション療法料の対象患者

別表第九の五又は別表第十の二に掲げる患者であつて、言語・聴覚機能の障害を有するもの

別表第十の三 人工腎臓に規定する注射薬

エリスロポエチン

ダルベポエチン

別表第十一

一 歯科点数表第二章第八節処置に規定する特定薬剤

口腔用ケナロゲ

歯科用(口腔用)アフタゾン

テトラ・コーチゾン軟膏

テラ・コートリル軟膏

二 歯科点数表第二章第九節手術に規定する特定薬剤

口腔用ケナロゲ

アクリノール

歯科用(口腔用)アフタゾン

テトラ・コーチゾン軟膏

テラ・コートリル軟膏

デルゾン口腔用

生理食塩水

別表第十一の二 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者

心不全の患者

冠動脈疾患の患者

弁膜症の患者

不整脈の患者

先天性心疾患の患者

肺動脈性肺高血圧症の患者

呼吸不全の患者

呼吸器疾患の患者

糖尿病の患者

腎不全の患者

肝不全の患者

血球減少の患者

血液凝固異常の患者

出血傾向のある患者

敗血症の患者

神経障害の患者

BMIが三十五以上の患者

別表第十一の三 強度変調放射線治療(IMRT)の対象患者

限局性の固形悪性腫瘍の患者

別表第十二 介護老人保健施設入所者について算定できない検査、リハビリテーション、処置、手術及び麻酔

一 算定できない検査

(1) 検体検査(医科点数表区分番号D007の38に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係る医科点数表区分番号D026の3に掲げる生化学的検査(I)判断料並びに医科点数表区分番号D419の3に掲げる動脈血採取であつて、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)

(2) 呼吸循環機能検査等のうち医科点数表区分番号D208に掲げる心電図検査及び医科点数表区分番号D209に掲げる負荷心電図検査(心電図検査の注に規定する加算であつて、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診療に係るものを除く。)

- (3) 負荷試験等のうち肝及び腎のクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験
- (4) (1) から(3)までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な検査
- 二 算定できないリハビリテーション
- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション
- (2) 運動器リハビリテーション
- (3) 摂食機能療法
- (4) 視能訓練
- (5) (1) から(4)までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊なリハビリテーション
- 三 算定できない処置
- (1) 一般処置のうち次に掲げるもの
- イ 創傷処置（六千平方センチメートル以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）
- ロ 手術後の創傷処置
- ハ ドレーン法（ドレナージ）
- ニ 腰椎穿刺
- ホ 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- ヘ 腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- ト 喀痰吸引
- チ 高位洗腸、高圧洗腸、洗腸
- リ 摘便
- ヌ 酸素吸入
- ル 酸素テント
- ヲ 間歇的陽圧吸入法
- ワ 肛門拡張法（徒手又はプジーによるもの）
- カ 非還納性ヘルニア徒手整復法（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- キ 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）
- ク 救命のための気管内挿管
- (2) イ 人工呼吸
- ハ 非開胸的心マッサージ
- ニ 気管内洗浄
- ホ 胃洗浄
- (3) 泌尿器科処置のうち次に掲げるもの
- イ 膀胱洗浄（薬液注入を含む。）
- ロ 留置カテーテル設置
- ハ 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）
- (4) 整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）
- (5) 栄養処置のうち次に掲げるもの
- イ 鼻腔栄養
- ロ 滋養洗腸
- (6) (1) から(5)までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置

- 四 算定できない手術
- (1) 創傷処理（長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (2) 皮膚切開術（長径二十センチメートル未満のものに限る。）
- (3) デブリードマン（百平方センチメートル未満のものに限る。）
- (4) 爪甲除去術
- (5) ひょう疽手術
- (6) 外耳道異物除去術（複雑なものを除く。）
- (7) 咽頭異物摘出術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものであって、複雑なものを除く。）
- (8) 顎関節脱臼非観血的整復術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (9) 血管露出術
- (10) (1) から(9)までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術
- 五 算定できない麻酔
- (1) 静脈麻酔
- (2) 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
- (3) (1) 及び(2)に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な麻酔

○厚生労働省告示第六十号

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)の規定に基づき、酸素及び窒素の価格(平成二十年厚生労働省告示第四十一号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、同日前に使用された酸素及び窒素の価格については、なお従前の例による。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

第三項各号列記以外の部分中「の対価」の下に、「(平成二十五年一月一日から平成二十六年三月三十一日までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価については、当該対価に百五分の百八を乗じて得た額の一円未満の端数を四捨五入した額)を加え、同項第一号中「〇・一八円」を「〇・一九円」に、「〇・三〇円」を「〇・三一円」に、「〇・四〇円」を「〇・四一元」に、「二・二五円」を「二・三一円」に改め、同項第二号中「〇・二七円」を「〇・二八円」に、「〇・四五円」を「〇・四六円」に、「〇・六〇円」を「〇・六二円」に、「三・〇〇円」を「三・〇九円」に改める。

○厚生労働省告示第六十一号

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)の規定に基づき、使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、平成二十六年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

別表を次のように改める。

別表

注1 ㊦は、薬事法(昭和三十五年法律第百四十五号)第四十一条第一項に規定する日本薬局方に収載されている医薬品であることを示す。

注2 は、品名の次に括弧書によって医薬品製造販売業者名の略称を加えたことを示す。

注3 ㊦は、麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第二条第一項に規定する麻薬であることを示す。

アズクロマイシン錠 250 mg 「アメル」	250mg 1錠	146.30	アスコマーナ錠 0.125 mg アスコマーナ錠 0.25	0.125mg 1錠 0.25mg 1錠	5.60 5.80	アスピリン腸溶錠 100 mg 「J G」	100mg 1錠	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「SN」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸	1 g	7.20	アスピリン腸溶錠 100 mg 「タ イヨー」	100mg 1錠	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「NP」	250mg 1錠	146.30	※アスコルビン酸 (岩城)	1 g	8.80	アスピリン腸溶錠 100 mg 「ト ーウ」	100mg 1錠	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「F」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸原末 「タケ ダ」	1 g	8.20	アスピリン腸溶錠 100 mg 「日 医工」	100mg 1錠	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「KN」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸原末 「マルイ シ」	1 g	8.20	アスピリン腸溶錠 100 mg 「マ イラン」	100mg 1錠	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「KOG」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸散	10% 1 g	7.20	アスピリン 「日医工」	10 g	23.50
アズクロマイシン錠 250 mg 「サライ」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸散	20% 1 g	7.80	アスピリン 「バドエル」	10 g	29.40
アズクロマイシン錠 250 mg 「サント」	250mg 1錠	146.30	※アスコルビン酸 (山善)	1 g	8.80	アスピリン 「ホエイ」	10 g	27.20
アズクロマイシン錠 250 mg 「JG」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸 「ヨシタ」	1 g	8.80	アスピリン 「メタル」	10 g	27.20
アズクロマイシン錠 250 mg 「タカタ」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸 「ヨシタ」	50% 1 g	16.30	※アスピリン (山善)	10 g	29.40
アズクロマイシン錠 250 mg 「DSEP」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸 25%	25% 1 g	10.20	アスピリン 「ヨシタ」	10 g	29.40
アズクロマイシン錠 250 mg 「チバ」	250mg 1錠	146.30	アスコルビン酸小児用ドラッグ 1%	1% 1 g	34.90	アスファネート配合錠 A 81	10 g	5.60
アズクロマイシン錠 250 mg 「トロー」	250mg 1錠	146.30	アズゾール錠 250 mg	250mg 1錠	19.30	アスベノンカプセル 10	10mg 1カプセル	49.50
アズクロマイシン錠 250 mg 「日医工」	250mg 1錠	146.30	アスタージス錠 2 mg	2mg 1錠	5.40	アスベノンカプセル 20	20mg 1カプセル	81.40
アズクロマイシン錠 250 mg 「YD」	250mg 1錠	146.30	アストフイリン配合錠	1錠	5.90	アスベリン散 10%	10% 1 g	10.80
アズクロマイシン錠 250 mg 「わかもと」	250mg 1錠	146.30	アストマトップ錠 15 mg	15mg 1錠	5.40	アスベリンシロップ 「調剤 用」 2%	2% 1mL	6.40
アズクロマイシン錠 500 mg 「トロー」	500mg 1錠	292.60	アストトーア配合カプセル	1カプセル	5.40	アスベリンシロップ 0.5%	0.5% 10mL	19.10
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アストマリン細粒 10%	10% 1 g	9.10	アスベリンシロップ	2% 1 g	6.40
アズクロマイシン錠 250 mg 「YD」	250mg 1錠	146.30	アストマリン錠 15 mg	15mg 1錠	5.60	アズレミン配合細粒	1 g	6.50
アズクロマイシン錠 250 mg 「わかもと」	250mg 1錠	146.30	アストミン散 10%	10% 1 g	43.90	アズレミン・グルタミン配合細 粒 「EMEC」	1 g	6.50
アズクロマイシン錠 500 mg 「トロー」	500mg 1錠	292.60	アストミン錠 10 mg	10mg 1錠	5.60	アズレミン配合細粒	1 g	6.50
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アストミンシロップ 0.25%	0.25% 1mL	3.80	アズレジン錠 2 mg 「ツルハラ」	2mg 1錠	5.00
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アストモリン配合胃液錠	1錠	19.80	アズレジン酸ナトリウ ム・L-グルタミン配合顆粒 「クニヒロ」	1 g	6.50
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アストモリン配合腸液錠	1錠	19.80	アズレジン酸ナトリウ ム 1% 顆粒	1% 1 g	6.20
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アストリック ドライシロップ 80%	80% 1 g	246.10	アズロキササ錠 2.5%	2.5% 1 g	78.30
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズノール細粒 (0.4%)	0.4% 1 g	10.90	アズロキササ錠 15 mg	15mg 1錠	64.50
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズノール細粒 (1%)	1% 1 g	17.80	アゼタゾラム	1 g	117.90
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズノール錠 2 mg	2mg 1錠	6.90	アゼタゾラム カプセル 100	100mg 1カプセル	16.30
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズノール錠 50%	50% 1 g	6.70	アゼタゾラム カプセル 200	200mg 1カプセル	29.10
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズパバカリウム散 50%	50% 1 g	5.80	アゼチルスチロイド内用液 17.6% 「シヨーウ」	17.6% 1mL	99.40
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズパバカリウム錠 300 mg	300mg 1錠	5.80	アゼチルスチロイド錠 100	100mg 1錠	19.20
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズパバ C A 錠 200	1錠	5.60	アゼチルスチロイド錠 200	200mg 1錠	32.80
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズパバ配合錠	1錠	6.10	アセトアミノフェン	1 g	7.20
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズベリン	10 g	19.80			
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズベリン 「ケンエー」	10 g	23.50			
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズベリン 原末 「マルイシ」	10 g	27.20			
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズベリン シオエ	10 g	27.20			
アズクロマイシン錠 500 mg 「日医工」	500mg 1錠	292.60	アズベリン錠 100 「KN」	100mg 1錠	5.60			

アセトアミノフェン細粒 20%「タツミ」	20%1g	8.60	アゼルニジピン錠 16mg「タ チベ」	16mg1錠	29.50	アデカイド腸溶錠	20mg1錠	5.40
アセトアミノフェン細粒 20%(TYK)	20%1g	8.60	アゼルニジピン錠 16mg「T CK」	16mg1錠	34.20	アデネコリン—M錠 7.5mg	7.5mg1錠	5.60
アセトアミノフェン錠 200 「タツミ」	200mg1錠	8.10	アゼルニジピン錠 16mg「チ バ」	16mg1錠	34.20	アデネラートソフトカプセル 5mg	5mg1カプセル	5.60
アセトアミノフェン錠 200mg 「NP」	200mg1錠	8.10	アゼルニジピン錠 16mg「ト ーワ」	16mg1錠	29.50	アデネレン錠 2mg「ツルハ ラ」	2mg1錠	5.00
アセトアミノフェン錠 200mg (TYK)	200mg1錠	8.10	アゼルニジピン錠 16mg「日 医工」	16mg1錠	34.20	アデノート錠 10	10mg1錠	26.80
アセトアミノフェン「ヨシ ダ」	1g	8.00	アゼルニジピン錠 16mg「Y D」	16mg1錠	34.20	アデノロールドライシロップ 10%「EMEC」	10%1g	57.80
アセトアチン顆粒 0.2%	0.2%1g	104.80	アセソヤク末	10g	15.30	アデノロール 25mg錠	25mg1錠	5.80
アセトアチン錠 0.5mg	0.5mg1錠	32.40	アタナールカプセル 5	5mg1カプセル	5.60	アデノロール 50mg錠	50mg1錠	7.00
アセトアチン錠 1mg	1mg1錠	41.80	アタバニシ散	1g	6.20	アデホスコーワ顆粒 10%	10%1g	26.30
アゼラアチン塩酸塩 0.5mg錠	0.5mg1錠	5.60	アタアチノール錠 5mg	5mg1錠	45.90	アデホスコーワ腸溶錠 20	20mg1錠	5.60
アゼラアチン塩酸塩 1mg錠	1mg1錠	5.80	アタラックアズ錠 10mg	10mg1錠	5.80	アデホスコーワ腸溶錠 60	60mg1錠	11.00
アゼラニジピン錠 8mg「N P」	8mg1錠	16.70	アタラックアズ錠 25mg	25mg1錠	9.10	アデリール錠 5	5mg1錠	5.80
アゼラニジピン錠 8mg「F P」	8mg1錠	19.30	アタラックアズ—Pカプセル 25mg	25mg1カプセル	6.60	アテレック錠 5	5mg1錠	32.80
アゼラニジピン錠 8mg「K O G」	8mg1錠	16.70	アタラックアズ—Pカプセル 50mg	50mg1カプセル	12.60	アテレック錠 10	10mg1錠	58.70
アゼラニジピン錠 8mg「ケ ミ ラ」	8mg1錠	19.30	アタラックアズ—P散 10%	10%1g	27.30	アテロキサール散 7.8%	7.8%1g	57.70
アゼラニジピン錠 8mg「J G」	8mg1錠	19.30	アタラックアズ—Pシロップ 0.5%	0.5%1mL	2.90	アデロキシン散 10%	10%1g	46.60
アゼラニジピン錠 8mg「タ ナ ベ」	8mg1錠	16.70	アタラックアズ—Pドライシロ ップ 2.5%	2.5%1g	12.70	アテロパソカプセル 300	300mg1カプセル	25.50
アゼラニジピン錠 8mg「T C K」	8mg1錠	19.30	アタラートL錠 10mg	10mg1錠	17.30	アテーソ散 1%	1%1g	19.60
アゼラニジピン錠 8mg「チ バ」	8mg1錠	19.30	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	29.60	アテーソ錠 (2mg)	2mg1錠	8.60
アゼラニジピン錠 8mg「ト ー ワ」	8mg1錠	16.70	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	17.30	アトシルカ錠 20mg	20mg1錠	1,770.00
アゼラニジピン錠 8mg「日 医 工」	8mg1錠	19.30	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	29.60	アトナ散 10%	10%1g	44.90
アゼラニジピン錠 8mg「Y D」	8mg1錠	19.30	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	14.20	アトナ錠 10mg	10mg1錠	6.10
アゼラニジピン錠 16mg「N P」	16mg1錠	29.50	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	19.10	アトナ錠 30mg	30mg1錠	11.40
アゼラニジピン錠 16mg「F P」	16mg1錠	34.20	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	23.30	アトピオール錠 5mg	5mg1錠	16.10
アゼラニジピン錠 16mg「K O G」	16mg1錠	29.50	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	32.80	アトミフェン錠 200	200mg1錠	8.10
アゼラニジピン錠 16mg「ケ ミ ラ」	16mg1錠	34.20	アタラートL錠 20mg	20mg1錠	61.50	アトミフェンドライシロップ 20%	20%1g	9.90
アゼラニジピン錠 16mg「J G」	16mg1錠	34.20	アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	17.30	アトルバスタチンOD錠 5mg 「トーワ」	5mg1錠	31.60
			アタラートC R錠 10mg	10mg1錠	28.60	アトルバスタチンOD錠 10mg「トーワ」	10mg1錠	60.90
			アタラートC R錠 10mg	10mg1錠	62.40	アトルバスタチン錠 5mg「ア メル」	5mg1錠	31.60
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	121.50	アトルバスタチン錠 5mg「E E」	5mg1錠	31.60
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	9.20	アトルバスタチン錠 5mg「N S」	5mg1錠	31.60
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	67.40	アトルバスタチン錠 5mg「N P」	5mg1錠	24.70
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	21.30			
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	35.50			
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	60.40			
			アタラートC R錠 40mg	40mg1錠	21.70			

⊙	アムロジピンOD錠5mg「Y D」	5mg1錠	23.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「あす か」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「TY K」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「アメル」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ア メル」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ト ー ワ」	2.5mg1錠	17.40
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「EMEC」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「EM EC」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「日医 E」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「NS」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「イ セ イ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「P H」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「NP」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「イ ワ キ」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠2.5mg「B M D」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「科研」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「N i k P」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ワ ソ ー」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「杏林」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「N S」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ア イ ラン」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「KN」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「N P」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠2.5mg「明 治」	2.5mg1錠	17.40
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「ケミフテ」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「F」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「Y D」	2.5mg1錠	13.00
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「サワイ」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ME D」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「あ す か」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「サント」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「オ ー ハラ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「ア メル」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「JG」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「科 研」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠5mg「EM E C」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「CH」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「Q Q」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「イ セ イ」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「ZE」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「K N」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「ア イ ワ キ」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「タカタ」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ケ ミ フテ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「N i k P」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「TCK」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「サ ワ イ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「NS」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「TYK」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「サ ン ド」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠5mg「NP」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「テバ」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「J G」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「F」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「トーワ」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「C H」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠5mg「ME D」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「日医工」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「タ イ ヨー」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「オ ー ハラ」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「フノー」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「タ カ タ」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠5mg「科研」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「明治」	10mg1錠	49.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「タ ナ ベ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「Q Q」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD錠10mg 「YD」	10mg1錠	36.20	⊙	アムロジピン錠2.5mg「ツ ル ハラ」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「KN」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD 「YD」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「D S EP」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠5mg「ケ ミ フテ」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD 「YD」	2.5mg1錠	17.40	⊙	アムロジピン錠2.5mg「T C K」	2.5mg1錠	13.00	⊙	アムロジピン錠5mg「サ ワ イ」	5mg1錠	32.20
⊙	アムロジピンOD 「YD」	2.5mg1錠	17.40	⊙				⊙	アムロジピン錠5mg「サ ン ド」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD 「YD」	2.5mg1錠	17.40	⊙				⊙	アムロジピン錠5mg「F J」	5mg1錠	23.20
⊙	アムロジピンOD 「YD」	2.5mg1錠	17.40	⊙				⊙	アムロジピン錠5mg「CH」	5mg1錠	23.20

Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「タイヨ一」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「JG」	10mg1錠	49.20	アムロジピンベシル硫酸塩 10mg錠	10mg1錠	18.00
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「タカタ」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「CH」	10mg1錠	36.20	アムロジゾンOD錠 2.5mg	2.5mg1錠	29.00
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「タナベ」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「タイヨ一」	10mg1錠	49.20	アムロジゾンOD錠 5mg	5mg1錠	53.30
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「ツルハラ」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「タカタ」	10mg1錠	49.20	アムロジゾンOD錠 10mg	10mg1錠	81.60
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「DSE」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「タナベ」	10mg1錠	49.20	アムロジピン錠 2.5mg	2.5mg1錠	29.00
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「TCK」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「ツルハラ」	10mg1錠	49.20	アムロジピン錠 5mg	5mg1錠	53.30
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「TYK」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「DS」	10mg1錠	49.20	アムロジゾン錠 10mg	10mg1錠	81.60
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「ト一」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「TCEP」	10mg1錠	36.20	アムロジニウムメチル硫酸塩 10mg 「フノー」	10mg1錠	17.20
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「日医工」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「TCCK」	10mg1錠	36.20	アムロジニウムメチル硫酸塩 10mg錠	10mg1錠	9.80
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「PH」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「TYK」	10mg1錠	36.20	アムロジニウムメチル硫酸塩 10mg錠	10mg1錠	44.20
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「フノー」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「日医工」	10mg1錠	49.20	アモキサゾンカプセル 10mg	10mg1カプセル	6.90
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「マイラソ」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「フノー」	10mg1錠	36.20	アモキサゾンカプセル 25mg	25mg1カプセル	13.80
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「明治」	5mg1錠	32.20	アムロジピン錠 10mg 「明治」	10mg1錠	49.20	アモキサゾンカプセル 50mg	50mg1カプセル	22.90
Ⓢ	アムロジピン錠 5mg 「YD」	5mg1錠	23.20	アムロジピン錠 10mg 「YD」	10mg1錠	36.20	アモキサゾン細粒 10%	10%1g	41.40
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「あすか」	10mg1錠	36.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「あすか」	2.5mg1包	18.10	アモキシリンソナカプセル 125mg 「日医工」	125mg1カプセル	13.30
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「アメル」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「JG」	2.5mg1包	18.10	アモキシリンソナカプセル 250mg 「NPI」	250mg1カプセル	7.10
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「EMEC」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「タナベ」	2.5mg1包	18.10	アモキシリンソナカプセル 250mg 「タツミ」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「イゼイ」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「TYK」	2.5mg1包	18.10	アモキシリンソナカプセル 250mg 「ト一」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「NS」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「TYK」	2.5mg1包	18.10	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「NP」	10mg1錠	36.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「ト一」	2.5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「F」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「あすか」	2.5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「MED」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 2.5mg 「JG」	2.5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「オーハラ」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 5mg 「タナベ」	5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「科研」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 5mg 「TYK」	5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「Q」	10mg1錠	49.20	アムロジピン内用ゼリー 5mg 「ト一」	5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「香林」	10mg1錠	36.20	アムロジピン内用ゼリー 5mg 「ト一」	5mg1包	35.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「KN」	10mg1錠	49.20	アムロジピンベシル硫酸塩 2.5mg錠	2.5mg1錠	9.60	アモキシリンソナカプセル 250mg 「日医工」	250mg1カプセル	8.60
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「ケミ」	10mg1錠	49.20	アムロジピンベシル硫酸塩 5mg錠	5mg1錠	12.80	アモキシリン細粒 10%	10%1g	11.90
Ⓢ	アムロジピン錠 10mg 「サワ	10mg1錠	49.20				アラグリオ内用剤 1.5g	1.5g1瓶	90.377.80

㊦	アラセゾール錠 12.5 mg 「タ イヨー」	12.5mg1錠	8.90	㊦	アルジオキサ顆粒 25% 「ツ ルハラ」	25%1g	6.20	㊦	アルフロクソン錠 0.5 mg	0.5mg1錠	9.90
㊦	アラセゾール錠 12.5 mg 「日 医工」	12.5mg1錠	8.90	㊦	アルジオキサ錠 50% 「Y D」	50%1g	6.20	㊦	アルボ錠 100 mg	100mg1錠	19.30
㊦	アラセゾール 25 mg錠	25mg1錠	9.60	㊦	アルジオキサ錠 100 mg 「イセ イ」	100mg1錠	5.60	㊦	アルボ錠 200 mg	200mg1錠	29.50
㊦	アラセゾール 50 mg錠	50mg1錠	9.60	㊦	アルジオキサ錠 100 mg 「ツル ハラ」	100mg1錠	5.60	㊦	アルミンニッパスカルシウム 顆粒 99%	1g	7.70
㊦	アラバ錠 10 mg	10mg1錠	177.70	㊦	アルジオキサ 50%顆粒	50%1g	6.20	㊦	アルミクイニス アルロイD G顆粒溶解用 67%	10g	24.00
㊦	アラバ錠 20 mg	20mg1錠	309.60	㊦	アルジオキサ錠 5	5mg1錠	21.00	㊦	アルロイD G内用液 5%	10mL	18.10
㊦	アラバ錠 100 mg	100mg1錠	1,060.00	㊦	アルジキサル錠 5	5mg1錠	39.50	㊦	アルギサル錠 5 mg	5mg1錠	50.90
㊦	アラベル内用剤 1.5 g	1.5g1瓶	90,377.80	㊦	アルジキサル錠 10	10mg1錠	37.80	㊦	アルギサル錠 10 mg	10mg1錠	86.50
㊦	アラソタ S F錠 100 mg	100mg1錠	5.60	㊦	アルセチン錠 5	5mg1錠	20.60	㊦	アルギサル錠 10 mg	10mg1錠	0.5%1g
㊦	アラソタ S P細粒 20%	20%1g	6.20	㊦	アルセチン錠 10	10mg1錠	92.20	㊦	アルギサルドライシロップ 0.5%	0.5%1g	78.10
㊦	アラスマット錠 50 mg	50mg1錠	6.00	㊦	アルダクトンA細粒 10%	10%1g	21.80	㊦	アルグアラOD錠 60 mg	60mg1錠	71.90
㊦	アリセズS配合錠	1錠	5.60	㊦	アルダクトンA錠 25 mg	25mg1錠	45.80	㊦	アルグアラ錠 30 mg	30mg1錠	56.40
㊦	アリセズト細粒 0.5%	0.5%1g	318.60	㊦	アルダクトンA錠 50 mg	50mg1錠	25.90	㊦	アルグアラ錠 60 mg	60mg1錠	71.90
㊦	アリセズト錠 3 mg	3mg1錠	225.80	㊦	アルタクトンカブセル 37.5 mg	37.5mg1カブセル	42.20	㊦	アルジオン錠 10	10mg1錠	101.80
㊦	アリセズト錠 5 mg	5mg1錠	334.70	㊦	アルタクトンカブセル 75 mg	75mg1カブセル	113.70	㊦	アルジオン錠 20	20mg1錠	135.00
㊦	アリセズト錠 10 mg	10mg1錠	598.70	㊦	アルタクトン細粒 20%	20%1g	60.20	㊦	アルジオン錠 20	20mg1錠	90.90
㊦	アリセズト D錠 3 mg	3mg1錠	225.80	㊦	アルヒード錠 10	10mg1錠	82.90	㊦	アルジオンドライシロップ 1%	1%1g	18.80
㊦	アリセズト D錠 5 mg	5mg1錠	334.70	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレステン錠 150 mg	150mg1錠	12.80
㊦	アリセズト D錠 10 mg	10mg1錠	598.70	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス 3 mg錠	3mg1錠	21.60
㊦	アリセズトドライシロップ 1%	1%1g	619.90	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス 6 mg錠	6mg1錠	8.10
㊦	アリセズト内服ゼリー 3 mg	3mg1個	223.30	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス散 1%	1%1g	31.20
㊦	アリセズト内服ゼリー 5 mg	5mg1個	338.70	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス散 10%	10%1g	44.70
㊦	アリセズト内服ゼリー 10 mg	10mg1個	608.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックスOD錠 2.5	2.5mg1錠	56.80
㊦	アリチア配合錠	1錠	5.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス顆粒 0.5%	0.5%1g	75.20
㊦	アリミズックス錠 3 mg	3mg1錠	5.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 2.5	2.5mg1錠	44.70
㊦	アリミズックス錠 1 mg	1mg1錠	495.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5	5mg1錠	56.80
㊦	アリメジソシロップ 0.05%	0.05%10mL	23.90	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5	5mg1錠	45.90
㊦	亜硫酸酸素ナトリウム	10g	10.80	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「ア メ ル」	5mg1錠	58.70
㊦	アリルエラストレノール 25 mg 錠	25mg1錠	29.40	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「S N」	5mg1錠	58.70
㊦	アルキサ錠 100 mg	100mg1錠	5.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「F」	5mg1錠	45.90
㊦	アルギU配合顆粒	1g	46.70	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「サ イ」	5mg1錠	45.90
㊦	アルクレーソ内用液 5%	10mL	7.00	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「J」	5mg1錠	45.90
㊦	アルクレーソ錠 2 mg	2mg1錠	198.80	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「タ イ ヨー」	5mg1錠	58.70
㊦	アルサ錠 10%	10%1g	5.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦	アレリックス錠 5 mg 「D K」	5mg1錠	58.70
㊦	アルサ錠 100 mg	100mg1錠	5.60	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦			
㊦	アルサルミン細粒 90%	90%1g	6.40	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦			
㊦	アルサルミン内用液 10%	10%1mL	3.70	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦			
㊦	アルジオキサ顆粒 20% 「日 医工」	20%1g	6.20	㊦	アルヒード錠 20	20mg1錠	5.80	㊦			

イコサペント酸エチル粒状カ プセル 600 mg 「サライ」	600mg1包	33.00	④	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「サライ」	10mg1錠	5.60	イノリン散 1%	31.30
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 600 mg 「TC」	600mg1包	33.00	④	一硝酸イソソルビド錠 10mg 「タイヨー」	10mg1錠	5.60	イノリン錠 3mg	14.50
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 600 mg 「TC」	600mg1包	33.00	④	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「サライ」	20mg1錠	7.60	イノリン錠 0.1% 1mL	8.80
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 600 mg 「日医工」	600mg1包	33.00	④	一硝酸イソソルビド錠 20mg 「タイヨー」	20mg1錠	7.60	EPLカプセル 250mg	8.50
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「サライ」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「NS」	50mg1錠	11.00	イビロチン錠 10mg	17.20
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「TC」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「NPJ」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 50μg	514.80
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「TC」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「サライ」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 100μg	718.20
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「日医工」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「JG」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 200μg	1,002.10
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「日医工」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「タイヨー」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 400μg	1,398.30
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「日医工」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「タナベ」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 600μg	1,699.20
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「日医工」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TK」	50mg1錠	11.00	イーワエンバツカル錠 800μg	1,951.10
イコサペント酸エチル粒状カ プセル 900 mg 「日医工」	900mg1包	48.40		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TK」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 800μg 細 粒 4% 「TC」	8.80
イサロソノ顆粒 25%	25%1g	10.20		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TK」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 10mg 「トロー」	5.60
イサロソノ顆粒 50%	50%1g	16.30		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TK」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 10mg 「日医工」	5.40
イサロソノ錠 100mg	100mg1錠	5.60		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TK」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 10mg 「日医工」	5.40
イージー・トパール配合錠	1錠	31.70		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「TYK」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 20mg 「TC」	5.80
イスキア配合錠 A 330	330mg1錠	5.60		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「トロー」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 20mg 「トロー」	5.80
イセジピール錠 10mg	10mg1錠	5.60		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「日医工」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 20mg 「日医工」	5.80
イソコロナールRカプセル 20mg	20mg1カプセル	5.80		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「PH」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 20mg 「日医工」	5.80
イソソルビド内用液 70% 「CEO」	70%1mL	5.30		イトゾリド塩酸塩錠 50 mg 「YD」	50mg1錠	11.00	イワエンバツカル錠 20mg 「YD」	5.80
イソソルビド内用液 70% 分 30mL 「CEO」	70%30mL1包	167.90		イトラコナゾール錠 50 mg 「M	50mg1錠	208.70	イワエンバツカル錠 20mg 「タツミ」	6.20
イソソルビド内用液 70% 分 40mL 「CEO」	70%40mL1包	222.60		イトラコナゾール錠 50 mg 「科研」	50mg1錠	171.20	イワエンバツカル錠 100 mg 「タ ツミ」	5.00
イソニアジド	1g	8.60		イトラコナゾール錠 50 mg 「日医工」	50mg1錠	171.20	イワエンバツカル錠 100 mg 「タ ツミ」	5.00
イソニアジド 「三恵」	1g	9.20		イトラコナゾール錠 100 mg 「M	100mg1錠	348.50	イワエンバツカル錠 200 mg 「タ ツミ」	7.10
イソニアジド錠	50mg1錠	9.60		イトラコナゾール錠 100 mg 「日医工」	100mg1錠	348.50	イワエンバツカル錠 200 mg 「タ ツミ」	7.10
イソニアジド錠	100mg1錠	9.60		イトラコナゾール錠 200 mg 「M	200mg1錠	700.20	イワエンバツカル錠 200 mg 「タ ツミ」	7.10
イソニトール錠 10mg	10mg1錠	5.60		イトラコナゾール錠 50 「E E K」	50mg1錠	171.20	イワエンバツカル錠 100 mg 「E E」	1,540.30
イソニトール錠 20mg	20mg1錠	7.60		イトラコナゾール錠 100 mg 「日医工」	100mg1錠	348.50	イワエンバツカル錠 100 mg 「NK」	1,540.30
イソニトール錠 70% 分 20mL	70%20mL1包	112.20		イトラコナゾール錠 200 mg 「M	200mg1錠	700.20	イワエンバツカル錠 100 mg 「KN」	1,540.30
イソニトール錠 70% 分 23mL	70%23mL1包	124.20		イトラコナゾール錠 50 「E E K」	50mg1カプセル	171.20	イワエンバツカル錠 100 mg 「ヤケル ト」	1,540.30
イソニトール錠 70% 分 30mL	70%30mL1包	167.30		イトラコナゾール錠 50	50mg1カプセル	171.20		
イソニトール錠 400mg	400mg1錠	213.60		イトラコナゾール内用液 1%	1%1mL	109.70		
イソメニールカプセル 7.5mg	7.5mg1カプセル	11.90		イノペロン錠 100 mg	100mg1錠	82.00		
				イノペロン錠 200 mg	200mg1錠	134.10		

イミダゾール塩酸塩錠 50	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イリチトロン錠 25 mg	25mg1錠	5.60
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「トローラ」	イリホーOD錠 2.5 μg	2.5μg1錠	88.30
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イリホーOD錠 5 μg	5μg1錠	144.20
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イリホー錠 2.5 μg	2.5μg1錠	88.30
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「PH」	イリホー錠 5 μg	5μg1錠	144.20
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イリソグラジンラレイソ酸塩 0.8%粗粒	0.8%1g	23.60
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「サワイ」	イリソグラジンラレイソ酸塩 2 mg錠	2mg1錠	9.70
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イリソグラジンラレイソ酸塩 4 mg錠	4mg1錠	9.90
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「JG」	イルトラ配合錠HD	1錠	193.90
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「タイヨー」	イルトラ配合錠LD	1錠	129.30
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イルベタタン錠 50 mg	50mg1錠	64.70
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「DSEP」	イルベタタン錠 100 mg	100mg1錠	123.40
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イルベタタン錠 200 mg	200mg1錠	189.00
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「TCK」	イレイセ	10g	18.80
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「TYK」	イレツサ錠 250	250mg1錠	6,712.70
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「トーラ」	イソラエガ錠 3 mg	3mg1錠	253.20
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イソラエガ錠 6 mg	6mg1錠	465.70
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「日医工」	イソラエガ錠 9 mg	9mg1錠	590.40
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「PH」	イソクレミンソゾラップ 5%	1ml	6.10
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「P」	イソタール粗粒 10%	10%1g	94.70
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「ラナイサ」	イソチソコ	10g	25.20
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	イソチソコガダイコーM	10g	28.00
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「ライラ」	イソチバソSP 25	25mg1カプセル	8.40
イミダゾール塩酸塩錠 2.5 mg	「YD」	イソチバソSP 37.5	37.5mg1カプセル	11.90
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「オーハラ」	イソテラル錠 10 mg	10mg1錠	15.00
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「カレン」	イソテレンス錠 100 mg	100mg1錠	636.40
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イソトメタソソカプセル	25mg1カプセル	9.60
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「ケミンラ」	イソヒベーヌ錠 0.25	0.25mg1錠	21.50
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「サワイ」	イソヒベーヌ錠 0.5	0.5mg1錠	35.70
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	イミダゾール塩酸塩錠 10 mg	イソヒベーヌ錠 1	1mg1錠	53.70
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「JG」	イソピラーゼカプセル 200 mg	200mg1カプセル	137.30
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「タイヨー」	イソピラーゼ錠 500 mg	500mg1錠	370.30
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「DSEP」	イソヒロツク錠 0.25	0.25mg1錠	18.50
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「TCK」	イソヒロツク錠 0.5	0.5mg1錠	21.70
イミダゾール塩酸塩錠 5 mg	「TYK」	イソヒロツク錠 1	1mg1錠	31.70
		イソソリーSカプセル 200 mg	200mg1カプセル	30.80
		イソソリーカプセル 100 mg	100mg1カプセル	18.60
		イソプロメソ細粒 1%	1%1g	93.90
		イソプロメソ錠 1 mg	1mg1錠	10.50
		イソプロメソ錠 3 mg	3mg1錠	29.40

イソプロメトン錠 6mg	6mg1錠	53.20	ワチダのゲンジンM	10g	15.10	ウリンメット配合散	1g	9.10
イソベスタン錠 1mg	1mg1錠	5.00	ワチダのコウジンM	1g	12.80	ウリンメット配合錠	1錠	5.60
イソベスタンシロップ 0.01%	0.01%10mL	17.30	ワチダのコウボク末M	1g	16.30	ウルクゾール配合顆粒	1g	6.50
イソベスタンドライシロップ (0.1%)	0.1%1g	10.00	ワチダのコウホンM	10g	21.00	ウルグートカプセル 200mg1カプセル	1錠	16.80
イソライイタ錠 1mg	1mg1錠	2,063.50	ワチダのゴジュエムM	10g	32.60	ウルサミツク錠 50	50mg1錠	6.00
イソライイタ錠 5mg	5mg1錠	9,354.20	ワチダのゴミシM	10g	112.00	ウルサミツク錠 100	100mg1錠	6.20
ゾアイデックスE.Cカプセル 125	125mg1カプセル	1,071.10	ワチダのサフランM	1g	385.30	ウルソ錠 50mg	50mg1錠	8.80
ゾアイデックスE.Cカプセル 200	200mg1カプセル	1,620.60	ワチダのサンヤクM	10g	19.60	ウルソ錠 100mg	100mg1錠	11.80
ワイキョウ	10g	18.00	ワチダのシユクシヤM	10g	133.20	ウルソデオキシコール酸錠 50mg「NP」	50mg1錠	6.00
ワイキョウ油	1mL	65.00	ワチダのショウキョウM	10g	45.50	ウルソデオキシコール酸錠 50mg「JG」	50mg1錠	6.00
ワイットコップ懸濁用配合顆粒	1g	6.40	ワチダのセッコウM	10g	57.30	ウルソデオキシコール酸錠 50mg「サワイ」	50mg1錠	6.00
ウイソタミン細粒 (10%)	10%1g	6.70	ワチダのソヨウM	10g	24.40	ウルソデオキシコール酸錠 50mg「トーヤ」	50mg1錠	6.00
ウイソトマイロン錠 250	250mg1錠	24.70	ワチダのタイオウ末M	10g	24.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「NP」	100mg1錠	6.20
ウイソトマイロン錠 500	500mg1錠	46.10	ワチダのタイソウM	10g	17.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「ZBE」	100mg1錠	6.50
ウイソトマイロンシロップ 5%	5%1mL	6.40	ワチダのチモム	10g	16.80	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「サワイ」	100mg1錠	6.50
ウエールナラ配合錠	1錠	162.00	ワチダのチンピM	1g	11.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「JG」	100mg1錠	6.20
ウエルビエ錠 0.625mg	0.625mg1錠	9.90	ワチダのトウガシM	10g	15.30	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「ZBE」	100mg1錠	6.50
ゾオトリエン錠 200mg	200mg1錠	4,142.30	ワチダのトウキM	10g	33.40	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「CKJ」	100mg1錠	6.20
ゾオリアゾリズ錠 2.5mg	2.5mg1錠	5,050.30	ワチダのボクカツM	10g	13.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「チバ」	100mg1錠	6.50
ウガコールドライシロップ 0.5%	0.5%1g	47.80	ワチダの八味丸M	10丸	11.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「トロー」	100mg1錠	6.50
ワゴン	10g	9.70	ワチダのビヤクジュツM	10g	31.70	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「チバ」	100mg1錠	6.20
ワズ	10g	121.60	ワチダの附子	10g	163.60	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「トロー」	100mg1錠	6.50
ワタゲン配合散	1g	9.10	ワチダの短附子	10g	96.10	ウルソデオキシコール酸錠 100mg「トロー」	100mg1錠	6.00
ワチダのフェキョウM	10g	71.90	ワチダのヤクチM	10g	25.80	ウルデナジン錠 50	50mg1錠	6.20
ワチダのイソチニコウM	10g	27.40	ワチダのレンキョウM	10g	16.80	ウルデナジン錠 100	100mg1錠	9.10
ワチダの烏頭	10g	135.10	ワチメリン錠 5mg	5mg1錠	115.10	ウロデジンス配合散	1g	9.60
ワチダのオウキM	10g	25.50	ワチナスチン錠 60mg	60mg1錠	9.60	ウロカルン錠 225mg	225mg1錠	9.60
ワチダのオウレン末M	10g	170.50	ワバイ	10g	21.70	ウラウルン	10g	18.60
ワチダのカンキョウM	10g	16.70	ワアレチド錠 5mg	5mg1錠	20.70	(ズ)		
ワチダのカロコンM	10g	11.20	ウムアラMD	99.36%10g	14.60	エイジン	10g	10.20
ワチダのキクカM	10g	16.30	ワヤク	10g	15.90	エイジン末	10g	12.80
ワチダのキツピM	10g	23.60	ワラリット配合錠	1錠	10.90	HM散	1g	5.60
ワチダのケイガイM	10g	14.10	ワラリットーU配合散	1g	21.20	ATP腸溶錠 20mg「NP」	20mg1錠	5.40
			ワリアデック錠 20mg	20mg1錠	21.20	ATP腸溶錠 20mg「第一三共」	20mg1錠	5.60
			ワリアデック錠 40mg	40mg1錠	40.00	ATP腸溶錠 20mg「日医工」	20mg1錠	5.40
			ワリアデック錠 60mg	60mg1錠	58.00	エカーF配合錠HD	1錠	138.30
			ワリトスOD錠 0.1mg	0.1mg1錠	98.30	エカーF配合錠LD	1錠	72.30
			ワリトス錠 0.1mg	0.1mg1錠	98.30			

⊙	エナラプリルアロイン酸塩錠 5mg「トローラ」	5mg1錠	22.90	⊙	エバスチンOD錠10mg「S N」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「NS」	10mg1錠	63.50
⊙	エナラプリルアロイン酸塩 2.5mg錠	2.5mg1錠	9.90	⊙	エバスチンOD錠10mg「N S」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「MED」	10mg1錠	63.50
⊙	エナラプリルアロイン酸塩 5mg錠	5mg1錠	12.20	⊙	エバスチンOD錠10mg「N P」	10mg1錠	47.10	⊙	エバスチン錠10mg「ケミ ア」	10mg1錠	63.50
⊙	エナラプリルアロイン酸塩 10mg錠	10mg1錠	24.90	⊙	エバスチンOD錠10mg「M ED」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「サワイ 」	10mg1錠	63.50
⊙	N1M配合散	1g	5.60	⊙	エバスチンOD錠10mg「科 研」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「CH」	10mg1錠	47.10
⊙	NEソットカブセル200mg	200mg1カブセル	5.60	⊙	エバスチンOD錠10mg「ケ ミア」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「TCK」	10mg1錠	63.50
⊙	エヌ・エヌ配合散	1g	6.20	⊙	エバスチンOD錠10mg「サ ワイ」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「トー ワ」	10mg1錠	47.10
⊙	エヌ20	20mg1カブセル(チガ ラール相当量)	369.80	⊙	エバスチンOD錠10mg「E 」	10mg1錠	47.10	⊙	エバスチン錠10mg「日医 工」	10mg1錠	63.50
⊙	エヌケーエスワソ配合カブセ ルト25	25mg1カブセル(チガ ラール相当量)	446.30	⊙	エバスチンOD錠10mg「Z E」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「フ ライ	10mg1錠	47.10
⊙	エパキキャップソットカブセル 300mg	300mg1カブセル	17.20	⊙	エバスチンOD錠10mg「タ イヨー	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「フ ライ	10mg1錠	47.10
⊙	エバスチンOD錠5mg「ア メル」	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチンOD錠10mg「タ カタ」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠10mg「YD」	10mg1錠	63.50
⊙	エバスチンOD錠5mg「S N」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチンOD錠10mg「D K」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチンOD錠5mg .	5mg1錠	100.50
⊙	エバスチンOD錠5mg「N S」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチンOD錠10mg「日 医工」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠5mg	5mg1錠	76.00
⊙	エバスチンOD錠5mg「N P」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチンOD錠10mg「フ ライサ	10mg1錠	47.10	⊙	エバスチン錠10mg	10mg1錠	100.50
⊙	エバスチンOD錠5mg「ME D」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチンOD錠10mg「Y D」	10mg1錠	63.50	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	43.80
⊙	エバスチンOD錠5mg「科 研」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「ア メル」	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチン錠S 600	600mg1包	81.60
⊙	エバスチンOD錠5mg「ケ ミ	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「NS」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 900	900mg1包	118.70
⊙	エバスチンOD錠5mg「サ ワ	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「MED」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	42.20
⊙	エバスチンOD錠5mg「Z E」	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチン錠5mg「科研」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.50
⊙	エバスチンOD錠5mg「タ イ	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「ケミ ア」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 600	600mg1包	25.00
⊙	エバスチンOD錠5mg「タ カ	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「TCK」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 900	900mg1包	64.00
⊙	エバスチンOD錠5mg「D K」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「トー ワ」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.50
⊙	エバスチンOD錠5mg「日 医	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「日医 工」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.00
⊙	エバスチンOD錠5mg「フ ライ	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチン錠5mg「フ ライ	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.00
⊙	エバスチンOD錠5mg「Y D」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠5mg「フ ライ	5mg1錠	29.90	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.00
⊙	エバスチンOD錠10mg「ア メル」	10mg1錠	47.10	⊙	エバスチン錠5mg「YD」	5mg1錠	48.40	⊙	エバスチン錠S 300	300mg1包	25.00

オキサゾラム 10%細粒	10%1g	10.80	オースギ葛根湯エキスT錠	1錠	3.90	オースギ大甘草湯エキスT錠	1錠	5.60
オキサトミド錠 30mg 「EM EC」	30mg1錠	21.70	オースギ葛根湯加川芎辛夷エキスG	1g	7.70	オースギ大柴胡湯エキスG	1g	16.90
オキサトミド錠 30mg 「ケミゾラ」	30mg1錠	21.70	オースギ加味帰脾湯エキスG	1g	12.30	オースギ大柴胡湯エキスT錠	1錠	7.90
オキサトミド2%シロツブ用	2%1g	10.30	オースギ加味逍遙散エキスG	1g	12.10	オースギ猪苓湯エキスG	1g	12.90
オキサトミド 30mg錠	30mg1錠	6.20	オースギ甘麦大棗湯エキスT	1g	6.20	オースギ桃核承気湯エキスG	1g	10.10
オキシコトソ徐放カプセル 5mg 「テルモ」	5mg1カプセル	104.30	オースギ荊芥連翹湯エキスG	1g	8.90	オースギ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキスG	1g	6.40
オキシコトソ徐放カプセル 10mg 「テルモ」	10mg1カプセル	192.00	オースギ桂枝加芍薬湯エキスG	1g	6.20	オースギ当帰芍薬散料エキスG	1g	6.60
オキシコトソ徐放カプセル 20mg 「テルモ」	20mg1カプセル	353.40	オースギ桂枝加竜骨牡蛎湯エキスG	1g	6.40	オースギ当帰芍薬散料エキスT錠	1錠	3.40
オキシコトソ徐放カプセル 40mg 「テルモ」	40mg1カプセル	650.60	オースギ桂枝湯エキスG	1g	6.10	オースギ人参湯エキスG	1g	12.90
オキシコトソ錠 5mg	5mg1錠	144.30	オースギ桂枝茯苓丸料エキスG	1g	6.20	オースギ人参養栄湯エキスG	1g	10.10
オキシコトソ錠 10mg	10mg1錠	270.30	オースギ柴胡加竜骨牡蛎湯エキスG	1g	11.40	オースギ八味地黄丸料エキスG	1g	7.40
オキシコトソ錠 20mg	20mg1錠	502.40	オースギ五虎湯エキス錠	1錠	4.70	オースギ八味地黄丸料エキスT錠	1錠	3.90
オキシコトソ錠 40mg	40mg1錠	923.80	オースギ柴胡加竜骨牡蛎湯エキスG	1g	16.30	オースギ半夏厚朴湯エキスG	1g	19.50
オキシゾチニソ塩酸塩 1mg錠	1mg1錠	5.60	オースギ柴胡桂枝湯エキスG	1g	16.70	オースギ半夏厚朴湯エキスT錠	1錠	5.60
オキシゾチニソ塩酸塩 2mg錠	2mg1錠	5.80	オースギ柴胡瀉心湯エキスG	1g	25.10	オースギ半夏瀉心湯エキスG	1g	17.00
オキシゾチニソ塩酸塩 3mg錠	3mg1錠	6.40	オースギ酸棗仁湯エキスG	1g	9.50	オースギ半夏散料エキスG	1g	5.30
オキノールム散 2.5mg	2.5mg1包	67.10	オースギ四君子湯エキス錠	1錠	7.90	オースギ防己黄芩湯エキスG	1g	6.40
オキノールム散 5mg	5mg1包	134.10	オースギ七物降下湯エキスG	1g	6.30	オースギ防風通聖散エキスG	1g	6.20
オキノールム散 10mg	10mg1包	268.30	オースギ十全大補湯エキスG	1g	8.40	オースギ麻杏甘石湯エキスG	1g	10.90
オキノールム散 20mg	20mg1包	536.50	オースギ十味散毒湯エキスG	1g	14.50	オースギ麻杏薤甘湯エキスG	1g	8.10
オキミナクス錠 60mg	60mg1錠	7.80	オースギ小建中湯エキスG	1g	3.90	オースギ麻杏薤甘湯エキスG	1g	10.80
オクソラレン錠 10mg	10mg1錠	33.70	オースギ小柴胡湯エキスG	1g	21.30	オースギ麻子仁丸料エキスG	1g	8.90
オーグメソチン配合錠 125 S	(187.5mg)1錠	25.50	オースギ小青竜湯エキスG	1錠	9.60	オースギ薤苳仁湯エキスT	1g	6.20
オーグメソチン配合錠 250 R S	(375mg)1錠	36.10	オースギ小青龙湯エキスG	1錠	10.40	オースギ抑肝散料エキスT	1g	8.50
オークル錠 100mg	100mg1錠	72.40	オースギ小柴胡湯エキスT錠	1錠	5.60	オースギ六君子湯エキスG	1g	14.40
オザグレル錠 100 「KNJ」	100mg1錠	38.40	オースギ小半夏加茯苓湯エキスG	1g	21.10	オースギ苓桂朮甘湯エキスT	1g	7.70
オザグレル錠 200 「KNJ」	200mg1錠	58.40	オースギ消風散エキスG	1g	8.60	オーストラック錠 100	100mg1錠	19.70
オースギ安中散料エキスG	1g	13.70	オースギ四苓湯細粒 (調剤用)	1g	12.00	オーストラック錠 200	200mg1錠	27.60
オースギ安中散料エキスT錠	1錠	5.60	オースギ辛夷清肺湯エキスG	1g	7.60	オーストラック錠 200mg	200mg1錠	37.60
オースギ茵陳蒿湯エキスG	1g	16.60	オースギ神秘湯エキスG	1g	14.90	オースベイン錠 100mg	100mg1錠	8.80
オースギ温清飲エキスG	1g	11.90	オースギ清上防風湯エキスG	1g	10.30	オースベイン錠 200	200mg1錠	12.60
オースギ黄連解毒湯エキスG	1g	15.50	オースギ川芎茶調散料エキスT	1g	6.70	オースポロック錠 50mg	50mg1錠	7.60
オースギ黄連解毒湯エキスT錠	1錠	5.90	オースギ疎経活血湯エキスG	1g	5.70	オースポロック錠 200mg	200mg1錠	24.90
オースギ加工ソシ末	1g	10.70	オースギ大甘草湯エキスG	1g	10.60	オゼッククス錠 75	75mg1錠	74.90
オースギ葛根湯エキスG	1g	6.30				オゼッククス錠 150	150mg1錠	88.20

Ⓢ	オダイン錠 125mg	125mg1錠	292.90	Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「日 医工」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「ケミクラ」	2.5mg1錠	24.00
Ⓢ	乙字揚エキス顆粒 T	30mg1錠	5.60	Ⓢ	オメガゾール錠 20 「SW」	20mg1錠	76.60	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「タカタ」	2.5mg1錠	17.70
Ⓢ	オドリック錠 0.5mg	0.5mg1錠	36.30	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「ア メル」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「チバ」	2.5mg1錠	17.70
Ⓢ	オドリック錠 1mg	1mg1錠	65.00	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「ケ ミクラ」	20mg1錠	76.60	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「日医工」	2.5mg1錠	17.70
Ⓢ	オーネス S Z 配合カプセル	1カプセル	5.60	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「T SU」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「フレイザー」	2.5mg1錠	24.00
Ⓢ	オーネス S T 配合錠	1錠	5.60	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「T YK」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 2.5mg 「明治」	2.5mg1錠	24.00
Ⓢ	オーネス S P 配合カプセル	1カプセル	5.60	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「日 医工」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「アムール」	5mg1錠	25.90
Ⓢ	オーネス N 配合顆粒	1g	18.50	Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「マイラン」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「イワキ」	5mg1錠	25.90
Ⓢ	オーネス ミソ細粒 90%	90%1g	6.20	Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「マイラン」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オノソカアゼル 112.5mg	112.5mg1カプセル	58.80	Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「マイラン」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「MEK」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オノソドライシロップ 10%	10%1g	77.40	Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「マイラン」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オパイリン錠 125mg	125mg1錠	9.20	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オパイリン錠 250mg	250mg1錠	12.40	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オーハラキソ錠 100mg	100mg1錠	36.40	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オパルモソ錠 5μg	5μg1錠	69.30	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オピセゾールA液	10ml	18.00	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オピセゾールC液 (日 医工)	1ml	3.70	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾノ内服液 5mg	5mg2.5ml1包	121.20	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾノ内服液 10mg	10mg5ml1包	224.90	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾタルムK配合錠	1錠	16.20	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾチラン錠 5μg	5μg1錠	37.20	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾチラン錠 10μg	10μg1錠	82.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾランゼ錠 10	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾランゼ錠 20	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾロキサン錠 100mg 「サ ワイ」	100mg1錠	36.40	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オゾロキサン錠 100mg 錠	100mg1錠	20.90	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オーベクサジン100mg 錠	1袋	578.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オーベクサジン配合内用剤	1袋	958.90	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 「トロー」	500mg1カプセル	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 「トロー」	10mg1錠	60.30	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10 「SW」	10mg1錠	43.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「ア メル」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「ケ ミクラ」	10mg1錠	43.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「T SU」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「T YK」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50
Ⓢ	オメガゾール錠 10mg 「T YK」	10mg1錠	36.80	Ⓢ	オメガゾール錠 20mg 「マイラン」	20mg1錠	60.30	Ⓢ	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「AA」	5mg1錠	30.50

オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「KOJ」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「杏林」	5mg1錠	25.90	カイトリル錠 2 mg	2mg1錠	1,177.30
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「KOG」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「KOJ」	5mg1錠	25.90	カイトロソ錠 5 mg	5mg1錠	5.80
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「ケミフチ」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「KOG」	5mg1錠	25.90	カイマツクス錠 250 mg	250mg1錠	5.60
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「サトウ」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「KOGJ」	5mg1錠	30.50	カイマツクス錠 330 mg	330mg1錠	5.60
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「サトウ」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ケミフチ」	5mg1錠	30.50	ガイヨウ	10 g	12.90
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「サトウ」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サイトラス」	5mg1錠	25.90	ガイリス錠 10 mg	10mg1錠	5.40
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「サント」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サトウ」	5mg1錠	30.50	カイロック細粒 40 %	40%1 g	20.90
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「JG」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サトウ」	5mg1錠	25.90	カウトロソ錠 25 mg	25mg1錠	5.80
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「ZE」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サトウ」	5mg1錠	30.50	カオルトーン錠 5	5mg1錠	9.90
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「タカタ」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サトウ」	5mg1錠	25.90	カオルトーン錠 10	10mg1錠	13.20
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「TOA」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「サント」	5mg1錠	25.90	カオルトーン錠 20	20mg1錠	25.60
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「トラバ」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	30.50	加香ヒマツ油	10mL	13.80
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「トラウ」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	加香ヒマツ油「ケンエー」	10mL	14.80
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「日医工」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	加香ヒマツ油 (山善)	10mL	16.60
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「BMD」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	加工アゾソ油「三和生薬」	1 g	12.00
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「フレイサー」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	カゴソウ	10 g	17.50
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「フヤ」	2.5mg1錠	17.70	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	カサソニルカザセル 5 mg	5mg1カザセル	5.60
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「明治」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	カシ	10 g	10.80
オロパタジン塩酸塩錠 2.5 mg 「YD」	2.5mg1錠	24.00	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	カシユウ	10 g	15.40
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「テメル」	5mg1錠	25.90	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	カジュツ	10 g	10.30
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「E E」	5mg1錠	30.50	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	カジュツ末	10 g	18.30
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「AA」	5mg1錠	30.50	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	カスオール錠 40 mg 「陽進」	40mg1錠	5.60
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「NSKK」	5mg1錠	30.50	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	カスオールサグラタ流エキス (日生堂)	10mL	12.80
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「MEEK」	5mg1錠	25.90	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「JG」	5mg1錠	25.90	ガスコソ錠 10 %	10%1 g	8.20
オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オーハラ」	5mg1錠	30.50	オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「ZE」	5mg1錠	30.50	ガスコソ錠 40 mg	40mg1錠	5.60
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「YD」	5mg1錠	30.50	ガスコソ錠 80 mg	80mg1錠	5.90
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスコソ錠内用液 2 %	2%1mL	3.80
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 40 mg	40mg1錠	5.60
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 2 %	2%1 g	21.90
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 10 %	10%1 g	140.70
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 10	10mg1錠	14.50
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 20	20mg1錠	19.60
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール散 2 %	2%1 g	54.70
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール散 10 %	10%1 g	233.70
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール散 10 mg	10mg1錠	27.00
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 20 mg	20mg1錠	46.40
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 10 mg	10mg1錠	27.00
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 20 mg	20mg1錠	46.40
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 40 mg	40mg1錠	5.60
			オロパタジン塩酸塩錠 5 mg 「オノン」	5mg1錠	30.50	ガスマール錠 2 %	2%1 g	21.90

ⓐ	ガストック散 10%	10%1g	89.80	カデアインカプセル 30mg	30mg1カプセル	734.50	カプトリル錠 12.5mg	12.5mg1錠	21.10
ⓐ	ガストロクセライン錠・注腸用	1ml	15.90	カデアインカプセル 60mg	60mg1カプセル	1,395.00	カプトリル錠 25mg	25mg1錠	40.50
ⓐ	ガストロゼピン錠 25mg	25mg1錠	13.70	カデアイン錠 30mg	30mg1包	748.30	カベルゴリン錠 0.25mg 「アメル」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラジン錠 66.7%	66.7%1g	21.40	カデアインスチエック粒 60mg	60mg1包	1,395.50	カベルゴリン錠 0.25mg 「F」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラジン錠 10mg	10mg1錠	10.60	カデアインスチエック粒 120mg	120mg1包	2,178.10	カベルゴリン錠 0.25mg 「サワイ」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラリン錠 0.5mg	0.5mg1錠	9.90	カデデュエット配合錠 1番	1錠	75.30	カベルゴリン錠 0.25mg 「クナベ」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラリン錠 1mg	1mg1錠	13.00	カデデュエット配合錠 2番	1錠	120.10	カベルゴリン錠 0.25mg 「トーワ」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラリン錠 2mg	2mg1錠	22.60	カデデュエット配合錠 3番	1錠	97.00	カベルゴリン錠 0.25mg 「日医工」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスベラリン錠 4mg	4mg1錠	49.70	カデデュエット配合錠 4番	1錠	141.70	カベルゴリン錠 0.25mg 「マイラソ」	0.25mg1錠	50.70
ⓐ	ガスメット錠 10mg	10mg1錠	10.60	果糖	1g	9.20	カベルゴリン錠 1.0mg 「アマレル」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスメット錠 20mg	20mg1錠	25.70	カトラザール錠 2.5mg	2.5mg1錠	9.00	カベルゴリン錠 1.0mg 「F」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスメット D錠 10mg	10mg1錠	10.60	カトラザール錠 5mg	5mg1錠	16.90	カベルゴリン錠 1.0mg 「サライ」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスメット D錠 20mg	20mg1錠	25.70	ガナトソ錠 50mg	50mg1錠	18.10	カベルゴリン錠 1.0mg 「クナベ」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスモチン散 1%	1%1g	37.30	ガナトソ錠 250mg	250mg1カプセル	39.30	カベルゴリン錠 1.0mg 「トーワ」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスモチン錠 2.5mg	2.5mg1錠	11.00	カナマイシンソロンゾ 5%	50mg1ml	8.20	カベルゴリン錠 1.0mg 「日医工」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスモチン錠 5mg	5mg1錠	18.40	カナマイシンソロンゾ 20% 「明治」	200mg1g	34.00	カベルゴリン錠 1.0mg 「トーワ」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスリック錠 10mg	10mg1錠	10.60	カニコソク	10g	45.20	カベルゴリン錠 1.0mg 「日医工」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスリック錠 20mg	20mg1錠	19.60	カニコソク末	10g	49.70	カベルゴリン錠 1.0mg 「マイラソ」	1mg1錠	168.80
ⓐ	ガスリック D錠 10mg	10mg1錠	10.60	カバサル錠 0.25mg	0.25mg1錠	80.90	カマラトソ 0.25mg 錠	0.25mg1錠	5.80
ⓐ	ガスリック D錠 20mg	20mg1錠	29.80	カバサル錠 1.0mg	1mg1錠	270.90	カモスタットメシル酸塩 100mg 錠	100mg1錠	11.30
ⓐ	ガスロン・OD錠 2mg	2mg1錠	29.80	ガバベソ錠 200mg	200mg1錠	40.40	カラジミーゼ散 50%	50%1g	18.30
ⓐ	ガスロン・OD錠 4mg	4mg1錠	61.70	ガバベソ錠 300mg	300mg1錠	54.30	カラジントーゼ散 50%	50%1g	43.30
ⓐ	ガスロン細粒 0.8%	0.8%1g	111.10	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリエントブラス散 (分包) 20mg	20mg1カプセル	5.80
ⓐ	ガスロン N錠 2mg	2mg1錠	29.80	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリエントブラス散 (分包) 96.7%	96.7%1g	14.40
ⓐ	ガスロン N錠 4mg	4mg1錠	61.70	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリクレーン錠 10単位	10単位1錠	13.20
ⓐ	ガスロン N錠 8mg	8mg1錠	910.40	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリジノゲナーゼカプセル 25単位 「日医工」	25単位1カプセル	5.60
ⓐ	ガスロン N錠 150μg	0.075mg1錠	5.80	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリジノゲナーゼ錠 25単位 「アメル」	25単位1錠	5.60
ⓐ	カタゾレス錠 75μg	0.075mg1錠	9.50	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30	カリジノゲナーゼ錠 25単位 「N.P」	25単位1錠	5.60
ⓐ	カタゾレス錠 150μg	0.15mg1錠	9.50	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30			
ⓐ	カタゾナル錠 25mg	25mg1錠	5.60	ガバベソ錠 400mg	400mg1錠	66.30			
ⓐ	カチーオン錠 10mg/g	1%1g	34.30	カチーオン水和物	1g	9.50			
ⓐ	カチーオン錠 5mg	5mg1錠	17.80	カチーオン水和物 「ヨシダ」	1g	9.50			
ⓐ	カチーオン錠 10mg	10mg1錠	33.70	カチーオン 「ホエイ」	1g	9.50			
ⓐ	カチーオン錠 10mg	10mg1錠	14.10	カチーオン配合錠	1錠	5.90			
ⓐ	カチーオン錠 10mg	10g	16.80	カチーオン配合錠	10個	15.50			
ⓐ	葛根湯エキスをA類粒	1g	4.80	カプトリルRカプセル 18.75 「SW」	18.75mg1カプセル	14.60			
ⓐ	葛根湯エキスを類粒 T	1g	6.80	カプトリル 5% 細粒	5%1g	15.40			
ⓐ	葛根湯加川芎辛夷エキスを類粒 T	1g	8.50	カプトリル 12.5mg 錠	12.5mg1錠	5.60			
ⓐ	カツセキ	10g	15.10	カプトリル 25mg 錠	25mg1錠	5.80			
ⓐ	カデアインカプセル 20mg	20mg1カプセル	519.30	カプトリル Rカプセル 18.75mg	18.75mg1カプセル	34.40			
				カプトリル細粒 5%	5%1g	105.90			

カリジノゲナーゼ錠 25 単位 「トロー」	25 単位1錠	5.60	④	カルテナリン錠 0.5 mg	0.5mg1錠	19.30	④	カルピスケン錠 5 mg	5mg1錠	18.10
カリジノゲナーゼ錠 25 単位 「日医工」	25 単位1錠	5.60	④	カルテナリン錠 1 mg	1mg1錠	31.30	④	カルラフェニール錠 40 mg	40mg1錠	48.70
カリジノゲナーゼ錠 50 単位 「NPJ」	50 単位1錠	8.90	④	カルテナリン錠 2 mg	2mg1錠	56.60	④	カルラフェニール錠 80 mg	80mg1錠	77.10
カリジノゲナーゼ 50 単位錠	50 単位1錠	5.80	④	カルテミンカブセル 0.5 μg	4mg1錠	107.00	④	カルラプロック錠 8 mg	8mg1錠	35.30
カリセララム—Na 末	50 単位1錠	14.50	④	カルテミンカブセル 0.5 μg	0.5μg1カブセル	37.10	④	カルラプロック錠 16 mg	16mg1錠	62.50
カリセララム末	1 g	15.10	④	カルボナソ錠 0.25 μg	0.25μg1錠	21.40	④	カルベズジロール錠 10 「タツ ミ」	10mg1錠	26.80
カリメート経口液 20 %	20%25 g 1包	93.80	④	カルボナソ錠 0.5 mg	0.5mg1錠	12.10	④	カルベズジロール錠 10 mg 「ア メル」	10mg1錠	26.80
カリメート散	1 g	16.20	④	カルボナソ錠 1 mg	1mg1錠	21.10	④	カルベズジロール錠 10 mg 「サ ワイ」	10mg1錠	26.80
カリメートドライシロップ 92.59 %	1 g	17.30	④	カルボナソ錠 2 mg	2mg1錠	31.70	④	カルベズジロール錠 10 mg 「サ ワイ」	10mg1錠	26.80
カルグレート細粒 5 %	5%1 g	280.20	④	カルボナソ錠 4 mg	4mg1錠	67.40	④	カルベズジロール錠 10 mg 「タ チベ」	10mg1錠	26.80
カルグレート錠 5	5mg1錠	36.30	④	カルナクリン錠 25	25 単位1錠	12.60	④	カルベズジロール錠 10 mg 「ト ーワ」	10mg1錠	26.80
カルグレート錠 10	10mg1錠	62.50	④	カルナクリン錠 50	50 単位1錠	22.30	④	カルベズジロール錠 10 mg 「ト ーワ」	10mg1錠	26.80
カルコーバ配合錠 L 100	1錠	13.00	④	カルナコール錠 50 mg	50mg1錠	5.60	④	カルベズジロール錠 10 mg 「フ ライザー」	10mg1錠	26.80
カルコーバ配合錠 L 250	1錠	30.00	④	カルニテチン S 錠 25	25 単位1錠	5.60	④	カルベズジロール錠 20 「タツ ミ」	20mg1錠	51.70
カルシトリオール 0.25 μg カ ブセル	0.25μg1カブセル	8.20	④	カルニテチン錠 50	50 単位1錠	8.90	④	カルベズジロール錠 20 「サ ワイ」	20mg1錠	51.70
カルシトリオール 0.5 μg カブ セル	0.5μg1カブセル	12.60	④	カルバジン錠 5 mg	5mg1錠	9.90	④	カルベズジロール錠 20 mg 「サ ワイ」	20mg1錠	51.70
カルジール小児用シロップ 2 %	2%1ml	4.60	④	カルバジン錠 10 mg	10mg1錠	17.30	④	カルベズジロール錠 20 mg 「サ ワイ」	20mg1錠	51.70
カルジール錠 200	200mg1錠	8.10	④	カルバジン錠 20 mg	20mg1錠	25.60	④	カルベズジロール錠 20 mg 「タ チベ」	20mg1錠	51.70
カルスロップ錠 5	5mg1錠	22.70	④	カルバジン錠 30 mg 「TCK」	30mg1錠	5.60	④	カルベズジロール錠 20 mg 「ト ーワ」	20mg1錠	51.70
カルスロップ錠 10	10mg1錠	34.00	④	カルバゾクロムスルホン酸 Na錠 30 mg 「YDJ」	30mg1錠	5.60	④	カルベズジロール錠 20 mg 「フ ライザー」	20mg1錠	51.70
カルスロップ錠 20	20mg1錠	66.90	④	カルバゾクロムスルホン酸 Na錠 30 mg 「YDJ」	10mg1錠	5.00	④	カルベズジロール錠 20 mg 「フ ライザー」	20mg1錠	36.80
カルタゾソ錠 30	30mg1錠	5.60	④	カルバゾクロムスルホン酸ナ トリウム 10 % 細粒	30mg1錠	5.60	④	カルボジステイン錠 250 mg	250mg1錠	5.60
カルタゾソ錠 50	50mg1錠	5.60	④	カルバゾクロムスルホン酸ナ トリウム 10 % 散	10%1 g	9.90	④	カルボジステイン錠 250 mg	250mg1錠	5.60
カルタレチン錠 250	250mg1錠	5.70	④	カルバドゲン錠 0.5 mg	0.5mg1錠	9.90	④	カルボジステイン錠 500 mg	500mg1錠	7.40
カルタレチン錠 500	500mg1錠	5.80	④	カルバドゲン錠 1 mg	1mg1錠	13.00	④	カルボジステイン錠 500 mg	500mg1錠	7.40
カルタンOD錠 250 mg	250mg1錠	6.30	④	カルバドゲン錠 2 mg	2mg1錠	22.60	④	カルボジステイン錠 500 mg	500mg1錠	7.40
カルタンOD錠 500 mg	500mg1錠	9.60	④	カルバドゲン錠 4 mg	4mg1錠	49.70	④	カルボジステイン錠 500 mg	500mg1錠	7.40
カルタン細粒 83 %	83%1 g	9.60	④	カルバドゲン錠 50 % 「テマル」	50%1 g	17.20	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルタン錠 250	250mg1錠	5.80	④	カルバドゲン錠 100 mg 「ア メル」	100mg1錠	5.60	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルタン錠 500	500mg1錠	6.30	④	カルバドゲン錠 200 mg 「ア メル」	200mg1錠	7.70	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチコロール末	1 g	9.20	④	カルバドゲン錠 25	25mg1錠	24.90	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチコロール塩酸塩錠 5 mg 「サワイ」	5mg1錠	5.80	④	カルバドゲン錠 50	50mg1錠	41.60	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチコロール塩酸塩錠 5 mg錠	5mg1錠	5.60	④	カルバドゲン錠 100	100mg1錠	69.30	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチナリンOD錠 0.5 mg	0.5mg1錠	19.30	④	カルビキノナカブセル 5 mg	5mg1カブセル	5.80	④	カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチナリンOD錠 1 mg	1mg1錠	31.30	④					カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチナリンOD錠 2 mg	2mg1錠	56.60	④					カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50
カルチナリンOD錠 4 mg	4mg1錠	107.00	④					カルボジステイン錠 500 mg 「トロー」	500mg1錠	8.50

㊟	クエチアピドン錠 50% 「サ ワイ」	50%1g	400.70	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「F P」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドンアマル酸塩 25 mg錠	25mg1錠	12.00
㊟	クエチアピドン錠 50% 「三 和」	50%1g	328.10	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「ME EK」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドンアマル酸塩 100 mg錠	100mg1錠	45.60
㊟	クエチアピドン錠 50% 「チ バ」	50%1g	328.10	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「サ ワ	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドンアマル酸塩 200 mg錠	200mg1錠	82.40
㊟	クエチアピドン錠 50% 「ト ーワ」	50%1g	400.70	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「三 和」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 「ケンエー」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 12.5 mg 「ア メル」	12.5mg1錠	10.50	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「J G」	100mg1錠	82.90	㊟	クエン酸 「コザカイ・M」	10g	14.50
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「ア メル」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「D S EP」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸水和物	10g	12.60
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「ア メル」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「D S EP」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸水和物原末 「ニッ コ ー」	10g	14.50
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「E E」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「チ バ」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「A A」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「チ バ」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸第一鉄 Na錠 50 mg 「JG」	50mg1錠	5.60
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「N P」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「ト ー ワ」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 「日医工」	10g	13.90
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「F F P」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「日 新」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 「ホエイ」	10g	14.50
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「M E EK」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「フ ア イ サ ー」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 (山善)	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「サ ワ	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「明 治」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 (山善)	10g	28.30
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「三 和」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「明 治」	100mg1錠	64.90	㊟	クエン酸 「日医工」	10g	13.70
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「J G」	25mg1錠	23.20	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「ア メル」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸 「ホエイ」	10g	14.50
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「D S EP」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「E E」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「チ バ」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「A A」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「ト ー ワ」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「N P」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「日 医 工」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「M E EK」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「日 新」	25mg1錠	23.20	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「サ ワ	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「フ ア イ サ ー」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「三 和」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 25 mg 「明 治」	25mg1錠	18.80	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「J G」	200mg1錠	158.20	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 50 mg 「E E」	50mg1錠	36.40	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「D S EP」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 50 mg 「サ ワ	50mg1錠	36.40	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「チ バ」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「ア メル」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「ト ー ワ」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「E E」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「日 新」	200mg1錠	158.20	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「A A」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「フ ア イ サ ー」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40
㊟	クエチアピドン錠 100 mg 「N P」	100mg1錠	64.90	㊟	クエチアピドン錠 200 mg 「明 治」	200mg1錠	118.70	㊟	クエン酸水和物 「ヨシダ」	10g	15.40

クラシエ葛根湯加川芎羊夷エキス細粒	1g	9.40	クラシエ十味敗毒湯エキス錠	1錠	6.00	クラシエ麻黄湯エキス細粒	1g	9.40
クラシエ葛根湯加川芎羊夷エキス錠	1錠	4.90	クラシエ小柴胡湯エキス錠	1g	33.60	クラシエ麻杏薤甘湯エキス細粒	1g	8.20
クラシエ加味帰脾湯エキス細粒	1g	26.40	クラシエ小青竜湯エキス錠	1g	12.80	クラシエ意苳仁湯エキス細粒	1g	9.10
クラシエ加味帰脾湯エキス錠	1錠	6.90	クラシエ小青竜湯エキス錠	1錠	19.40	クラシエ意苳仁湯エキス錠	1錠	3.80
クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	1g	20.00	クラシエ小半夏加茯苓湯エキス細粒	1g	6.80	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	1g	14.60
クラシエ甘草湯エキス細粒	1g	5.90	クラシエ辛夷清肺湯エキス細粒	1g	13.20	クラシエ六君子湯エキス細粒	1g	20.60
クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	1g	9.20	クラシエ神秘湯エキス細粒	1g	13.40	クラシエ六君子湯エキス細粒	1g	8.00
クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠	1錠	3.30	クラシエ大柴胡湯エキス錠	1g	16.10	クラシエ六味丸料エキス細粒	1g	8.30
クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒	1錠	8.60	クラシエ大柴胡湯エキス錠	1錠	24.60	クラシエ六味丸料エキス細粒	1g	8.30
クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス錠	1錠	6.60	クラシエ大柴胡湯エキス錠	1錠	8.20	クラシエ六味丸料エキス細粒	1g	8.30
クラシエ桂枝加香薷附湯エキス錠	1錠	3.00	クラシエ猪苓湯エキス細粒	1g	15.90	クラシエ六味丸料エキス細粒	1g	8.30
クラシエ桂枝人参湯エキス細粒	1g	14.20	クラシエ桃核承気湯エキス細粒	1g	9.30	クラシエ桃核承気湯エキス細粒	1g	9.30
クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	1錠	4.30	クラシエ桃核承気湯エキス錠	1錠	3.20	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	8.40
クラシエ五苓散料エキス錠	1g	6.30	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	8.40	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	8.40
クラシエ五苓散料エキス錠	1錠	14.40	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	10.80	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	10.80
クラシエ五苓散料エキス錠	1錠	5.60	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	12.30	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	12.30
クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	1錠	8.10	クラシエ人参養榮湯エキス錠	1g	24.40	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	24.40
クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	1錠	22.70	クラシエ人参養榮湯エキス錠	1g	11.10	クラシエ当帰芍薬散料エキス錠	1g	11.10
クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠	1錠	8.60	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	4.80	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	4.80
クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠	1g	32.30	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	9.70	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	1g	9.70
クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠	1g	50.90	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	1g	5.60	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	1g	5.60
クラシエ三黄瀉心湯エキス錠	1g	14.50	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	1g	22.50	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	1g	22.50
クラシエ四物湯エキス錠	1g	9.50	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	1錠	7.20	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	1錠	7.20
クラシエ四物湯エキス錠	1錠	4.00	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	1g	23.00	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	1g	23.00
クラシエ芍薬甘草湯エキス錠	1g	8.50	クラシエ白朮加入人参湯エキス錠	1g	27.20	クラシエ白朮加入人参湯エキス錠	1g	27.20
クラシエ十全大補湯エキス錠	1g	15.80	クラシエ防己黄芪湯エキス錠	1錠	7.90	クラシエ防己黄芪湯エキス錠	1錠	7.90
クラシエ十味敗毒湯エキス錠	1g	14.50	クラシエ防風通聖散エキス錠	1錠	2.50	クラシエ防風通聖散エキス錠	1錠	2.50
			クラシエ防風通聖散料エキス錠	1g	7.20	クラシエ防風通聖散料エキス錠	1g	7.20
			クラシエ補中益気湯エキス錠	1g	22.40	クラシエ補中益気湯エキス錠	1g	22.40

㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「EMEC」	50mg1錠	33.80		クラリスロマイシンDS小児用 10%「タカタ」	100mg1g	59.30	グリクラジド錠 40 mg 「KN」	40mg1錠	8.00
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「NPI」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS小児用 10%「トーワ」	100mg1g	59.30	グリクラジド 40 mg 錠	40mg1錠	6.10
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「NPI」	50mg1錠	33.80		クラリスロマイシンDS 10%「MEK」	100mg1g	59.30	グリクラジド錠 250 mg 「イラキ」	250mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「杏林」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「EMEC」	100mg1g	59.30	グリチロン配合錠	1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「サワイ」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「サワイ」	100mg1g	45.80	クリルリル錠 50	50mg1錠	11.50
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「CH」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「サワイ」	100mg1g	45.80	クリルリル錠 100	100mg1錠	13.70
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「タクヨー」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「CH」	100mg1g	45.80	グリベック錠 100 mg	100mg1錠	2,617.40
㊞	クラリスロマイシン錠 50 mg 小児用「日医工」	50mg1錠	25.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「TYK」	100mg1g	59.30	グリベックラミド錠 1.25 mg 「EMEC」	1.25mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラリスロマイシンDS 10%小児用「日医工」	100mg1g	59.30	グリベックラミド錠 1.25 mg 「タクベ」	1.25mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「タクヨー」	100mg1g	45.80	グリベックラミド錠 1.25 mg 「トーワ」	1.25mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クラリスロマイシンDS 10%小児用「サワイ」	100mg1g	45.80	グリベックラミド錠 1.25 mg 「日医工」	1.25mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラリスロマイシンDS 10%小児用「タクヨー」	100mg1g	197.10	グリベックラミド錠 2.5 mg 「EMEC」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラリスロマイシンDS 10%小児用「タクヨー」	100mg1g	94.50	グリベックラミド錠 2.5 mg 「サワイ」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クラリチンレチイタマ錠 10 mg	10mg1錠	33.80	グリベックラミド錠 2.5 mg 「タクベ」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾン錠 50 小児用	50mg1錠	50.90	グリベックラミド錠 2.5 mg 「タクベ」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾン錠 200	200mg1錠	59.30	グリベックラミド錠 2.5 mg 「タクベ」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾンドライシロップ 10%小児用	100mg1g	27.70	グリベックラミド錠 2.5 mg 「トーワ」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾンドライシロップ 10%小児用	100mg1g	15.70	グリベックラミド錠 2.5 mg 「日医工」	2.5mg1錠	5.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾン細粒 10%	10%1g	5.80	クリローゲンOD錠 10 mg	10mg1錠	10.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラロイゾン錠 50 mg	50mg1錠	10.30	クリローゲンOD錠 20 mg	20mg1錠	19.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クランポール錠 200 mg	200mg1錠	38.90	クリローゲンOD錠 20 mg 配合顆粒	1g	6.50
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クランポール末	1g	12.40	クリミクロンHA錠 20 mg	20mg1錠	14.70
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クラアナーナル錠 200 mg	200mg1錠	10.70	クリミクロン錠 40 mg	40mg1錠	25.80
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラアナーナル内用液 8%	8%1ml	12.30	グリミクロン錠 20 mg	20mg1錠	7.80
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラアミン配合錠A 1.0	1錠	7.50	グリミクロン錠 40 mg	40mg1錠	8.00
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	50.90		クラアミン配合錠S 0.5	1錠	108.60	グリミクロン錠 20 mg	20mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラキシベンソカゾセル 200 mg	200mg1カゾセル	5.60	グリムベリドOD錠 0.5 mg 「EMEC」	0.5mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラキシベンソカゾセル 200 mg 「NPI」	200mg1錠	7.80	グリムベリドOD錠 0.5 mg 「タクベ」	0.5mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラキシベンソカゾセル 200 mg 「サワイ」	200mg1錠	7.80	グリムベリドOD錠 0.5 mg 「AFPI」	0.5mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラキシベンソカゾセル 200 mg 「タクヨー」	200mg1錠	5.60	グリムベリドOD錠 0.5 mg 「KN」	0.5mg1錠	9.60
㊞	クラリスロマイシン錠 200 mg	200mg1錠	39.00		クラキシベンソカゾセル 200 mg 「日医工」	200mg1錠	5.60			

グリメペリドOD錠 0.5 mg 「ケミフツ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 0.5 mg 「ケミフツ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「科研」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 0.5 mg 「テバ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 0.5 mg 「サマ	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「杏林」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 0.5 mg 「日医工」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 0.5 mg 「サン	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「KN」	1mg1錠	9.90
グリメペリドOD錠 1 mg 「E	1mg1錠	10.50	グリメペリド錠 0.5 mg 「三	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「KO」	1mg1錠	9.90
グリメペリドOD錠 1 mg 「A	1mg1錠	10.50	和」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「ケミフ	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 1 mg 「K	1mg1錠	9.90	グリメペリド錠 0.5 mg 「J	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「サマ	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 1 mg 「ケ	1mg1錠	10.50	G」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「サン	1mg1錠	9.90
グリメペリドOD錠 1 mg 「ケ	1mg1錠	9.90	グリメペリド錠 0.5 mg 「Z	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「三和」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 1 mg 「チ	1mg1錠	9.90	タ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「JG」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 1 mg 「日	1mg1錠	9.90	タ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「ZE」	1mg1錠	9.90
医工」	1mg1錠	9.90	タ」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「タイヨ	1mg1錠	9.90
グリメペリドOD錠 3 mg 「E	3mg1錠	25.30	グリメペリド錠 0.5 mg 「TC	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「タカ	1mg1錠	10.50
MEC」	3mg1錠	25.30	K」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「タナ	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 3 mg 「A	3mg1錠	20.70	グリメペリド錠 0.5 mg 「TY	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「ケミ	1mg1錠	10.50
F P」	3mg1錠	20.70	K」	0.5mg1錠	9.60	フ」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 3 mg 「K	3mg1錠	20.70	グリメペリド錠 0.5 mg 「ト	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「TG	1mg1錠	10.50
N」	3mg1錠	20.70	ラ」	0.5mg1錠	9.60	K」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 3 mg 「ケ	3mg1錠	25.30	グリメペリド錠 0.5 mg 「日医	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「TY	1mg1錠	9.90
ミフツ」	3mg1錠	25.30	工」	0.5mg1錠	9.60	K」	1mg1錠	10.50
グリメペリドOD錠 3 mg 「チ	3mg1錠	20.70	新」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「ト	1mg1錠	10.50
バ」	3mg1錠	20.70	グリメペリド錠 0.5 mg 「白	0.5mg1錠	9.60	ラ」	1mg1錠	9.90
グリメペリドOD錠 3 mg 「日	3mg1錠	20.70	D」	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「日医	1mg1錠	9.90
医工」	3mg1錠	20.70	グリメペリド錠 0.5 mg 「BM	0.5mg1錠	9.60	工」	1mg1錠	10.50
グリメペリド錠 0.5 mg 「ア	0.5mg1錠	9.60	イ	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「日新」	1mg1錠	10.50
メ	0.5mg1錠	9.60	イ	0.5mg1錠	9.60	ザ」	1mg1錠	9.90
E C」	0.5mg1錠	9.60	チ	0.5mg1錠	9.60	D」	1mg1錠	10.50
グリメペリド錠 0.5 mg 「イ	0.5mg1錠	9.60	チ	0.5mg1錠	9.60	グリメペリド錠 1 mg 「BM	1mg1錠	9.90
セ	0.5mg1錠	9.60	ラ	0.5mg1錠	9.60	ザ」	1mg1錠	10.50
A」	0.5mg1錠	9.60	ラ	0.5mg1錠	9.60	ラ	1mg1錠	9.90
A」	0.5mg1錠	9.60	メ	0.5mg1錠	9.90	ラ	1mg1錠	10.50
N」	0.5mg1錠	9.60	モ	0.5mg1錠	10.50	D」	1mg1錠	20.70
F」	0.5mg1錠	9.60	チ	0.5mg1錠	10.50	グリメペリド錠 3 mg 「ア	3mg1錠	20.70
F」	0.5mg1錠	9.60	イ	0.5mg1錠	9.90	メ	3mg1錠	25.30
オ	0.5mg1錠	9.60	セ	0.5mg1錠	10.50	ラ	3mg1錠	20.70
ハ	0.5mg1錠	9.60	ラ	0.5mg1錠	9.90	ラ	3mg1錠	20.70
科	0.5mg1錠	9.60	イ	0.5mg1錠	9.90	ラ	3mg1錠	25.30
杏	0.5mg1錠	9.60	セ	0.5mg1錠	9.90	ラ	3mg1錠	20.70
香	0.5mg1錠	9.60	ラ	0.5mg1錠	9.90	ラ	3mg1錠	20.70
K	0.5mg1錠	9.60	メ	0.5mg1錠	10.50	ラ	3mg1錠	20.70
N」	0.5mg1錠	9.60	ハ	0.5mg1錠	10.50	ラ	3mg1錠	20.70

○厚生労働省告示第六十二号

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)の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十一号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、平成二十六年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

別表を次のように改める。

別表

I 診療報酬の算定方法別表第一-医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 腹膜透析液交換セット

(1) 交換キット

544円

(2) 回路

① Yセット

875円

② APDセット

5,450円

③ IPDセット

1,020円

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

(1) 本体

1,880円

(2) 付属品

① フーバー針

411円

② 輸液バッグ

411円

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

(1) 一般型

① カフ付き気管切開チューブ

ア カフ上部吸引機能あり

i 一重管

4,460円

ii 二重管

5,970円

	イ カフ上部吸引機能なし				
	i 一重管	3,730円			
	ii 二重管	6,150円			
	② カフなし気管切開チューブ	4,200円			
	(2) 輪状甲状膜切開チューブ	4,820円			
	(3) 保持用気管切開チューブ	6,100円			
004	在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル				
	(1) 2管一般Ⅰ	229円			
	(2) 2管一般Ⅲ	664円			
	(3) 2管一般Ⅳ	1,690円			
	(4) 特定Ⅰ	772円			
	(5) 特定Ⅲ	2,130円			
005	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル				
	(1) 経鼻用				
	① 一般用	180円			
	② 乳幼児用				
	ア 一般型	92円			
	イ 非DEHP型	144円			
	③ 経腸栄養用	1,600円			
	④ 特殊型	2,070円			
	(2) 腸瘻用	4,470円			
006	在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)				
	(1) ダイアライザー				
	① ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満Ⅰ・Ⅱ)	1,610円			
	② 削除				
	③ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満Ⅲ)	1,510円			
	④ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満Ⅳ)	1,750円			
	⑤ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満Ⅴ)	1,830円			
	⑥ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上Ⅰ・Ⅱ)	1,690円			
	⑦ 削除				
	⑧ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上Ⅲ)	1,550円			
	⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満Ⅳ)	1,740円			
	⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満Ⅴ)	1,750円			
	⑪ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積2.0㎡以上Ⅳ)	1,770円			
	⑫ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積2.0㎡以上Ⅴ)	1,830円			
	⑬ 特定積層型	5,870円			
	(2) 吸着型血液浄化器(β_2 -ミクログロブリン除去用)	22,600円			
007	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ				
	(1) 一般用	3,600円			
	(2) 化学療法用	3,610円			
008	皮膚欠損用創傷被覆材				
	(1) 真皮に至る創傷用	1cm ² 当たり7円			
	(2) 皮下組織に至る創傷用				
	① 標準型	1cm ² 当たり10円			
	② 異形型	1g当たり37円			
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1cm ² 当たり25円			
	009 非固着性シリコンガーゼ				
	(1) 広範囲熱傷用	1,060円			
	(2) 平坦部位用	139円			
	(3) 凹凸部位用	326円			
	010 水循環回路セット	1,080,000円			
II	医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格				
	001 血管造影用シースイントロデューサーセット				
	(1) 一般用	2,820円			
	(2) 蛇行血管用	3,660円			
	(3) 選択的導入用(ガイディングカテーテルを兼ねるもの)	16,600円			
	(4) 大動脈用ステントグラフト用	29,400円			
	(5) 遠位端可動型	134,000円			
	002 ダイレーター	2,520円			
	003 動脈圧測定用カテーテル				
	(1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル	14,100円			
	(2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	2,110円			
	004 冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	4,820円			
	005 サーマダイリユーション用カテーテル				
	(1) 一般型				
	① 標準型				
	ア 標準型	13,600円			
	イ 輸液又はペーシングリード用ルーメンあり	27,000円			
	② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	52,000円			
	③ ペーシング機能あり	46,100円			
	(2) 右室駆出率測定機能あり				
	① 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	41,000円			
	② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	22,300円			
	(3) 連続心拍出量測定機能あり				
	① 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	52,500円			
	② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	46,700円			
	(4) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	79,100円			
	006 体外式連続心拍出量測定用センサー	37,000円			
	007 血管内超音波プローブ				
	(1) 標準Ⅰ)	94,300円			
	(2) 標準Ⅱ)	109,000円			
	(3) 特定Ⅰ)	170,000円			
	(4) 特定Ⅱ)	180,000円			
	008 血管内視鏡カテーテル	163,000円			
	009 血管造影用カテーテル				
	(1) 一般用	2,540円			
	(2) バルーン型Ⅰ)	13,500円			
	(3) バルーン型Ⅱ)	31,100円			
	(4) 心臓マルチパーパス型	4,900円			
	(5) サイジング機能付加型	4,210円			

010	血管造影用マイクロカテーテル			022	抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材	1 mL当たり1,230円
	(1) オーバーザワイヤー			023	涙液・涙道シリコンチューブ	18,900円
	① 選択的アプローチ型			024	脳・脊髄腔用カニューレ	
	ア ブレードあり	44,000円			(1) 排液用	
	イ ブレードなし	37,700円			① 皮下・硬膜外用	2,810円
	② 造影能強化型	32,300円			② 頭蓋内用	6,290円
	③ デタッチャブルコイル用	58,200円			③ 脊髄クモ膜下腔用	13,000円
	(2) フローダイレクト	67,600円			(2) 脳圧測定用	73,500円
011	心臓造影用センサー付カテーテル	114,000円		025	套管針カテーテル	
012	血管造影用ガイドワイヤー				(1) シングルルーメン	
	(1) 一般用	2,410円			① 標準型	2,050円
	(2) 交換用	3,430円			② 細径穿刺針型	5,160円
	(3) 微細血管用	15,500円			(2) ダブルルーメン	2,690円
013	経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー				(3) 特殊型	50,700円
	(1) 一般用	17,100円		026	栄養カテーテル	
	(2) 複合・高度狭窄部位用	20,600円			(1) 経鼻用	
014	冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー				① 一般用	180円
	(1) フローセンサー型	155,000円			② 乳幼児用	
	(2) 削除				ア 一般型	92円
	(3) コンビネーション型	257,000円			イ 非DEHP型	144円
015	弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー				③ 経腸栄養用	1,600円
	(1) ガイドワイヤー	24,500円			④ 特殊型	2,070円
	(2) 僧帽弁誘導用スタイレット	24,100円			(2) 腸瘻用	4,470円
016	テクネシウム ^{99m} ガス吸入装置用患者吸入セット	6,030円		027	気管内チューブ	
017	3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル	1,160円			(1) カフあり	
018	携帯型ディスポーザブルPCA用装置	1,240円			① カフ上部吸引機能あり	2,710円
019	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ				② カフ上部吸引機能なし	
	(1) 一般型				ア 標準型	645円
	① 一般用	3,420円			イ 特殊処理型	2,710円
	② 化学療法用	3,610円			(2) カフなし	635円
	(2) 一体型	2,720円		028	胃管カテーテル	
020	プラスチックカニューレ型静脈内留置針				(1) シングルルーメン	89円
	(1) 標準型	89円			(2) ダブルルーメン	
	(2) 針刺し事故防止機構付加型	98円			① 標準型	502円
021	中心静脈用カテーテル				② 特殊型	1,480円
	(1) 標準型				(3) マグネット付き	6,160円
	① シングルルーメン			029	吸引留置カテーテル	
	ア スルーザカニューラ型	1,660円			(1) 能動吸引型	
	イ セルジンガー型	1,930円			① 胸腔用	
	② マルチルーメン				ア 一般型	
	ア スルーザカニューラ型	2,720円			i 軟質型	1,680円
	イ セルジンガー型	7,190円			ii 硬質型	1,180円
	(2) 抗血栓性型	2,250円			イ 抗血栓性	3,280円
	(3) 極細型	7,350円			② 心嚢・縦隔穿刺用	15,200円
	(4) カフ付き	19,600円			③ 肺全摘術後用	34,800円
	(5) 酸素飽和度測定機能付き	36,200円				
	(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き					
	① シングルルーメン	13,200円				
	② マルチルーメン	20,500円				

④ 創部用					
ア 軟質型		5,070円			
イ 硬質型		3,990円			
⑤ サンプドレーン		3,610円			
(2) 受動吸引型					
① フィルム・チューブドレーン					
ア フィルム型		264円			
イ チューブ型		932円			
② 胆膵用					
ア 胆管チューブ		1,960円			
イ 胆嚢管チューブ		12,500円			
ウ 膵管チューブ		6,050円			
030 イレウス用ロングチューブ					
(1) 標準型					
① 経鼻挿入型		27,000円			
② 経肛門挿入型		41,500円			
(2) スプリント機能付加型		37,300円			
031 腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット					
(1) 腎瘻用カテーテル					
① ストレート型		737円			
② ピッグテイル型		5,830円			
③ マレコ型		6,390円			
④ カテーテルステント型		10,000円			
⑤ 腎盂バルーン型		2,380円			
(2) 膀胱瘻用カテーテル		3,800円			
(3) 造設用セット		17,600円			
(4) 交換用セット		9,260円			
032 経鼓膜換気チューブ					
(1) 短期留置型		4,290円			
(2) 長期留置型		2,330円			
033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット					
(1) ワンステップ法・ダイレクト法セット		11,400円			
(2) ツーステップ法・内外瘻法セット		17,300円			
(3) 外筒法セット		13,800円			
(4) 経鼻法セット		25,700円			
(5) 追加・交換用セット		9,470円			
034 胆道ステントセット					
(1) 一般型					
① 永久留置型					
ア ステント					
i ロング		95,300円			
ii ショート		77,500円			
イ デリバリーシステム		24,900円			
② 一時留置型					
ア ステント		4,420円			
イ デリバリーシステム		14,300円			
(2) 自動装着システム付					
① 永久留置型					
ア カバーあり			242,000円		
イ カバーなし			221,000円		
② 一時留置型			44,800円		
035 尿管ステントセット					
(1) 一般型					
① 標準型			20,300円		
② 異物付着防止型			24,800円		
(2) 外瘻用					
① 腎盂留置型					
ア 標準型			8,010円		
イ 異物付着防止型			47,800円		
② 尿管留置型			2,070円		
(3) エンドパイロトミー用			27,800円		
036 尿道ステント					
(1) 永久留置型			302,000円		
(2) 一時留置（交換）型					
① 長期留置型			166,000円		
② 短期留置型			33,000円		
037 交換用胃瘻カテーテル					
(1) 胃留置型					
① バンパー型					
ア ガイドワイヤーあり			22,100円		
イ ガイドワイヤーなし			18,300円		
② バルーン型			8,000円		
(2) 小腸留置型			15,900円		
038 気管切開後留置用チューブ					
(1) 一般型					
① カフ付き気管切開チューブ					
ア カフ上部吸引機能あり					
i 一重管			4,460円		
ii 二重管			5,970円		
イ カフ上部吸引機能なし					
i 一重管			3,730円		
ii 二重管			6,150円		
② カフなし気管切開チューブ			4,200円		
(2) 輪状甲状膜切開チューブ			4,820円		
(3) 保持用気管切開チューブ			6,100円		
039 膀胱留置用ディスプレイカテーテル					
(1) 2管一般Ⅰ			229円		
(2) 2管一般Ⅱ			664円		
(3) 2管一般Ⅲ			1,690円		
(4) 特定Ⅰ			772円		
(5) 特定Ⅱ			2,130円		
(6) 圧迫止血			4,630円		

040	人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）	
	(1) ダイアライザー	
	① ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡未満（Ⅰ・Ⅱ）	1,610円
	② 削除	
	③ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡未満（Ⅲ）	1,510円
	④ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡未満（Ⅳ）	1,750円
	⑤ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡未満（Ⅴ）	1,830円
	⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡以上（Ⅰ・Ⅱ）	1,690円
	⑦ 削除	
	⑧ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡以上（Ⅲ）	1,550円
	⑨ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満（Ⅳ）	1,740円
	⑩ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満（Ⅴ）	1,750円
	⑪ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積2.0㎡以上（Ⅳ）	1,770円
	⑫ ホローファイバー型及び積層型（キール型）膜面積2.0㎡以上（Ⅴ）	1,830円
	⑬ 特定積層型	5,870円
	(2) ヘモフィルター	4,630円
	(3) 吸着型血液浄化器（β ₂ -ミクログロブリン除去用）	22,600円
	(4) 持続緩徐式血液濾過器	26,500円
	(5) ヘモダイアフィルター	2,860円
041	動静脈短絡回路	
	(1) カニューレ	24,600円
	(2) チップ	4,470円
	(3) コネクター	194円
042	緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	
	(1) シングルルーメン	
	① 一般型	7,830円
	② 交換用	2,060円
	(2) ダブルルーメン以上	
	① 一般型	15,000円
	② 削除	
	③ カフ型	45,400円
043	循環式人工腎臓用吸着筒	11,300円
044	血漿交換用血漿分離器	29,100円
045	血漿交換用血漿成分分離器	24,500円
046	血漿交換療法用特定保険医療材料	
	(1) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器（劇症肝炎用）	71,600円
	(2) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器（劇症肝炎用以外）	88,900円
047	吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）	356,000円
048	吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）	131,000円
049	白血球吸着用材料	
	(1) 一般用	123,000円
	(2) 低体重者・小児用	128,000円
050	削除	
051	腹膜透析用接続チューブ	13,400円

052	腹膜透析用カテーテル	
	(1) 長期留置型	
	① ストレート型	63,400円
	② 逆U字型	110,000円
	(2) 緊急留置型	976円
053	腹膜透析液交換セット	
	(1) 交換キット	544円
	(2) 回路	
	① Yセット	875円
	② APDセット	5,450円
	③ IPDセット	1,020円
054	腹水濾過器、濃縮再静注用濃縮器（回路を含む。）	64,100円
055	副鼻腔炎治療用カテーテル	3,690円
056	副木	
	(1) 軟化成形使用型	
	① 手指・足指用	2,630円
	② 上肢用	1,740円
	③ 下肢用	4,610円
	④ 鼻骨用	1,010円
	(2) 形状賦成型	
	① 手指・足指用	121円
	② 上肢用	476円
	③ 下肢用	713円
	④ 鼻骨用	5,050円
	(3) ハローベスト（ベスト部分）	268,000円
	(4) ヒール	460円
057	人工股関節用材料	
	(1) 骨盤側材料	
	① 白蓋形成用カップ（直接固定型）	
	ア 標準型	135,000円
	イ 特殊型(I)	184,000円
	ウ 特殊型(II)	184,000円
	エ 特殊型(III)	151,000円
	② 白蓋形成用カップ（間接固定型）	83,400円
	③ カップ・ライナー一体型（間接固定型）	
	ア カップ・ライナー一体型(II)	82,500円
	イ カップ・ライナー一体型(III)	96,800円
	④ ライナー	
	ア ライナー(I)	52,000円
	イ ライナー(III)	70,000円
	ウ ライナー(IV)	79,700円
	エ ライナー(V)	56,800円
	オ ライナー(VI)	77,200円
	⑤ デュアルモビリティ用ライナー	58,200円
	(2) 大腿骨側材料	
	① 大腿骨ステム（直接固定型）	
	ア 標準型	424,000円
	イ 特殊型	614,000円

②	大腿骨ステム(間接固定型)	329,000円
③	大腿骨ステムヘッド	
ア	大腿骨ステムヘッド(I)	94,500円
イ	大腿骨ステムヘッド(II)	119,000円
④	人工骨頭用	
ア	モノポーラカップ	89,600円
イ	バイポーラカップ(I)	123,000円
ウ	バイポーラカップ(II)	137,000円
(3)	単純人工骨頭	102,000円
058	人工膝関節用材料	
(1)	大腿骨側材料	
①	全置換用材料(直接固定型)	271,000円
②	全置換用材料(間接固定型)	
ア	標準型	257,000円
イ	特殊型	351,000円
③	片側置換用材料(直接固定型)	182,000円
④	片側置換用材料(間接固定型)	
ア	標準型	153,000円
イ	特殊型	183,000円
(2)	脛骨側材料	
①	全置換用材料(直接固定型)	
ア	標準型	167,000円
イ	特殊型	200,000円
②	全置換用材料(間接固定型)	154,000円
③	片側置換用材料(直接固定型)	186,000円
④	片側置換用材料(間接固定型)	114,000円
(3)	膝蓋骨材料	
①	膝蓋骨置換用材料(I)	38,400円
②	削除	
③	膝蓋骨置換用材料(II)	49,700円
④	削除	
(4)	インサート(I)	56,900円
(5)	インサート(II)	73,800円
059	オプション部品	
(1)	人工股関節用部品	
①	一般オプション部品	22,000円
②	カップサポート	26,200円
(2)	人工膝関節用部品	67,200円
(3)	人工関節固定強化部品	
①	人工関節固定強化部品(I)	12,800円
②	人工関節固定強化部品(II)	15,400円
(4)	再建用強化部品	577,000円
(5)	人工肩関節再置換用ステムヘッド	179,000円

060	固定用内副子(スクリュー)	
(1)	一般スクリュー(生体用合金 I)	
①	標準型	6,160円
②	特殊型	7,020円
(2)	一般スクリュー(生体用合金 II)	1,590円
(3)	一般スクリュー(アルミナセラミック)	24,500円
(4)	中空スクリュー(生体用合金 I・S)	18,200円
(5)	中空スクリュー(生体用合金 I・L)	25,400円
(6)	中空スクリュー(生体用合金 II・S)	22,800円
(7)	中空スクリュー(生体用合金 II・L)	25,700円
(8)	その他のスクリュー	
①	標準型	
ア	小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,390円
②	特殊型	
ア	軟骨及び軟部組織用	
i	スーチャーアンカー型(スクリュー型)	34,000円
ii	スーチャーアンカー型(その他)	35,200円
iii	インターフェアレンス型	42,400円
iv	座金型	21,500円
イ	圧迫調整固定用・両端ねじ型	
i	大腿骨頸部用	103,000円
ii	一般用	40,300円
ウ	義眼等人工物固定用	22,800円
061	固定用内副子(プレート)	
(1)	ストレートプレート(生体用合金 I・S)	20,400円
(2)	ストレートプレート(生体用合金 I・L)	28,900円
(3)	ストレートプレート(生体用合金 II・S)	3,800円
(4)	ストレートプレート(生体用合金 II・L)	8,430円
(5)	有角プレート(生体用合金 I)	36,700円
(6)	有角プレート(生体用合金 II)	31,200円
(7)	骨端用プレート(生体用合金 I)	
①	標準型	80,700円
②	内外反変形矯正用(小児)	86,100円
(8)	骨端用プレート(生体用合金 II)	30,800円
(9)	その他のプレート	
①	標準	
ア	指骨・頭蓋骨・顔面骨・上下顎骨用	
i	ストレート型・異形型	13,300円
ii	メッシュ型	75,600円
イ	下顎骨・骨盤再建用	
i	標準型	65,600円
ii	三次元型	73,300円
ウ	人工顎関節用	116,000円
エ	頭蓋骨閉鎖用	
i	バーホール型	16,900円
ii	クランプ型	19,200円

② 特殊		
ア 骨延長用		119,000円
イ スクリュー非使用型		173,000円
062 大腿骨外側固定用内副子		
(1) つばなしプレート(生体用合金Ⅰ)		53,600円
(2) つばなしプレート(生体用合金Ⅱ)		66,000円
(3) つばつきプレート(生体用合金Ⅰ)		98,100円
(4) つばつきプレート(生体用合金Ⅱ)		109,000円
(5) ラグスクリュー(生体用合金Ⅰ)		29,200円
(6) ラグスクリュー(生体用合金Ⅱ)		31,000円
(7) スライディングラグスクリュー(生体用合金Ⅰ)		62,000円
(8) 圧迫固定スクリュー(生体用合金Ⅰ)		8,180円
(9) 圧迫固定スクリュー(生体用合金Ⅱ)		4,180円
063 固定用内副子用ワッシャー、ナット類		
(1) ワッシャー(I)		2,740円
(2) ワッシャー(Ⅲ)		1,380円
(3) ナット		473円
064 脊椎固定用材料		
(1) 脊椎ロッド		44,300円
(2) 脊椎プレート(S)		39,500円
(3) 脊椎プレート(L)		142,000円
(4) 椎体フック		70,900円
(5) 脊椎スクリュー(固定型)		71,500円
(6) 脊椎スクリュー(可動型)		104,000円
(7) 脊椎コネクター		44,900円
(8) トランスバース固定器		68,400円
(9) 椎体ステーブル		40,900円
(10) 椎体ワッシャー		12,600円
065 人工肩関節用材料		
(1) 肩甲骨側材料		
① 標準型		129,000円
② 特殊型		141,000円
(2) 上腕骨側材料		
① 標準型		489,000円
② 特殊型		570,000円
(3) リバース型		
① 上腕骨ステム		293,000円
② スペーサー		98,600円
③ インサート		32,500円
④ 関節窩ヘッド		155,000円
⑤ ベースプレート		164,000円
066 人工肘関節用材料		
(1) 上腕骨側材料		324,000円
(2) 尺骨側材料		266,000円
(3) 橈骨側材料		220,000円

067 人工手関節・足関節用材料		
(1) 人工手関節用材料		
① 橈骨側材料		保険医療機関における購入価格による。
② 中手骨側材料		上に同じ。
③ 一体型		上に同じ。
(2) 人工足関節用材料		
① 脛骨側材料		370,000円
② 距骨側材料		294,000円
068 人工指関節用材料		
(1) 人工手指関節用材料		
① 人工手根中手関節用材料		
ア 大菱 形骨側材料		146,000円
イ 中手骨側材料		237,000円
② その他の人工手指関節用材料		
ア 近位側材料		111,000円
イ 遠位側材料		95,700円
ウ 一体型		96,300円
エ 人工手根骨用		208,000円
(2) 人工足指関節用材料		
① 近位側材料		保険医療機関における購入価格による。
② 遠位側材料		上に同じ。
③ 一体型		98,400円
069 上肢再建用人工関節用材料		
(1) 再建用上腕骨近位補綴用材料		425,000円
(2) 再建用上腕骨遠位補綴用材料		605,000円
(3) 再建用尺骨側材料		619,000円
070 下肢再建用人工関節用材料		
(1) 再建用臼蓋形成カップ		596,000円
(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料		876,000円
(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料		744,000円
(4) 再建用大腿骨表面置換用材料		615,000円
(5) 再建用脛骨近位補綴用材料		720,000円
(6) 再建用脛骨表面置換用材料		685,000円
071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨		
(1) カスタムメイド人工関節		保険医療機関における購入価格による。
(2) カスタムメイド人工骨		
① カスタムメイド人工骨(S)		800,000円
② カスタムメイド人工骨(M)		894,000円
③ カスタムメイド人工骨(L)		895,000円

072	人工骨頭帽	239,000円			
073	髄内釘				
	(1) 髄内釘				
	① 一般型	208,000円			
	② 横止め型	164,000円			
	③ 大腿骨頸部型	159,000円			
	④ 集束型	7,720円			
	⑤ 可変延長型	315,000円			
	(2) 横止めスクリュー				
	① 標準型	16,200円			
	② 大腿骨頸部型	40,200円			
	③ 特殊型	18,200円			
	(3) ワッシャー・ナット	20,900円			
	(4) 位置情報表示装置(プローブ・ドリル)	23,000円			
074	固定釘				
	(1) 平面型	17,200円			
	(2) 立体特殊型	30,200円			
	(3) 高位脛骨骨切り用	91,400円			
075	固定用金属線				
	(1) 金属線				
	① ワイヤー	1 cm 当たり 17円			
	② ケーブル	40,000円			
	③ バンド	1 cm 当たり 238円			
	(2) 大転子専用締結器	128,000円			
076	固定用金属ピン				
	(1) 創外固定器用				
	① 標準型	31,700円			
	② 抗緊張ピン				
	ア 一般型	13,900円			
	イ 特殊型	27,100円			
	(2) 一般用				
	① 標準型	496円			
	② リング型	505円			
077	人工靭帯				
	(1) 固定器具なし	75,400円			
	(2) 固定器具つき	83,400円			
078	人工骨				
	(1) 汎用型				
	① 非吸収型				
	ア 顆粒・ファイラー	1 g 当たり 6,270円			
	イ 多孔体	1 mL 当たり 14,200円			
	ウ 骨形成促進型	1 mL 当たり 47,100円			
	エ 形状賦形型	1 mL 当たり 17,500円			
	② 吸収型				
	ア 顆粒・ファイラー	1 g 当たり 13,800円			
	イ 多孔体				
	i 一般型	1 mL 当たり 15,000円			
	ii 蛋白質配合型	1 mL 当たり 15,300円			
	(2) 専用型				
	① 人工耳小骨	12,300円			
	② 開頭穿孔術用	9,770円			
	③ 頭蓋骨・喉頭気管用	46,000円			
	④ 椎弓・棘間用	37,400円			
	⑤ 椎体固定用				
	ア 1 椎体用	164,000円			
	イ その他	326,000円			
	⑥ 骨盤用				
	ア 腸骨稜用	67,500円			
	イ その他	177,000円			
	⑦ 肋骨・胸骨・四肢骨用	30,300円			
	⑧ 椎体骨創部閉鎖用	1 mL 当たり 16,400円			
	⑨ スクリュー併用用	1 mL 当たり 15,000円			
	(3) 特殊型	200,000円			
079	骨セメント				
	(1) 頭蓋骨用	1 g 当たり 667円			
	(2) 人工関節固定用	1 g 当たり 379円			
	(3) 脊椎用	1 g 当たり 531円			
	(4) 削除				
080	合成吸収性骨片接合材料				
	(1) スクリュー				
	① 一般用	64,700円			
	② 頭蓋・顎・顔面・小骨用	33,900円			
	(2) 中空スクリュー	71,300円			
	(3) ストレートプレート	38,600円			
	(4) その他のプレート	54,100円			
	(5) インターフェランススクリュー	131,000円			
	(6) スーチャーアンカー	43,300円			
	(7) ボタン	81,200円			
	(8) ワッシャー	17,900円			
	(9) ピン				
	① 一般用	41,000円			
	② 胸骨・肋骨用	37,400円			
	(10) シート・メッシュ型(I)	69,000円			
	(11) シート・メッシュ型(II)	110,000円			
	(12) 頭蓋骨閉鎖用クランプ				
	① 一般型	39,200円			
	② 簡易型	19,100円			
081	脳動脈瘤手術クリップ				
	(1) 標準型	17,900円			
	(2) 特殊型	19,800円			
082	脳血流遮断用クリップ	8,070円			

083	脳動静脈奇形手術用等クリップ	
	(1) 一般型	2,280円
	(2) バネ型	6,170円
084	人工硬膜	
	(1) 非吸収型	1 cm ² 当たり851円
	(2) 吸収型	1 cm ² 当たり1,270円
085	脳深部刺激装置用リードセット(4極用)	144,000円
086	脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード	
	(1) リードセット	
	① 4極	174,000円
	② 16極以上	367,000円
	(2) アダプター	34,800円
087	植込型脳・脊髄電気刺激装置	
	(1) 疼痛除去用(4極用)	1,330,000円
	(2) 疼痛除去用(8極用)	1,470,000円
	(3) 振戦軽減用(4極用)	1,240,000円
	(4) 疼痛除去用(16極以上用)	
	① 標準型	1,640,000円
	② M R I 対応型	1,720,000円
	(5) 疼痛除去用(16極以上用)充電式	1,870,000円
	(6) 疼痛除去用(16極以上用)充電式・体位変換対応型	
	① 標準型	2,030,000円
	② M R I 対応型	2,120,000円
	(7) 振戦軽減用(16極以上用)充電式	2,090,000円
088	脳波測定用頭蓋内電極	
	(1) 硬膜下電極(I)	46,300円
	(2) 硬膜下電極(II)	88,200円
	(3) 深部電極	36,900円
089	涙点プラグ	4,410円
090	人工内耳用材料	
	(1) 人工内耳用インプラント(電極及び受信一刺激器)	1,620,000円
	(2) 人工内耳用音声信号処理装置	923,000円
	(3) 人工内耳用ヘッドセット	
	① マイクロホン	39,400円
	② 送信コイル	11,000円
	③ 送信ケーブル	2,750円
	④ マグネット	7,930円
	⑤ 接続ケーブル	4,690円
091	削除	
092	鼻孔プロテーゼ	3,870円
093	人工喉頭	
	(1) 音声回復用人工補装具	
	① 一般型	10,000円
	② 長期留置型	28,100円
	(2) 呼吸弁	62,100円

094	気管・気管支ステント	
	(1) 一時留置型	
	① ストレート型	52,400円
	② Y字型	52,800円
	(2) 永久留置型	60,600円
095	食道用ステント	129,000円
096	胃・食道静脈瘤 圧迫止血用チューブ	
	(1) 食道止血用	29,000円
	(2) 胃止血用	30,200円
	(3) 胃・食道止血用	56,600円
097	食道静脈瘤 硬化療法用セット	
	(1) 食道静脈瘤 硬化療法用穿刺針	4,340円
	(2) 食道静脈瘤 硬化療法用内視鏡固定用バルーン	7,280円
	(3) 食道静脈瘤 硬化療法用止血バルーン	4,420円
	(4) 食道静脈瘤 硬化療法用ガイドチューブ	33,600円
098	内視鏡的食道静脈瘤 結紮セット	
	(1) 内視鏡的食道静脈瘤 結紮セット(単発式)	15,100円
	(2) 内視鏡的食道静脈瘤 結紮セット(連続式)	25,200円
099	組織代用人工繊維布	
	(1) 心血管系用	
	① 血管用フェルト・ファブリック	1 cm ² 当たり131円
	② 心膜シート	1 cm ² 当たり402円
	③ 心血管修復パッチ	1 cm ² 当たり1,320円
	(2) ヘルニア修復・胸壁補強用	
	① 一般	1 cm ² 当たり74円
	② 形状付加型	19,600円
	③ 腹膜欠損用	1 cm ² 当たり405円
	(3) 臓器欠損補強用	1 cm ² 当たり169円
	(4) 自動縫合器対応用	2枚1組17,300円
	(5) プレジェット・チューブ	222円
100	合成吸収性癒着防止材	1 cm ² 当たり171円
101	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり7円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	① 標準型	1 cm ² 当たり10円
	② 異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
102	真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり452円
103	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 広範囲熱傷用	1,060円
	(2) 平坦部位用	139円
	(3) 凹凸部位用	326円
104	ゼラチンスポンジ止血材	1,220円
105	デキストラノマー	1 g 当たり142円
106	微線維性コラーゲン	1 g 当たり13,000円
107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	27,900円

108	頭・静脈、腹腔シャントバルブ		
	(1) 標準型		
	① 標準機能		
	ア 近位カテーテル		
	i 標準型	22,700円	
	ii 内視鏡型	42,800円	
	イ リザーバー	21,200円	
	ウ バルブ		
	i 圧固定式	48,500円	
	ii 流量調節・圧可変式	181,000円	
	エ 遠位カテーテル		
	i 標準型	30,700円	
	ii 細径一体型	26,500円	
	オ コネクタ		
	i ストレート	7,830円	
	ii スリーウェイ	12,800円	
	② 特殊機能	67,100円	
	(2) ワンピース型	60,900円	
109	胸水・腹水シャントバルブ	172,000円	
	(1) シャントバルブ		
	(2) 交換用部品		
	① カテーテル		
	ア 腹腔・胸腔用	23,800円	
	イ 静脈用	26,300円	
	② コネクタ	4,740円	
110	植込型輸液ポンプ	1,390,000円	
111	植込型輸液ポンプ用髄腔カテーテル		
	(1) 標準型	71,000円	
	(2) 強化型	87,400円	
112	ペースメーカー		
	(1) シングルチャンバ		
	① 標準型	646,000円	
	② M R I 対応型	803,000円	
	(2) 削除		
	(3) デュアルチャンバ (I 型・ II 型)	733,000円	
	(4) 削除		
	(5) デュアルチャンバ (III 型)	567,000円	
	(6) デュアルチャンバ (IV 型)		
	① 標準型	827,000円	
	② M R I 対応型	1,040,000円	
	(7) トリプルチャンバ (I 型)		
	① 標準型	1,390,000円	
	② 極性可変型	1,610,000円	
	(8) トリプルチャンバ (II 型)		
	① 標準型	1,630,000円	
	② M R I 対応型	1,710,000円	
	(9) トリプルチャンバ (III 型)	1,620,000円	
113	植込式心臓ペースメーカー用リード		
	(1) リード		
	① 経静脈リード		
	ア 標準型	122,000円	
	イ シングルパス V D D リード	172,000円	
	ウ 誤感知防止型	134,000円	
	エ 4 極	139,000円	
	② 心筋用リード		
	ア 単極	117,000円	
	イ 双極	149,000円	
	(2) アダプター	28,800円	
	(3) アクセサリー	5,260円	
114	体外式ペースメーカー用カテーテル電極		
	(1) 一時ペーシング型	20,000円	
	(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型		
	① 標準型	66,200円	
	② 冠状静脈洞型	92,500円	
	③ 房室弁輪部型	204,000円	
	④ 心房内・心室内全域型	396,000円	
	⑤ アブレーション機能付き		
	ア 標準型	292,000円	
	イ 接触情報感知機能付き	388,000円	
	⑥ 温度センサー付き	90,200円	
	⑦ 除細動機能付き	227,000円	
115	体表面ペーシング用電極	4,400円	
116	体外式ペースメーカー用心臓植込ワイヤー		
	(1) 単極		
	① 固定機能あり	4,570円	
	② 固定機能なし	2,750円	
	(2) 双極以上	6,850円	
117	植込型除細動器		
	(1) 植込型除細動器 (II 型)	2,820,000円	
	(2) 植込型除細動器 (III 型)		
	① 標準型	2,910,000円	
	② M R I 対応型	3,240,000円	
	(3) 植込型除細動器 (IV 型)	2,970,000円	
	(4) 植込型除細動器 (V 型)		
	① 標準型	2,940,000円	
	② M R I 対応型	3,300,000円	
118	植込型除細動器用カテーテル電極		
	(1) 植込型除細動器用カテーテル電極 (シングル)	829,000円	
	(2) 植込型除細動器用カテーテル電極 (マルチ (一式))	226,000円	
	(3) アダプター	263,000円	
119	機械弁		
	(1) 傾斜ディスク弁 (一葉弁)	631,000円	
	(2) 傾斜ディスク弁 (二葉弁)	805,000円	

120	生体弁	
	(1) 異種大動脈弁	809,000円
	(2) 異種心膜弁(I)	716,000円
	(3) 異種心膜弁(II)	953,000円
121	弁付きグラフト(生体弁)	810,000円
122	人工弁輪	
	(1) 僧帽弁用	273,000円
	(2) 三尖弁用	274,000円
	(3) 僧帽弁・三尖弁兼用	265,000円
123	経皮的カテーテル心筋焼灼 ^{しやく} 術用カテーテル	
	(1) 標準型	149,000円
	(2) イリゲーション型	175,000円
124	ディスプレイザブル人工肺(膜型肺)	
	(1) 体外循環型(リザーバー機能あり)	
	① 一般用	134,000円
	② 低体重者・小児用	143,000円
	(2) 体外循環型(リザーバー機能なし)	
	① 一般用	105,000円
	② 低体重者・小児用	128,000円
	(3) 補助循環・補助呼吸型	
	① 一般用	150,000円
	② 低体重者・小児用	155,000円
125	遠心性体外循環用血液ポンプ	
	(1) 一般型	
	① 抗血栓性あり	70,100円
	② 抗血栓性なし	51,900円
	(2) 長期使用型	78,200円
126	体外循環用カニューレ	
	(1) 送脱血カニューレ	
	① シングル標準	4,810円
	② シングル強化	7,250円
	③ 2段標準	8,480円
	④ 2段強化	8,750円
	(2) 心筋保護用カニューレ	
	① ルート	4,180円
	② コロナリー	6,650円
	③ レトロ	20,400円
	(3) ベントカテーテル	
	① 一般型	3,530円
	② ガス注入型	4,420円
	(4) 経皮的挿入用カニューレ	43,200円
	注 生体適合性を付加した送脱血カニューレ、心筋保護用カニューレ又はベントカテーテル にあってはそれぞれ材料価格に1,600円を加算し、生体適合性を付加した経皮的挿入用カ ニューレにあっては材料価格に3,500円を加算する。	
127	人工心肺回路	
	(1) メイン回路	
	① 抗血栓性あり	146,000円
	② 抗血栓性なし	132,000円

(2)	補助循環回路	
	① 抗血栓性あり	73,600円
	② 抗血栓性なし	41,000円
	(3) 心筋保護回路	18,300円
	(4) 血液濃縮回路	29,400円
	(5) 分離体外循環回路	45,700円
	(6) 個別機能品	
	① 貯血槽	10,100円
	② カーディオトミーリザーバー	31,400円
	③ ハードシェル静脈リザーバー	32,600円
	④ 心筋保護用貯液槽	12,600円
	⑤ ラインフィルター	15,800円
	⑥ 回路洗浄用フィルター	4,830円
	⑦ 血液学的パラメーター測定用セル	
	ア 標準型	12,900円
	イ ガス分圧センサー付き	13,800円
	⑧ 熱交換器	14,900円
	⑨ 安全弁	5,480円
128	バルーンパンピング用バルーンカテーテル	
	(1) 一般用標準型	180,000円
	(2) 一般用末梢 循環温存型 ^{しよつ}	173,000円
	(3) 一般用センサー内蔵型	206,000円
	(4) 小児用	222,000円
129	補助人工心臓セット	
	(1) 体外型	3,210,000円
	(2) 植込型(拍動流型)	14,200,000円
	(3) 植込型(非拍動流型)	
	① 磁気浮上型	18,600,000円
	② 水循環型	18,600,000円
	③ 軸流型	18,600,000円
	(4) 水循環回路セット	1,080,000円
130	心臓手術用カテーテル	
	(1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル	
	① 一般型	67,300円
	② インフュージョン型	154,000円
	③ パーフュージョン型	151,000円
	④ カットング型	136,000円
	⑤ スリッピング防止型	128,000円
	⑥ 再狭窄抑制型 ^{さく}	170,000円
	(2) 冠動脈狭窄部貫通用カテーテル ^{さく}	43,400円
	(3) 冠動脈用ステントセット	
	① 一般型	169,000円
	② 救急処置型	307,000円
	③ 再狭窄抑制型 ^{さく}	261,000円

(4) 特殊カテーテル	218,000円	② 残存血栓除去用	34,900円
(5) 弁拡張用カテーテル	150,000円	③ 経皮的血栓除去用	47,800円
(6) 心房中隔欠損作成術用カテーテル		④ 脳血栓除去用	
① バルーン型	27,800円	ア ワイヤー型	281,000円
② ブレード型	206,000円	イ 破碎吸引型	442,000円
131 経皮的心房中隔欠損閉鎖セット	791,000円	(10) 塞栓用バルーン	
132 ガイディングカテーテル		① バルーン	59,300円
(1) 冠動脈用	16,600円	② バルーンデリバリー用カテーテル	70,200円
(2) 腹部四肢末梢用	22,600円	(11) 塞栓用コイル	
(3) 脳血管用	23,400円	① コイル	
133 血管内手術用カテーテル		ア 標準型	12,300円
(1) 経皮的脳血管形成術用カテーテル		イ 機械式デタッチャブル型	59,700円
① 先端閉鎖型	143,000円	ウ 電気式デタッチャブル型	125,000円
② 先端開放型	190,000円	エ 水圧式・ワイヤー式デタッチャブル型	119,000円
(2) 末梢血管用ステントセット		オ 特殊型	144,000円
① 一般型	188,000円	② ブッシャー	17,700円
② 再狭窄抑制型	229,000円	③ コイル留置用ステント	458,000円
(3) P T Aバルーンカテーテル		(12) 汎用型圧測定用プローブ	79,500円
① 一般型		(13) 循環機能評価用動脈カテーテル	39,500円
ア 標準型	50,300円	(14) 静脈弁カッター	
イ 特殊型	72,500円	① 切開径固定型	24,300円
② カッピング型	138,000円	② 切開径変動型	46,000円
③ 脳血管攣縮治療用	51,500円	(15) 頸動脈用ステントセット	195,000円
④ 大動脈用ステントグラフト用		(16) 狭窄部貫通用カテーテル	48,000円
ア 血流遮断型(胸部及び腹部)	65,400円	(17) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル	176,000円
イ 血流非遮断型(胸部及び腹部)	65,700円	(18) 血管塞栓用プラグ	129,000円
⑤ スリッピング防止型	111,000円	(19) 冠動脈カテーテル交換用カテーテル	19,600円
(4) 下大静脈留置フィルターセット	176,000円	(20) 体温調節用カテーテル	28,600円
(5) 冠動脈灌流用カテーテル	24,100円	134 人工血管	
(6) オクリュージョンカテーテル		(1) 永久留置型	
① 標準型	18,300円	① 大血管用	
② 特殊型	111,000円	ア 分岐なし	
(7) 血管内血栓異物除去用留置カテーテル	124,000円	イ 標準型	129,000円
① 一般型		ii 特殊型	130,000円
② 頸動脈用ステント併用型		イ 1分岐	
ア フィルター型	183,000円	i 標準型	223,000円
イ 遠位バルーン型	189,000円	ii 特殊型	238,000円
ウ 近位バルーン型	192,000円	ウ 2分岐以上	
(8) 血管内異物除去用カテーテル		i 標準型	294,000円
① 細血管用	90,200円	ii 特殊型	314,000円
② 大血管用	44,900円	エ 腹大動脈分岐用	
(9) 血栓除去用カテーテル		i 標準型	154,000円
① バルーン付き		ii 特殊型	162,000円
ア 一般型	12,400円		
イ 極細型	16,400円		
ウ ダブルルーメン	19,200円		

② 小血管用				146 大動脈用ステントグラフト		
ア 標準型				(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	1,310,000円	
i 外部サポートあり	1 cm 当たり	2,990円		(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	294,000円	
ii 外部サポートなし	1 cm 当たり	1,990円		(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)		
イ セルフシーリング	1 cm 当たり	4,160円		① 標準型	1,400,000円	
ウ ヘパリン使用型				② 血管分岐部対応型	1,900,000円	
i 外部サポートあり	1 cm 当たり	3,630円		(4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	294,000円	
ii 外部サポートなし	1 cm 当たり	2,660円		147 内視鏡用粘膜下注入材	7,790円	
エ 特殊型				148 カプセル型内視鏡		
i 外部サポートあり	1 cm 当たり	3,040円		(1) 小腸用	79,400円	
ii 外部サポートなし	1 cm 当たり	2,240円		(2) 大腸用	83,400円	
(2) 一時留置型		53,500円		149 血管内光断層撮影用カテーテル	145,000円	
135 尿路拡張用カテーテル				150 ヒト自家移植組織		
(1) 尿管用		43,300円		(1) 自家培養表皮	314,000円	
(2) 腎癭用		43,100円		(2) 自家培養軟骨	2,130,000円	
(3) 尿道用		39,200円		151 デンプン由来吸収性局所止血材	1 g 当たり12,900円	
136 胆道結石除去用カテーテルセット				152 胸郭変形矯正用材料		
(1) 経皮的バルーンカテーテル		14,300円		(1) 肋骨間用	1,550,000円	
(2) 経内視鏡バルーンカテーテル				(2) 肋骨腰椎間用	1,510,000円	
① ダブルルーメン		40,900円		(3) 肋骨腸骨間用	1,540,000円	
② トリプルルーメン		41,700円		(4) 固定クリップ(伸展術時交換用)	70,200円	
③ 十二指腸乳頭拡張機能付き		65,300円		153 経皮的動脈管閉鎖セット	341,000円	
④ 十二指腸乳頭切開機能付き		80,300円		154 脳動静脈奇形術前塞栓材	136,000円	
(3) 採石用バスケットカテーテル		40,000円		155 植込型心電図記録計	422,000円	
(4) 砕石用バスケットカテーテル				156 合成吸収性硬膜補強材	63,900円	
① 全ディスポーザブル型		42,600円		157 消化管用ステントセット		
② 一部ディスポーザブル型		16,900円		(1) カバーなし	256,000円	
137 腎・尿管結石除去用カテーテルセット		34,500円		(2) カバーあり	265,000円	
138 尿路結石破砕装置用ピンハンマー		22,100円		158 皮下グルコース測定用電極		
139 組織拡張器				(1) 一般型	6,240円	
(1) 一般用		32,000円		(2) 疼痛軽減・針刺し事故防止機構付加型	6,550円	
(2) 乳房用		33,000円		159 局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり25円	
140 輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用)		2,450円		160 植込型迷走神経電気刺激装置	1,680,000円	
141 輸血用血液フィルター(赤血球製剤用白血球除去用)		2,800円		161 迷走神経刺激装置用リードセット	184,000円	
142 輸血用血液フィルター(血小板製剤用白血球除去用)		3,280円		162 経皮の心腔内リード除去用レーザーシースセット	305,000円	
143 網膜硝子体手術用材料		34,300円		163 膀胱尿管逆流症治療用注入材	74,100円	
144 両室ベising機能付き植込型除細動器				164 椎体形成用材料セット	379,000円	
(1) 単極又は双極用				165 脊椎棘間留置材料	225,000円	
① 標準型		4,040,000円		166 外科用接着用材料		
② M R I 対応型		4,420,000円		(1) 標準型	1 g 当たり13,500円	
③ 自動調整機能付き		4,420,000円		(2) 特殊型	1 g 当たり13,500円	
(2) 4 極用				167 交換用経皮経食道胃管カテーテル	16,900円	
① 標準型		4,280,000円		168 心腔内超音波プローブ		
② 自動調整機能付き		4,620,000円		(1) 標準型	298,000円	
145 肝動脈塞栓材		15,200円		(2) 磁気センサー付き	328,000円	
				169 血管造影用圧センサー付ガイドワイヤー	168,000円	
				170 輸血用血液フィルター(カリウム除去用)	5,200円	
				171 生体組織接着剤調製用キット	72,300円	

172	尿道括約筋用補綴材		
	(1) カフ	167,000円	
	(2) 圧力調整バルーン	153,000円	
	(3) コントロールポンプ	419,000円	
173	中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ	24,100円	
174	植込型骨導補聴器		
	(1) 音振動変換器	407,000円	
	(2) 接合子付骨導端子	125,000円	
	(3) 骨導端子	65,000円	
	(4) 接合子	69,300円	
175	脳手術用カテーテル	44,000円	
176	子宮用止血バルーンカテーテル	18,400円	
177	心房中隔穿刺針	53,100円	
178	神経再生誘導材	399,000円	
179	気管支用充填材	7,610円	
180	陰圧創傷治療用カートリッジ	21,600円	
181	人工乳房	71,300円	
182	バルーン拡張型人工生体弁セット	4,430,000円	
183	血管内塞栓材		
	(1) 止血用	8,910円	
	(2) 動脈塞栓療法用	27,200円	
	(3) 動脈化学塞栓療法用	101,000円	
184	仙骨神経刺激装置	991,000円	
Ⅲ	歯科点数表の第 2 章第 4 部及び別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)の第 2 章第 4 部に規定するフィルム及びその材料価格		
	規 格	1 枚当たり材料価格	
001	半切	139円	
002	大角	117円	
003	大四ツ切	85円	
004	四ツ切	65円	
005	六ツ切	53円	
006	八ツ切	48円	
007	カビネ	42円	
008	30cm×35cm	85円	
009	24cm×30cm	67円	
010	18cm×24cm	45円	
011	標準型(3cm×4cm)	28円	
012	咬合型(5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm又は5.4cm×7cm)	39円	
013	咬翼型(4.1cm×3cm又は2.1cm×3.5cm)	39円	
014	オルソパントモ型		
	20.3cm×30.5cm	101円	
	15cm×30cm	118円	
015	小児型		
	2.2cm×3.5cm	30円	
	2.4cm×3cm	23円	

016	間接撮影用フィルム		
	10cm×10cm	28円	
	7cm×7cm	22円	
	6cm×6cm	15円	
017	オデルカ用フィルム		
	10cm×10cm	32円	
	7cm×7cm	22円	
018	マンモグラフィー用フィルム		
	24cm×30cm	133円	
	20.3cm×25.4cm	133円	
	18cm×24cm	123円	
019	画像記録用フィルム		
	(1) 半切	247円	
	(2) 大角	214円	
	(3) 大四ツ切	184円	
	(4) B 4	159円	
	(5) 四ツ切	149円	
	(6) 六ツ切	132円	
	(7) 24cm×30cm	142円	

IV 歯科点数表の第 2 章第 6 部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	プラスチックカニューレ型静脈内留置針		
	(1) 標準型	89円	
	(2) 針刺し事故防止機構付加型	98円	
002	中心静脈用カテーテル		
	(1) 標準型		
	① シングルルーメン		
	ア スルーザカニューラ型	1,660円	
	イ セルジンガー型	1,930円	
	② マルチルーメン		
	ア スルーザカニューラ型	2,720円	
	イ セルジンガー型	7,190円	
	(2) 抗血栓性型	2,250円	
	(3) 極細型	7,350円	
	(4) カフ付き	19,600円	
	(5) 酸素飽和度測定機能付き	36,200円	
	(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き		
	① シングルルーメン	13,200円	
	② マルチルーメン	20,500円	

V 歯科点数表の第 2 章第 8 部及び第 9 部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	人工骨		
	(1) 汎用型		
	① 非吸収型		
	ア 顆粒・フィラー	1g 当たり 6,270円	
	イ 多孔体	1mL 当たり 14,200円	
	ウ 骨形成促進型	1mL 当たり 47,100円	
	エ 形状賦形型	1mL 当たり 17,500円	

② 吸収型	
ア 顆粒・フィルア	1 g 当たり13,800円
イ 多孔体	
i 一般型	1 mL 当たり15,000円
ii 蛋白質配合型	1 mL 当たり15,300円
002 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
(1) カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
(2) カスタムメイド人工骨	
① カスタムメイド人工骨(S)	800,000円
② カスタムメイド人工骨(M)	894,000円
③ カスタムメイド人工骨(L)	895,000円
003 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー	
① 頭蓋・顎・顔面・小骨用	33,900円
(2) ストレートプレート	38,600円
(3) その他のプレート	54,100円
(4) ワッシャー	17,900円
(5) ピン	
① 一般用	41,000円
004 固定用内副子(スクリュー)	
(1) その他のスクリュー	
① 標準型	
ア 小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,390円
005 固定用内副子(プレート)	
(1) その他のプレート	
① 標準	
ア 指骨・頭蓋骨・顔面骨、上下顎骨用	
i ストレート型・異形型	13,300円
ii メッシュ型	75,600円
イ 下顎骨・骨盤再建用	
i 標準型	65,600円
ii 三次元型	73,300円
ウ 人工顎関節用	116,000円
② 特殊	
ア 骨延長用	119,000円
イ スクリュー非使用型	173,000円
006 固定釘	
(1) 平面型	17,200円
(2) 立体特殊型	30,200円
007 固定用金属線	
(1) 金属線	
① ワイヤ	1 cm 当たり17円
② ケーブル	40,000円
008 固定用金属ピン	
(1) 一般用	496円

009 削除	
010 鼻孔プロテーゼ	3,870円
011 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり7円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1 cm ² 当たり10円
② 異形型	1 g 当たり37円
(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
012 真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり452円
013 非固着性シリコンガーゼ	
(1) 平坦部位用	139円
(2) 凹凸部位用	326円
014 栄養カテーテル	
(1) 経鼻用	
① 一般用	180円
② 乳幼児用	
ア 一般型	92円
イ 非DEHP型	144円
③ 経腸栄養用	1,600円
④ 特殊型	2,070円
015 気管内チューブ	
(1) カフあり	
① カフ上部吸引機能あり	2,710円
② カフ上部吸引機能なし	
ア 標準型	645円
イ 特殊処理型	2,710円
(2) カフなし	635円
016 胃管カテーテル	
(1) シングルルーメン	89円
(2) ダブルルーメン	
① 標準型	502円
② 特殊型	1,480円
017 吸引留置カテーテル	
(1) 能動吸引型	
① 創部用(ドレーンチューブ)	
ア 軟質型	5,070円
イ 硬質型	3,990円
(2) 受動吸引型	
① フィルム・チューブドレーン	
ア フィルム型	264円
イ チューブ型	932円
018 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
(1) 2管一般(I)	229円
(2) 2管一般(II)	664円
(3) 2管一般(III)	1,690円
(4) 特定(I)	772円
(5) 特定(II)	2,130円
(6) 圧迫止血	4,630円

050	歯科充填用材料 II			
	(1) 複合レジン系	1 g	277円	
	(2) グラスアイオノマー系	1 g	277円	
051	歯科充填用材料 III	1 g	16円	
052	複合レジン 築造用（硬化後フィラー60%以上）	1 g	275円	
053	金属小釘 ロック型	1本	65円	
054	金属小釘 スクリュー型	1本	49円	
055	金属小釘 スクリュー型（金メッキ）	1本	109円	
056	乳歯金属冠	1本	297円	
057	スクリューポスト 支台築造用	1本	62円	
058	C A D / C A M冠用材料	1個	4,840円	
VII	歯科点数表の第 2 章第13部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格			
	品 名	単 位	材料価格	
001	歯科矯正用帯環 切歯用	1個	175円	
002	歯科矯正用帯環 犬歯用及び臼歯用	1個	187円	
003	帯環用ブラケット	1個	184円	
004	ダイレクトボンド用ブラケット	1個	294円	
005	チューブ	1個	434円	
006	S Tロック	1組	2,000円	
007	スクリュー 床用	1個	1,240円	
008	スクリュー スケレトン用	1個	2,290円	
009	トラクションバンド	1個	317円	
010	ネックストラップ	1個	205円	
011	ヘッドギア リトラクター用	1個	7,640円	
012	ヘッドギア プロトラクター用	1個	10,000円	
013	チンキャップ リトラクター用	1個	3,280円	
014	チンキャップ プロトラクター用	1個	2,000円	
015	フェイスボウ	1個	759円	
016	矯正用線（丸型）	1本	365円	
017	矯正用線（角型）	1本	268円	
018	矯正用線（特殊丸型）	1本	380円	
019	矯正用線（特殊角型）	1本	444円	
020	超弾性矯正用線（丸型及び角型）	1本	542円	
021	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	22円	
022	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 床用	1g	39円	
023	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	13円	
024	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1cm	64円	
025	歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g	28円	
026	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	9円	
027	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1cm	9円	
028	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,840円	
029	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	993円	
030	レジン歯 前歯用（J I S 適合品）	6本1組	258円	
031	レジン歯 臼歯用（J I S 適合品）	8本1組	270円	

032	義歯床用アクリリック樹脂（粉末 J I S 適合品）	1 g	5円
033	義歯床用アクリリック樹脂（液 J I S 適合品）	1 mL	4円
034	歯科用合着・接着材料 I（粉末・液）		
	(1) レジン系	1 g	453円
	(2) グラスアイオノマー系	1 g	386円
035	歯科用合着・接着材料 II（粉末・液）	1 g	105円
036	歯科用合着・接着材料 III（粉末・液）	1 g	23円
037	ダイレクトボンド用ボンディング材	1 g	774円
038	シリコン樹脂	1 g	16円
039	超弾性コイルスプリング	1個	462円
040	歯科矯正用アンカースクリュー	1本	3,710円
VIII	別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格		
001	インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		17円
002	ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器		10円
003	ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		11円
004	腹膜透析液交換セット		
	(1) 交換キット		544円
	(2) 回路		
	① Yセット		875円
	② A P Dセット		5,450円
	③ I P Dセット		1,020円
005	在宅中心静脈栄養用輸液セット		
	(1) 本体		1,880円
	(2) 付属品		
	① フーバー針		411円
	② 輸液バッグ		411円
006	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル		
	(1) 経鼻用		
	① 一般用		180円
	② 乳幼児用		
	ア 一般型		92円
	イ 非 D E H P 型		144円
	③ 経腸栄養用		1,600円
	④ 特殊型		2,070円
	(2) 腸瘻用		4,470円
007	万年筆型注入器用注射針		
	(1) 標準型		15円
	(2) 針折れ防止型		17円
	(3) 超微細型		18円
008	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ		3,550円
009	在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ		
	(1) 一般型		
	① カフ付き気管切開チューブ		
	ア カフ上部吸引機能あり		
	i 一重管		4,460円
	ii 二重管		5,970円

- イ カフ上部吸引機能なし
 - i 一重管 3,730円
 - ii 二重管 6,150円
- ② カフなし気管切開チューブ 4,200円
- (2) 輪状甲状膜切開チューブ 4,820円
- (3) 保持用気管切開チューブ 6,100円

- 1010 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- (1) 2管一般(I) 229円
 - (2) 2管一般(II) 664円
 - (3) 2管一般(III) 1,690円
 - (4) 特定(I) 772円
 - (5) 特定(II) 2,130円

- 1011 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)
- (1) ダイアライザー
- ① ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満Ⅰ・Ⅱ) 1,610円
 - ② ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満(Ⅲ) 1,510円
 - ③ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満(Ⅳ) 1,750円
 - ④ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡未満(Ⅴ) 1,830円
 - ⑤ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上Ⅰ・Ⅱ) 1,690円
 - ⑥ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上(Ⅲ) 1,550円
 - ⑦ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満(Ⅳ) 1,740円
 - ⑧ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満(Ⅴ) 1,750円
 - ⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積2.0㎡以上(Ⅳ) 1,770円
 - ⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)膜面積2.0㎡以上(Ⅴ) 1,830円
 - ⑪ 特定積層型 5,870円
- (2) 吸着型血液浄化器(β₂-ミクログロブリン除去用) 22,600円

- 1012 皮膚欠損用創傷被覆材
- (1) 真皮に至る創傷用 1cm²当たり7円
 - (2) 皮下組織に至る創傷用
 - ① 標準型 1cm²当たり10円
 - ② 異形型 1g当たり37円
 - (3) 筋・骨に至る創傷用 1cm²当たり25円

- 1013 非固着性シリコンガーゼ
- (1) 広範囲熱傷用 1,060円
 - (2) 平坦部位用 139円
 - (3) 凹凸部位用 326円
- 1014 水循環回路セット 1,080,000円

IX 経過措置

(1) Iの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

008 皮膚欠損用創傷被覆材 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1cm ² 当たり 12円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1cm ² 当たり 11円

(2) IIの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

029 吸引留置カテーテル (1) 能動吸引型 ④ 創部用 ア 軟質型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	6,230円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	5,650円
034 胆道ステントセット (2) 自動装着システム付 ① 永久留置型 イ カバーなし	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	246,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	233,000円
037 交換用胃瘻カテーテル (1) 胃留置型 ① パンパー型 イ ガイドワイヤーなし	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	19,800円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	19,000円
057 人工股関節用材料 (2) 大腿骨側材料 ① 大腿骨ステム(直接固定型) ア 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	502,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	463,000円
062 大腿骨外側固定用内副子 (3) つばつきプレート(生体用合金I)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	105,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	102,000円
064 脊椎固定用材料 (5) 脊椎スクリュー(固定型)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	76,400円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	74,000円
065 人工肩関節用材料 (2) 上腕骨側材料 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	553,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	521,000円
070 下肢再建用人工関節用材料 (6) 再建用脛骨表面置換用材料	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	783,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	734,000円
073 髄内釘 (1) 髄内釘 ③ 大腿骨頸部型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	173,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	166,000円

075 固定用金属線 (1) 金属線 ② ケーブル	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	50,600円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	45,300円
076 固定用金属ピン (1) 創外固定器用 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	40,100円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	35,900円
077 人工 ^{じん} 靱帯 (1) 固定器具なし	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	95,500円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	85,400円
077 人工 ^{じん} 靱帯 (2) 固定器具つき	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	106,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	94,500円
079 骨セメント (2) 人工関節固定用	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	480円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	429円
080 合成吸収性骨片接合材料 (6) スーチャーアンカー	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	51,200円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	47,300円
087 植込型脳・脊髄電気刺激装置 (3) 振戦軽減用(4極用)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,460,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1,350,000円
090 人工内耳用材料 (2) 人工内耳用音声信号処理装置	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,060,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	990,000円
099 組織代用人工繊維布 (1) 心血管系用 ③ 心血管修復パッチ	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,660円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1,490円
101 皮膚欠損用創傷被覆材 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1cm ² 当たり 12円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1cm ² 当たり 11円

110 植込型輸液ポンプ	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,620,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1,500,000円
114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ⑤ アブレーション機能付き ア 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	364,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	328,000円
118 植込型除細動器用カテーテル電極 (1) 植込型除細動器用カテーテル電極(シングル)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	928,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	878,000円
120 生体弁 (2) 異種心膜弁(I)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	890,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	803,000円
127 人工心肺回路 (6) 個別機能品 ⑤ ラインフィルター	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	18,300円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	17,100円
130 心臓手術用カテーテル (3) 冠動脈用ステントセット ② 救急処置型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	343,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	325,000円
133 血管内手術用カテーテル (2) 末梢 ^{しよ} 血管用ステントセット ① 一般型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	210,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	199,000円
133 血管内手術用カテーテル (3) P T Aバルーンカテーテル ② カットニング型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	158,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	148,000円
133 血管内手術用カテーテル (3) P T Aバルーンカテーテル ④ 大動脈用ステントグラフト用 イ 血流非遮断型(胸部及び腹部)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	79,400円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	72,500円
133 血管内手術用カテーテル (4) 下大静脈留置フィルターセット	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	202,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	189,000円

133 血管内手術用カテーテル (6) オクリュージョンカテーテル ② 特殊型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	123,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	117,000円
133 血管内手術用カテーテル (7) 血管内血栓異物除去用留置カテーテル ② 頸動脈用ステント併用型 ア フィルター型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	197,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	190,000円
133 血管内手術用カテーテル (8) 血管内異物除去用カテーテル ① 細血管用	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	104,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	97,300円
133 血管内手術用カテーテル (15) 頸動脈用ステントセット	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	246,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	221,000円
136 胆道結石除去用カテーテルセット (2) 経内視鏡バルーンカテーテル ② トリプルルーメン	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	47,100円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	44,400円
136 胆道結石除去用カテーテルセット (2) 経内視鏡バルーンカテーテル ③ 十二指腸乳頭拡張機能付き	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	80,400円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	72,800円
146 大動脈用ステントグラフト (1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,510,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1,410,000円
146 大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1,610,000円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1,510,000円

(3) Vの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

007 固定用金属線 (1) 金属線 ② ケーブル	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	50,600円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	45,300円

011 皮膚欠損用創傷被覆材 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1 cm ² 当たり 12円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1 cm ² 当たり 11円
017 吸引留置カテーテル (1) 能動吸引型 ① 創部用(ドレーンチューブ) ア 軟質型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	6,230円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	5,650円

(4) VIIIの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

012 皮膚欠損用創傷被覆材 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型	平成26年4月1日から 平成26年12月31日まで	1 cm ² 当たり 12円
	平成27年1月1日から 平成27年3月31日まで	1 cm ² 当たり 11円

(5) IIの規定にかかわらず、薬事法(昭和35年法律第145号)第14条第1項の規定による承認を受け、次の表の左欄の薬事法承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

112 ベースメーカー (6) デュアルチャンバ(IV型) ② MRI対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00131000	平成26年4月1日から 平成26年9月30日まで	1,070,000円
112 ベースメーカー (8) トリプルチャンバ(II型) ② MRI対応型 (薬事法承認番号) 22500BZX00368000	平成26年4月1日から 平成27年12月31日まで	1,750,000円
114 体外式ベースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ⑤ アブレーション機能付き イ 接触情報感知機能付き (薬事法承認番号) 22400BZX00163000	平成26年4月1日から 平成26年9月30日まで	392,000円
117 植込型除細動器 (2) 植込型除細動器(III型) ② MRI対応型 (薬事法承認番号) 22500BZX00292000 22500BZX00294000	平成26年4月1日から 平成27年9月30日まで	3,320,000円

117 植込型除細動器 (4) 植込型除細動器 (V型) ② MRI対応型 (薬事法承認番号) 22500BZX00292000 22500BZX00294000	平成26年4月1日から 平成27年9月30日まで	3,380,000円
130 心臓手術用カテーテル (1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル ⑥ 再狭窄抑制型 (薬事法承認番号) 22500BZX00322000	平成26年4月1日から 平成27年12月31日まで	178,000円
144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器 (1) 単極又は双極用 ② MRI対応型 (薬事法承認番号) 22500BZX00293000	平成26年4月1日から 平成27年9月30日まで	4,530,000円
144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器 (1) 単極又は双極用 ③ 自動調整機能付き (薬事法承認番号) 22500BZX00320000	平成26年4月1日から 平成27年12月31日まで	4,530,000円
144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器 (2) 4極用 ② 自動調整機能付き (薬事法承認番号) 22500BZX00402000	平成26年4月1日から 平成27年12月31日まで	4,730,000円
146 大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト (メイン部分) ② 血管分岐部対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00516000	平成26年4月1日から 平成27年6月30日まで	2,020,000円
148 カプセル型内視鏡 (2) 大腸用 (薬事法承認番号) 22500BZX00310000	平成26年4月1日から 平成27年12月31日まで	85,400円
182 バルーン拡張型人工生体弁セット (薬事法承認番号) 22500BZX00270000	平成26年4月1日から 平成27年9月30日まで	4,650,000円

○厚生労働省告示第六十三号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第八十八条第四項（同法第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）第七十八條第四項の規定に基づき、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十一年厚生労働省告示第六十七号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から施行する。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

別表を次のように改める。

別表

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

通則

- 1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号02の注7に規定する場合を除き、区分番号01又は区分番号01-2により算定される額に区分番号02から区分番号05までにより算定される額を加えた額とする。
- 2 前号の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成9年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。
- 3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注4まで及び注12並びに区分番号02の注1から注3まで及び注10における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

区分

01 訪問看護基本療養費（1日につき）

1 訪問看護基本療養費(I)

イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（八を除く。）

- (1) 週3日目まで 5,550円
- (2) 週4日目以降 6,550円

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 5,050円
- (2) 週4日目以降 6,050円

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

2 訪問看護基本療養費(II)

イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（八を除く。）

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 5,550円
 - ② 週4日目以降 6,550円
- (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 2,780円
 - ② 週4日目以降 3,280円

ロ 准看護師による場合

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 5,050円
 - ② 週4日目以降 6,050円

- (2) 同一日に3人以上
- | | |
|----------|--------|
| ① 週3日目まで | 2,530円 |
| ② 週4日目以降 | 3,030円 |
- 八 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円
- 3 訪問看護基本療養費Ⅲ 8,500円
- 注1 1のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者(注3に規定する同一建物居住者を除く。)に対して、その主治医(健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関(以下「保険医療機関」という。)の保険医又は介護保険法第8条第27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。)の医師に限る。以下この区分番号において同じ。から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所(以下「訪問看護ステーション」という。)の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者(以下「利用者」という。)1人につき、訪問看護基本療養費Ⅲ(八を除く。)及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日を限度(別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。)として算定する。
- 2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある利用者(いずれも同一建物居住者を除く。)に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。
- 3 2のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者(当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。)であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費Ⅰ(八を除く。)及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日を限度(注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。)として算定する。
- 4 2のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡^{じよくそう}の状態にある利用者(いずれも同一建物居住者に限る。)に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

- 5 3については、指定訪問看護を受けようとする者(入院中のものに限る。)であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)に対し、その者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中2回(注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者である場合にあっては、入院中2回)に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。
- 6 1及び2(いずれも八を除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に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、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。
- 7 1及び2(いずれも八を除く。)については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭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指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
- 9 1及び2(いずれも八を除く。)については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医(診療所又は診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一に規定する在宅療養支援病院(以下「在宅療養支援病院」という。)の保険医に限る。)の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護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2,650円を所定額に加算する。
- 10 1及び2(いずれも八を除く。)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、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3日)を限度として、5,200円を所定額に加算する。
- 11 1及び2(いずれも八を除く。)については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につき500円をそれぞれ所定額に加算する。
- 12 1及び2(いずれも八を除く。)については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては、週1回を限度として算定する。
- イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円
- ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円
- ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合 3,000円

13 1及び2(いずれも八を除く。)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。以下同じ。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。)に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜(午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。)に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。

14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護(注2及び注4の場合を除く。)を受けている場合(次に掲げる場合を除く。)

(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2) 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(3) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(4) 注2又は注4に規定する緩和ケア又は褥瘡^{じよくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

01-2 精神科訪問看護基本療養費(1日につき)

1 精神科訪問看護基本療養費(I)

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 5,550円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 4,250円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 6,550円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 5,100円

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 5,050円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 3,870円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 6,050円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 4,720円

2 精神科訪問看護基本療養費(II)

1,600円

3 精神科訪問看護基本療養費(III)

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 5,550円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 4,250円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 6,550円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 5,100円

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30分以上の場合 2,780円
- ② 週3日目まで 30分未満の場合 2,130円
- ③ 週4日目以降 30分以上の場合 3,280円
- ④ 週4日目以降 30分未満の場合 2,550円

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 30分以上の場合 5,050円
- ② 週3日目まで 30分未満の場合 3,870円
- ③ 週4日目以降 30分以上の場合 6,050円
- ④ 週4日目以降 30分未満の場合 4,720円

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30分以上の場合 2,530円
- ② 週3日目まで 30分未満の場合 1,940円
- ③ 週4日目以降 30分以上の場合 3,030円
- ④ 週4日目以降 30分未満の場合 2,360円

4 精神科訪問看護基本療養費(IV)

8,500円

注1 1については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等

(注2に規定する者及び注3に規定する同一建物居住者を除く。)に対して、その主治医(保険医療機関の保険医であって精神科を担当するものに限る。以下この区分番号において同じ。)から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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(精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。以下この区分番号において「保健師等」という。)が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(III)及び区分番号01の訪問看護基本療養費(1の八及び2の八を除く。)を算定する日と合わせて週3日(当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日)を限度として算定する。

2 2については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、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(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームに入所している複数のものに対して、それらの者の主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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訪問看護ステーションの保健師等(准看護師を除く。)が同時に指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。

3 3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等(注2に規定する者を除く。)であって、同一建物居住者であるものに対して、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(I)及び区分番号01の訪問看護基本療養費(1の八及び2の八を除く。)を算定する日と合わせて週3日(当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日)を限度として算定する。

4 4については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者(入院中のものに限る。)であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)に対し、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、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訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中1回(区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者の場合にあっては、入院中2回)に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

- 5 1及び3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。
- 6 2については、指定訪問看護の時間が3時間を超えたときは、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに400円を所定額に加算する。
- 7 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭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指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
- 8 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護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2,650円を所定額に加算する。
- 9 1及び3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、訪問看護ステーションの保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週1日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。
- 10 1及び3（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、八の場合にあっては週1回を限度として算定する。
- イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円
- ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円
- ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合 3,000円
- 11 1及び3については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。
- 12 1及び3については、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訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師及び作業療法士が、診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。
- 13 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。
- イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

- ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（区分番号01の注2及び注4の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）
- (1) 区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
- (2) 精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
- (3) 区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

02 訪問看護管理療養費

- 1 月の初日の訪問の場合
- イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,400円
- ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,400円
- ハ イ又はロ以外の場合 7,400円
- 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 2,980円
- 注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ及びロについては、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訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。
- 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訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制又は連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、当該基準に係る区分に従い、月1回を限度として、次に掲げる額のいずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが次に掲げる加算を算定している場合は、算定しない。
- イ 24時間対応体制加算 5,400円
- ロ 24時間連絡体制加算 2,500円
- 3 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訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月に1回を限度として2,500円を所定額に加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用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利用者については、5,000円を加算する。

- 4 指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り6,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。
- 5 注4に規定する者が注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、更に2,000円を所定額に加算する。
- 6 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。
- 7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することとなったときに算定する。
- 8 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、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、3,000円を所定額に加算する。
- 9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用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、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り、2,000円を所定額に加算する。
- 10 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訪問看護ステーションが、当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月1回に限り、6月を限度として6,400円を所定額に加算する。

03 訪問看護情報提供療養費 1,500円

注 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福

祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場合は、算定しない。

04 削除

05 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円

注1 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（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者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、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利用者及びその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所定額を算定する。

2 注1の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。

○厚生労働省告示第六十四号

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第六十七号)の規定に基づき、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等(平成十八年厚生労働省告示第百三号)の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

本則を次のように改める。

第一 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準

一 通則

(1) 地方厚生局長又は地方厚生支局長(以下「地方厚生局長等」という。)に対して届出を行う前六月間において、当該届出に係る事項に關し不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。

(2) 地方厚生局長等に対して届出を行う前六月間において、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第九十四条第一項又は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)第八十一条第一項の規定に基づく検査等の結果、健康保険法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律第七十八条第一項に規定する指定訪問看護(以下「指定訪問看護」と総称する。)の内容又は訪問看護療養費の請求に關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

(3) 指定訪問看護の事業の人員及び運営に關する基準(平成十二年厚生省令第八十号)第二条に規定する員数を満たしていること。

二 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する基準

緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

三 訪問看護基本療養費の注6に規定する大臣が定める者

特掲診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十三号)第四の四の三に掲げる者

四 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ、Ⅲ、Ⅳ及びⅤ)の基準

精神疾患を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき、必要な体制が整備されていること。

五 精神科訪問看護基本療養費の注12に規定する基準

二十四時間対応体制加算を届け出ている事業所であつて、精神科の重症患者に対して、保険医療機関と連携しながら複数回の訪問看護を行う体制その他必要な体制が整備されていること。

六 訪問看護管理療養費の基準

(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準

次のいずれにも該当するものであること。

イ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が七以上であること。

ロ 二十四時間対応体制加算を届け出ていること。

ハ ターミナルケア及び特掲診療料の施設基準等別表七に該当する利用者に対する訪問看護に
ついて十分な実績を有すること。

二 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八條第二十三項に規定する居宅介護支援事業
を行うことができる体制が整備されていること。
機能強化型訪問看護管理療養費²の基準
次のいずれにも該当するものであること。

イ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が五以上であること。
ロ 二十四時間対応体制加算を届け出ていること。
ハ ターミナルケア及び特掲診療料の施設基準等別表七に該当する利用者に対する訪問看護に
ついて相当な実績を有すること。

二 介護保険法第八條第二十三項に規定する居宅介護支援事業を行うことができる体制が整備
されていること。

(3) 二十四時間対応体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応で
きる体制にある場合であつて、計画的に訪問することとなつていない緊急時訪問を必要に応じ
て行うことができる体制にあること。

(4) 二十四時間連絡体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応で
きる体制にあること。

(5) 特別管理加算の基準

指定訪問看護に關し特別な管理を必要とする利用者に対する指定訪問看護を行うにつき、当
該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応でき
る体制その他必要な体制が整備されていること。

(6) 精神疾患を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき必要な体制が整備されており、かつ、
二十四時間対応体制加算を届け出た場合であつて、特掲診療料の施設基準等に掲げる精神科重
症患者早期集中支援管理料を届け出た保険医療機関と連携しながら訪問看護を行う体制その他
必要な体制が整備されていること。

第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

一 訪問看護基本療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
週三日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

二 訪問看護基本療養費の注5及び精神科訪問看護基本療養費の注4に規定する厚生労働大臣が定
める者

(1) 次のいずれかに該当する者

(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3) その他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

三 長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問
を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

(1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

四 複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が
必要な者

(1) 一人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの
特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

(2) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
(3) その他利用者の状況等から判断して、(1)から(4)のいずれかに準ずると認められる者（看護補
助者の場合に限る。）

五 訪問看護管理療養費の注3本文に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者

特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

訪問看護管理療養費の注3ただし書に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者

特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

七 退院日に療養上の退院支援指導が必要な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

(3) 退院日の訪問看護が必要であると認められた者

第三 特別地域訪問看護加算に係る厚生労働大臣の定める地域

一 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域
として指定された離島の地域

二 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の
地域

三 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定され
た山村の地域

四 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第二条第一項に規定する小笠
原諸島の地域

五 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島

六 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

第四 指定訪問看護に係る厚生労働大臣が定める場合

一 要介護被保険者等である利用者について指定訪問看護の費用に要する額を算定できる場合

(1) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合

(2) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる名称の疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行
う場合

(3) 訪問看護基本療養費(II)が算定される指定訪問看護を行う場合

二 訪問看護基本療養費の注14ただし書及び精神科訪問看護基本療養費の注12ただし書に規定する
所定額を算定できる場合

(1) 介護保険法第八條第十一項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第十九項に規定する
認知症対応型共同生活介護の提供を受けている利用者に対し、前号(1)又は(2)に掲げる指定訪問
看護を行う場合

(2) 介護保険法第八條第二十六項に規定する介護老人福祉施設の入所者等であつて、末期の悪性
腫瘍であるものに対し、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基
づき、指定訪問看護を行う場合

(3) 病院又は診療所に入院している者で、在宅療養に備えて一時的に外泊している者（次のい
ずれかに該当する者に限る。）

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八号に掲げる者

八 その他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者