

改定診療報酬点数表の概要 (平成30年4月1日実施)

(詳細及びその他の項目については、本会作成の「改定診療報酬点数表参考資料」をご参照ください。)

1. 基本診療科

Table with columns for (1) 初診料, (2) 再診料・外来診療料, and (3) オンライン診療料. It lists various medical services and their corresponding points, including general consultations, specialist consultations, and online services.

- は診療所のみ算定可
※1：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療養指導及び診療等を行った場合に加算
※2：認知症以外に1以上の疾患を有する認知症の患者に療養指導及び診療等を行った場合に加算。ただし、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った患者及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った患者は算定不可
※3：地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料（在宅診又は在宅病に限る）を届出等している診療所又は200床未満の病院に算定
※4：同一日の2科目の初診及び再診に当たっては、乳幼児加算、妊婦加算、時間外加算等すべての加算は算定不可
※5：他の医療機関又は介護老人保健施設に入院・入所した患者が減算した際に処方内容について連携等を行った場合に※1、※2に算定
※6：施設基準を満たす届出医療機関において継続的に対面診療を実施した上で特定管理料等、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者に対して情報通信機器を用いた診察を行った際に、一定の条件を満たす場合に限り算定可（特定管理料等：特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料）

2. 医学管理等

Table for medical management services. It includes '【通則】' (General Rules) for online medical management and '特定疾患療養管理料' (Special Disease Care Management Fee) with details on hospital bed requirements and patient conditions.

(2) 特定疾患治療管理料

Table for special disease treatment management fees. It lists various conditions such as malignant tumors, pediatric diseases, and chronic pain, along with specific treatment and management procedures and their associated points.

外来緩和ケア管理料 ※小児加算(15歳未満)	290点 150点	届出医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている外来患者に対して、保険医、看護師、薬剤師等が共同して指導を行った場合(月1回)
糖尿病透析予防指導管理料	350点	届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める糖尿病の外来患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して指導を行った場合(月1回)
※高度腎機能障害患者指導加算(効)	100点	届出医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合
小児運動器疾患指導管理料(効)	250点	施設基準を満たす医療機関において、地域において診療を担う他の医療機関から紹介された、6歳未満の運動器疾患を有する外来患者に対して、必要な指導を行った場合(6月に1回限り)

(3)小児科外来診療料(1日につき)		イ 初診時	ロ 再診時	(4)小児かかりつけ診療料(1日につき)		イ 初診時	ロ 再診時
1 処方箋を交付する場合		572点	383点	1 処方箋を交付する場合		602点	413点
2 1以外の場合		682点	493点	2 1以外の場合		712点	523点
小児抗菌薬適正使用支援加算(効)※1		80点		小児抗菌薬適正使用支援加算(効)※1		80点	
※3歳未満の乳幼児(小児科標榜) 包括:①~③を除き包括①初診料の機能強化加算、初診料・再診料・外来診療料の時間外加算等②地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)③往診料(緊急往診加算等・診療時間加算・死亡診断加算を含む) ※パブリスマブの投与患者(投与日に限る)には算定しない				届出医療機関において、未就学児(3歳以上の場合)は3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の外来患者に診療を行った場合(電話等による再診の場合は算定しない) 包括:①~③を除き包括①初診料の機能強化加算、初診料・再診料・外来診療料の時間外加算等②地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)Ⅰ、電子的診療情報評価料③往診料(緊急往診加算等・診療時間加算・死亡診断加算を含む)			

※1:1のイ又は2のイについて、施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症で受診した患者で抗菌薬を使用しないものに対して、指導及び検査結果の説明を行い文書提供した場合

(5)生活習慣病管理料(月1回)	イ 脂質異常症	ロ 高血圧症	ハ 糖尿病	包括:医学管理等(糖尿病透析予防指導管理料等を除く)、検査、投薬、注射、病理診断 血糖自己測定指導加算:500点(年1回)
1 処方箋を交付する場合	650点	700点	800点	
2 1以外の場合	1,175点	1,035点	1,280点	

(6)地域連携小児夜間・休日診療料 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2	450点 600点	届出医療機関において、夜間、休日又は深夜に、6歳未満の外来患者に対して診療を行った場合に算定(在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない)。1は夜間・休日・深夜の医療機関が定めた時間に対応(対応可能時間が地域に周知されていること)。2は24時間診療可能な体制を有し、地域に周知されていること ※小児科標榜
(7)乳幼児児童養育指導料	130点	小児科担当医が、3歳未満の乳幼児に対する育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合(初診時) ※小児科標榜
(8)地域連携夜間・休日診療料	200点	届出医療機関において、夜間で別定める時間、休日又は深夜に外来患者に診療を行った場合
(9)夜間休日救急搬送医学管理料	600点	診療時間以外の時間(土曜日以外の日(休日を除く))においては夜間に限る。休日又は深夜において、救急車等により搬送された患者に対して医学管理を行った場合(初診料算定日に限る)
※精神科疾患患者等受入加算	400点	急性薬物中毒(アルコール中毒を除く)の患者、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
※救急搬送看護体制加算(効)	200点	専任看護師配置等の届出医療機関において救急患者受入に対応した場合
(10)外来リハビリテーション診療料 1(7日間に1回限り) 2(14日間に1回限り)	72点 109点	外来患者に対して、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。算定日から起算して、1は7日以内、2は14日以内の期間においては、リハビリテーションの実施に係る初診料、再診料、外来診療料は算定しない
(11)外来放射線照射診療料	292点	届出医療機関において、外来患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合(7日間に1回。7日間に4日以上放射線治療を予定していない場合には50/100を算定)
(12)地域包括診療料 地域包括診療料1(効) 地域包括診療料2 (月1回、初診の日を除く)	1,560点 1,503点	届出医療機関において、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外来患者に対して、患者の同意を得て指導及び診療を行った場合 包括:①~⑤を除き包括①再診料の時間外加算等②地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)③在宅医療(訪問診療料、在総管、施設総管は包括)④投薬(処方料、処方箋料は包括)⑤急性増悪時の検査・画像診断・処置のうち所定点数が550点以上もの
※薬剤適正使用連携加算(効)	30点	他医療機関・介護老人保健施設に入院・入所した患者が減薬した際の処方内容についての連携等
(13)認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療料1(効) 認知症地域包括診療料2 (月1回、初診の日を除く)	1,580点 1,515点	施設基準を満たす医療機関において、認知症以外に1以上の疾患を有する外来の認知症患者(1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬をあわせて3種類を超えて投薬した場合を除く)に対して、患者又はその家族等の同意を得て指導及び診療を行った場合 包括:上記(12)地域包括診療料と同じ
※薬剤適正使用連携加算(効)	30点	上記(12)地域包括診療料と同じ
(14)ニコチン依存症管理料 1 初回 2 2~4回目まで 3 5回目	230点 184点 180点	届出医療機関において、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症と診断された禁煙を希望する患者に対し、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(5回を限度。基準を満たさない場合は70/100を算定)
(15)療養・就労両立支援指導料(効)	1,000点	がんと診断された患者(産業医が選任されている事業場に就労しているものに限る)について、療養上の指導を行うとともに、患者の同意を得て、産業医に対し就労と治療の両立に必要な情報を文書提供し、産業医から助言を受けて治療計画の見直しを行った場合(6月に1回限り)* 療養環境の調整に関する相談窓口を設置等している届出医療機関において加算
※相談体制充実加算(効)	500点	
(16)介護支援等連携指導料 (入院中2回に限り)	400点	入院患者に、医師、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同し、介護又は障害福祉サービス等について説明・指導した場合
(17)介護保険リハビリテーション移行支援料 (1人につき1回)	500点	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、維持期の脳血管疾患等、廃用症候群及び運動器リハビリテーションを受けている要介護被保険者等である外来患者が、介護保険の通所リハビリテーション等に移行した場合
(18)がん治療連携計画策定料1 (退院時又は退院日から30日以内に1回に限り)	750点	あらかじめ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、同意を得た上で、入院中又は退院日から30日以内に治療計画を作成し、退院時又は退院日から30日以内に別の保険医療機関に診療情報を文書により提供した場合*
がん治療連携計画策定料2 (月1回)	300点	1の算定患者で他の医療機関から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医療機関からの紹介により治療計画を変更した場合*
(19)がん治療連携指導料 (月1回)	300点	がん治療連携計画策定料1又は2を算定した外来患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行い、同意を得た上で計画策定病院に患者に係る診療情報を文書により提供した場合*
(20)外来がん患者在宅連携指導料 (1人につき1回)	500点	外来で化学療法又は緩和ケアを実施する進行がんの患者で、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものに、同意を得て在宅緩和ケアを実施する他の医療機関に文書で紹介を行った場合*
(21)認知症専門診断管理料 1 認知症専門診断管理料1 イ 基幹型又は地域型の場合 ロ 連携型の場合 2 認知症専門診断管理料2	700点 500点 300点	1は認知症疾患医療センターが、紹介された認知症の疑いのある患者に対し、同意を得て認知症の鑑別診断を行った上で療養方針の決定・認知症療養計画の作成をするとともに、患者・他の医療機関に文書により情報提供した場合(1人につき1回)* 2は認知症の症状が増悪した紹介患者を同意を得て診療の上、療養計画等を説明・提供し、他の医療機関に文書で診療情報を提供した場合(3月に1回)*
(22)認知症療養指導料(月1回)		(治療を行った日の属する月を含め6月を限度)
1 認知症療養指導料1	350点	1 認知症専門診断管理料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
2 認知症療養指導料2(効)	300点	2 認知症サポート指導料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
3 認知症療養指導料3(効)	300点	3 認知症患者の支援体制確保に協力する認知症サポート医による療養計画に基づく治療等
(23)認知症サポート指導料(効) (6月に1回限り)	450点	認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の医療機関からの求めに応じ、認知症を有する外来患者に対し、同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の医療機関に療養方針に係る助言を行った場合(治療を行った日の属する月を含め6月を限度)*

24	ハイリスク妊産婦連携指導料 1 ㊦ (1人につき月1回)	1,000点	届出医療機関で、精神疾患を有する妊婦又は出産後の外来患者に対して、同意を得て、診療及び療養上必要な指導を行った場合
25	ハイリスク妊産婦連携指導料 2 ㊦ (1人につき月1回)	750点	1 (産科又は産婦人科標榜) 医師、看護師等が共同して精神科又は心療内科及び行政と連携 2 (精神科又は心療内科標榜) 医師が産科又は産婦人科及び行政と連携
26	退院後訪問指導料 (退院日より1月以内に5回まで) ※訪問看護同行加算(退院後1回)	580点 20点	医療機関を退院した患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患者等を訪問し、在宅での療養上の指導を行った場合 (退院日を除く) 在宅療養を担う訪問看護ステーション・他医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合
27	薬剤総合評価調整管理料 (月1回) ※連携管理加算	250点 50点	6種類以上の内服薬が処方されていた外来患者の処方内容について、総合的に評価・調整し2種類以上減少した場合 処方内容の調整に当たって、別の医療機関又は薬局に対し、照会又は情報提供を行った場合*
28	診療情報提供料 (I) (1人につき月1回) ※ハイリスク妊婦紹介加算: 200点 ※肝炎インターフェロン治療連携加算: 50点 ※地域連携診療計画加算: 50点 ※療養情報提供加算㊦	250点 50点	・別の医療機関での診療の必要を認めた場合 (紹介先ごと) ・市町村又は指定居宅介護支援事業者等若しくは指定特定相談支援事業者等 ・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た場合 ・精神障害者施設に対し、当該入所患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合 ・介護老人保健施設 (同一敷地内では除く) 又は介護医療院に対し、患者の紹介を行った場合 ・認知症に関する専門の医療機関等での鑑別診断等の必要を認めた場合 ※認知症専門医療機関紹介加算: 100点 ※認知症専門医療機関連携加算: 50点 ※精神科医連携加算: 200点 ※歯科医療機関連携加算: 100点 ※検査・画像情報提供加算 (イ 退院患者: 200点/ロ 入院中の患者以外の患者: 30点)
29	電子的診療情報評価料	30点	届出医療機関が、別の医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果・画像情報・画像診断の所見・投薬内容・注射内容・退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合
30	診療情報提供料 (II) (1人につき月1回)	500点	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セカンドオピニオンを得るための支援を行った場合
31	診療情報連携共有料㊦ (1人につき3月に1回)	120点	歯科診療を担う別の医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果・投薬内容等を文書により提供した場合 (提供する医療機関ごと) *
32	薬剤情報提供料 (月1回) ※手帳記載加算	10点 3点	処方内容に変更があった場合には、その都度算定可能 薬剤名、用法、用量、効能、効果、副作用、相互作用に関する主な情報を文書 (薬袋等) で提供

* 診療情報提供料 (I) の費用を含む

3. 在宅医療

往診料	昼間	緊急	夜間 休日	深夜	※診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに、100点を加算
① 在宅療養支援診療所 (在支診) 又は在宅療養支援病院 (在支病) で別に厚生労働大臣が定めるもの (機能強化型)	有床	720点	1,570点	2,420点	3,420点
	無床	720点	1,470点	2,220点	3,220点
② 在支診又は在支病 (①を除く)		720点	1,370点	2,020点	3,020点
③ ①、②以外の場合		720点	1,045点	1,370点	2,020点

在宅患者訪問診療料 (I) ※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該施設へ入居している患者に訪問診療を行った場合を除く

1 在宅患者訪問診療料 1 (1日につき)					・「1」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週3日を限度 (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を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度 (1月1回に限る))
イ 同一建物居住者以外の場合	833点				・「2」は在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼に応じた場合 (末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から6月を限度)
ロ 同一建物居住者の場合	203点				
2 在宅患者訪問診療料 2 ㊦ (月1回)					
イ 同一建物居住者以外の場合	830点				
ロ 同一建物居住者の場合	178点				
※乳幼児加算	400点				3歳未満の乳幼児、3歳～5歳の幼児に対して訪問診療を行った場合
※在宅ターミナルケア加算 (1の場合に限る) 「有料老人ホーム等に入居する患者以外㊦」及び「有料老人ホーム等に入居する患者㊦」					
① 在支診又は在支病 (機能強化型)	有床 6,500点 無床 5,500点				在宅で死亡の患者 (往診又は訪問診療後24時間以内の在宅以外での死亡も含む) に死亡日から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 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算: ①に1,000点を加算 ※在宅療養実績加算1又は2: ②に750点又は500点を加算
② 在支診又は在支病 (①を除く)	4,500点				※酸素療法加算㊦: 2,000点を加算 (がん患者は酸素療法を行っていた場合)
③ ①、②以外の場合	3,500点				往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を取った場合
※看取り加算 (1を算定する場合に限る)	3,000点				

在宅患者訪問診療料 (II) ㊦ ※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該施設へ入居している患者に訪問診療を行った場合

イ 在総管、施設総管の算定要件を満たす医療機関 (1日につき)	144点				・「イ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週3日を限度 (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を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度 (1月1回に限る))
ロ イ又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼 (月1回)					・「ロ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から6月を限度
※在宅ターミナルケア加算 (イの場合に限る)					
① 在支診又は在支病 (機能強化型)	有床 6,200点 無床 5,200点				在宅患者訪問診療料 (I) の在宅ターミナルケア加算と同様
② 在支診又は在支病 (①を除く)	4,200点				
③ ①、②以外の場合	3,200点				
※乳幼児加算、看取り加算 (イの場合に限る) は、(I)と同様					

在宅時医学総合管理料 (月1回算定)	(1)別に定める状態の患者かつ 月2回以上の訪問診療	(2)月2回以上の訪問診療			(3)月1回の訪問診療					
		単一建物 1人	単一建物 2～9人	左記以外	単一建物 1人	単一建物 2～9人	左記以外			
① 在支診又は在支病 (機能強化型)	有床	5,400点	4,500点	2,880点	4,500点	2,400点	1,200点	2,760点	1,500点	780点
	無床	5,000点	4,140点	2,640点	4,100点	2,200点	1,100点	2,520点	1,380点	720点
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		400点	200点	100点	400点	200点	100点	400点	200点	100点
② 在支診又は在支病 (①を除く)		4,600点	3,780点	2,400点	3,700点	2,000点	1,000点	2,300点	1,280点	680点
在宅療養実績加算1		300点	150点	75点	300点	150点	75点	300点	150点	75点
在宅療養実績加算2		200点	100点	50点	200点	100点	50点	200点	100点	50点
③ ①、②以外の場合		3,450点	2,835点	1,800点	2,750点	1,475点	750点	1,760点	995点	560点

オンライン在宅管理料㊦ (連続する3月は不可) 100点 施設基準を満たす医療機関において継続的に対面診療を実施している患者に対して情報通信機器を用いて医学管理を行った際に、一定の条件を満たす場合に限り、(3)の月1回の訪問診療による在宅時医学総合管理料に加えて算定

施設入居時等医学総合管理料 (月1回算定)	(1)別に定める状態の患者かつ 月2回以上の訪問診療			(2)月2回以上の訪問診療			(3)月1回の訪問診療		
	単一建物 1人	単一建物 2～9人	左記以外	単一建物 1人	単一建物 2～9人	左記以外	単一建物 1人	単一建物 2～9人	左記以外
① 在宅診療又は在宅病(機能強化型) 有床 無床	3,900点 3,600点	3,240点 2,970点	2,880点 2,640点	3,200点 2,900点	1,700点 1,550点	1,200点 1,100点	1,980点 1,800点	1,080点 990点	780点 720点
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	300点	150点	75点	300点	150点	75点	300点	150点	75点
② 在宅診療又は在宅病(①を除く)	3,300点	2,700点	2,400点	2,600点	1,400点	1,000点	1,640点	920点	680点
在宅療養実績加算1	225点	110点	56点	225点	110点	56点	225点	110点	56点
在宅療養実績加算2	150点	75点	40点	150点	75点	40点	150点	75点	40点
③ ①、②以外の場合	2,450点	2,025点	1,800点	1,950点	1,025点	750点	1,280点	725点	560点

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の共通事項	
※在宅移行早期加算(月1回)	100点 当該管理料算定月から3月以内に加算(在宅移行後1年を経過した患者は不可)
※頻回訪問加算(患者1人につき1回)	600点 1月4回以上の往診又は訪問診療を実施
※継続診療加算(③の算定患者のみ)	216点 当該診療所又は他の医療機関との連携により常時往診体制等を確保した診療所に加算
※包括的支援加算(④)	150点 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して加算(②及び③の算定患者のみ)
※処方箋を交付しない場合は300点を加算	○在宅医療専門の医療機関で基準を満たさない場合は③の80/100に相当する点数を算定

在宅がん医療総合診療料(1日につき)		院外処方箋	院内投薬
① 在宅診療又は在宅病(機能強化型) 有床 無床 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		1,800点	2,000点
		1,650点	1,850点
② 在宅診療又は在宅病(①を除く) ※在宅療養実績加算1 ※在宅療養実績加算2		150点	150点
		1,495点	1,685点
		110点	110点
		75点	75点
①訪問診療又は訪問看護を合わせて週4回以上、②週1回以上の訪問診療、③週1回以上の訪問看護、④院内又は他の医療機関等との連携で、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、往診担当医等の情報を文書で提供している			
※死亡診断加算	200点	死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合	

在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料	在宅患者	同一建物居住者		1及び2は、末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者について、週3日を限度(一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた場合、診療の日から14日以内で週7日を限度(1月1回、別に厚生労働大臣が定めるものについては1月2回))。末期の悪性腫瘍等の患者又は14日以内で週7日を限度に算定する患者に対し、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、450点又は800点を加算(難病等複数回訪問加算)。3は、届出医療機関が悪性腫瘍の鎮痛療法・化学療法を行う患者、真皮を超える褥瘡の状態にある患者又は人工肛門・人工膀胱を造設し管理が困難な患者に対し、専門の研修を受けた看護師が、他医療機関等の看護師等と共同で訪問看護・指導を行った場合
		同一日2人	3人以上	
1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	580点 680点	580点 680点	293点 343点	
	2 准看護師 イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	530点 630点	530点 630点	
3 専門の研修を受けた看護師(月1回)		1,285点	1,285点	

※1及び2に係る加算			
○緊急訪問看護加算(1日につき):265点 ○長時間訪問看護・指導加算(週1日、別に厚生労働大臣が定める者は週3日):520点			
○乳幼児加算(1日につき):150点 ○連携指導加算(月1回):300点 ○緊急時等カンファレンス加算(月2回):200点			
○在宅移行管理加算(患者1人1回):250点(重症者加算:500点) ○特別地域訪問看護加算(④):所定点数の50/100			
○複数名訪問看護・指導加算(1日につき)	イ ロ ハ ニ(1日1回) ㊦ ニ(1日2回) ㊧ ニ(1日3回以上) ㊨	450点 380点 300点 300点 600点 1,000点	患者等の同意を得て、「イ」は他の保健師、助産師又は看護師、「ロ」は他の准看護師、「ハ」は看護補助者(別に厚生労働大臣が定める場合を除く)、「ニ」は看護補助者(別に厚生労働大臣が定める場合に限る)と同時に訪問看護・指導を行った場合(イ又はロの場合は週1日、ハの場合は週3日)
○ターミナルケア加算	イ ㊦ 2,500点 ロ ㊧ 1,000点	「イ」は在宅又は特別養護老人ホーム等(看取り介護加算等を算定しているものを除く)、「ロ」は特別養護老人ホーム等(看取り介護加算等を算定しているもの)で死亡した患者	
○夜間・早期訪問看護加算	210点	夜間(午後6時～午後10時)又は早朝(午前6時～午前8時)に行った訪問看護・指導	
○深夜訪問看護加算	420点	深夜(午後10時～午前6時)に行った訪問看護・指導	
○看護・介護職員連携強化加算(月1回)	250点	医療機関の看護師又は准看護師が、医師の指示の下、喀痰吸引等に関して介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合	

救急搬送診療料(救急用自動車等と同乗)	1,300点
※新生児加算	1,500点
※乳幼児加算(6歳未満)	700点
※長時間加算(30分を超える診療)	700点
在宅患者訪問点滴注射管理指導料(1週につき)	100点
※週3日以上点滴注射が必要な患者	
介護職員等喀痰吸引等指示料(3月に1回)	240点
※指定居宅サービス事業者及び特別支援学校等に指示書を交付	
訪問看護指示料(月1回)有効期間6月以内	300点
※特別訪問看護指示加算(別に定める患者は月2回)	100点
※衛生材料等提供加算	80点
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
※患者1人につき週6単位を限度(一時的に頻回の訪問リハが必要な患者は6月に1回14日を限度に1日4単位まで算定可)	
在宅自己注射指導管理料(月1回)	
1 複雑な場合	1,230点
2 1以外の場合	イ 月27回以下の場合 ロ 月28回以上の場合
650点 750点	
※導入初期加算(初回指導から3月以内及び処方変更時に1回)	580点
在宅酸素療法指導管理料(月1回)	
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点
2 その他の場合	2,400点
※遠隔モニタリング加算(届出医療機関において、2を算定する患者に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて指導を行った場合。当該指導月に限り2月限度)	150点に当該期間の月数を乗じて得た点数

在宅寝たきり患者処置指導管理料(月1回)	1,050点
在宅半固形栄養経管栄養指導管理料(月1回) ㊦	2,500点
※別に厚生労働大臣が定める者に対し、当該経管栄養に関する指導管理を行った場合。初回算定日から1年限度	
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料(月1回)	1 2,250点 2 250点
※遠隔モニタリング加算(届出医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて指導を行った場合。当該指導月に限り2月限度)	150点に当該期間の月数を乗じて得た点数

在宅療養指導管理材料加算	回数	内容	点数
注入器用注射針加算(月1回)	1		200点
	2		130点
酸素ボンベ加算(3月に3回)	1	携帯用	880点
	2	1以外	3,950点
酸素濃縮装置加算(3月に3回)			4,000点
呼吸同調式デマンドバルブ加算(3月に3回)			300点
在宅酸素療法材料加算(3月に3回)	1	チアノーゼ型先天性心疾患の場合	780点
	2	その他の場合	100点
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算(3月に3回)			100点
血糖自己測定器加算(3月3回)	1	月20回以上	350点
	2	月30回以上 ㊦	465点
	3	月40回以上	580点
	4	月60回以上	830点
	5	月90回以上 ㊦	1,170点
	6	月120回以上	1,490点
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1	ASVを使用	3,750点
	2	CPAPを使用	1,000点

4. 検査

(1) 検体検査実施料 (通則)

時間外緊急院内検査加算 (1日につき)	200点	外来患者について、緊急のために、診療時間外、休日又は深夜に当該医療機関内で検体検査を行った場合 (ただし、この場合、同一日に外来迅速検体検査加算は別に算定できない)
外来迅速検体検査加算 (1項目につき)	10点	外来患者に対し実施した検体検査であって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た場合、各項目の所定点数に加算 (5項目を限度)

(2) 検体検査判断料

尿・糞便等検査判断料	34点	生化学的検査 (Ⅱ) 判断料	144点
血液学的検査判断料	125点	免疫学的検査判断料	144点
生化学的検査 (Ⅰ) 判断料	144点	微生物学的検査判断料	150点

(3) 採取料

血液採取 (1日につき)	静脈	30点
	その他	6点
	乳幼児加算 (6歳未満)	25点
	鼻腔・咽頭拭い液採取	5点

(4) 尿・糞便等検査

尿中一般物質定性半定量検査 (院内検査)	26点
尿蛋白	7点
VMA 定性 (尿), Bence Jones 蛋白定性 (尿), 尿グルコース	9点
ウロビリノゲン (尿), 尿浸透圧	16点
N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG) (尿)	41点
アルブミン定性 (尿)	49点
黄体形成ホルモン (LH) 定性 (尿), フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) (尿)	72点
アルブミン定量 (尿)	105点
トランスフェリン (尿)	107点
ウロポルフィリン (尿)	108点
シュウ酸 (尿) ㊦	200点
好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) ㊦	210点
尿沈渣 (鏡検法) (院内検査)	27点
※染色標本による検査の加算	9点
尿沈渣 (フローサイトメトリー法) (院内検査)	24点
虫卵検出 (集卵法) (糞便), ウロビリル (糞便)	15点
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
糞便検出 (糞便)	23点
糞便中ヘモグロビン定性	37点
糞便中ヘモグロビン	41点
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
カルプロテクチン (糞便) ㊦	276点
胃液又は十二指腸液一般検査	55点
髄液一般検査	62点
精液一般検査	70点
頸管粘液一般検査	75点
顆粒球エラスターゼ定性 (子宮頸管粘液), IgE 定性 (涙液)	100点
顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	125点

(6) 生化学的検査 (Ⅰ)

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, ナトリウム及びクオール, カリウム, カルシウム, マグネシウム, クレアチン, グルコース, 乳酸デヒドロゲナーゼ (LD), アミラーゼ, ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP), クレアチンキナーゼ (CK), アルドラーゼ, 遊離コレステロール, 鉄 (Fe), 血中ケトン体・糖・クオール検査 (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 (UIBC) (比色法), 総鉄結合能 (TIBC) (比色法)	11点
リン脂質	15点
HDL-コレステロール, 無機リン及びリン酸, 総コレステロール, アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST), アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	17点
LDL-コレステロール, 蛋白分画	18点
銅 (Cu)	23点
リパーゼ	24点
イオン化カルシウム	26点
マンガン (Mn)	27点
注: 1回に採取した血液を用いて5項目以上行った場合 イ 5項目以上7項目以下 ロ 8項目又は9項目 ハ 10項目以上 (入院初回に限り20点を加算)	93点 99点 112点
アポリポ蛋白	1項目 31点 2項目 62点 3項目以上 94点
遊離脂肪酸 ㊦	59点
総カルニチン ㊦, 遊離カルニチン ㊦	95点
インフリキシマブ定性 ㊦	310点

(7) 免疫学的検査

ノロウイルス抗原定性	150点
Dengueウイルス抗原定性, 同抗原・抗体同時測定定性 ㊦	233点
抗MDA5抗体 ㊦, 抗TIF1-γ抗体 ㊦, 抗Mi-2抗体 ㊦	270点
抗HLA抗体 (スクリーニング検査) ㊦	1,000点
抗HLA抗体 (抗体特異性同定検査) ㊦	5,000点
免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) ㊦	170点
免疫電気泳動法 (特異抗血清) ㊦	230点

(5) 血液学的検査

網赤血球数	12点
血液浸透圧, 好酸球 (鼻汁・喀痰), 末梢血液像 (自動機械法)	15点
好酸球数	17点
末梢血液一般検査	21点
末梢血液像 (鏡検法)	25点
※特殊染色加算 (特殊染色ごと)	27点
ヘモグロビン A1c (HbA1c)	49点
デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
骨髄像	837点
※特殊染色加算 (特殊染色ごと)	40点
出血時間	15点
プロトロンビン時間 (PT), トロンボテスト	18点
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
トロンビン時間	25点
活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)	29点
血小板凝集能	50点
血小板粘着能	64点
アンチトロンビン活性, アンチトロンビン抗原	70点
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	80点
フィブリンモノマー複合体定性	93点
Dダイマー定性	128点
プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	131点
Dダイマー半定量	131点
Dダイマー	137点
PIVKA-II	143点
ADAMTS13活性 ㊦	400点
ADAMTS13インヒビター ㊦	600点

(8) 微生物学的検査

排泄物, 滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	蛍光顕微鏡, 位相差顕微鏡, 暗視野装置等 ※集菌塗抹法加算	50点 32点
	その他のもの	61点
	口腔, 気道又は呼吸器からの検体	160点
細菌培養同定検査 (※嫌気性培養加算115点, 質量分析装置加算40点 ㊦)	消化管からの検体 血液又は穿刺液	180点 210点
	泌尿器又は生殖器からの検体	170点
	その他の部位からの検体	160点
	簡易培養	60点
細菌薬剤感受性検査	1菌種	170点
	2菌種	220点
	3菌種以上	280点
EBウイルス核酸定量 ㊦		310点
百日咳菌核酸検出 ㊦		360点
HTLV-1核酸検出		450点
細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 ㊦		1,700点

(9) 眼科学的検査

光干渉断層血管撮影 ㊦	400点	
コントラスト感度検査 ㊦	207点	
前眼部三次元画像解析 ㊦	265点	
前房水漏出検査 ㊦	149点	
涙道内視鏡検査 ㊦	640点	
コンタクトレンズ検査料	1	200点
※当該点数を算定せず眼科学的検査を算定するものに、ステイプルス・ジョンソン症候群若しくは中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズ装用患者を追加。	2	180点
	3	56点
	4	50点

(10) 内視鏡検査

気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査 ㊦	320点
膀胱尿道ファイバースコープ (※狭帯域光強調加算200点)	950点

5. 画像診断

(1) 通 則

時間外緊急院内画像診断加算（1日につき）	110点	外来患者について、緊急のために診療時間以外の時間、休日又は深夜に当該医療機関内で撮影及び画像診断を行った場合
----------------------	------	--

(2) エックス線診断料

透視診断		110点					
単純撮影	イ 頭部・胸部・腹部・脊椎 ロ その他	写真診断	撮 影		間接撮影	電子画像管理加算	新生児・乳幼児・幼児加算
			アナログ	デジタル			
特殊撮影（一連につき）		85点	60点	68点	所定点数の 50/100により 算定 [診断料・撮影料]	57点	新生児 80/100
造影剤使用撮影（※脳脊髄腔造影剤使用撮影の場合、撮影料に148点を加算）		43点	260点	270点		58点	乳幼児（3歳未満） 50/100
造影剤使用撮影（※脳脊髄腔造影剤使用撮影の場合、撮影料に148点を加算）		72点	144点	154点		66点	幼児（3歳以上6歳未満） 30/100
乳房撮影（一連につき）		306点	192点	202点		54点	[撮影料の加算]

(3) 造影剤注入手技

動脈造影カテーテル法		3,600点	静脈造影カテーテル法	3,600点	腔内注入及び穿刺注入	イ 注腸 ロ その他	300点 120点	嚥下造影	240点
イ 主要血管の枝血管を選択的に造影撮影した場合	3,600点								
ロ イ以外の場合	1,180点								
（血流予備能測定検査加算 （頸動脈閉塞試験加算（イのみ））		400点 1,000点							

(4) 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（CT撮影）（一連につき）		②磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）	
	同一月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の80/100に相当する点数 新生児加算 80/100、乳幼児（3歳未満）加算 50/100、幼児（3歳以上6歳未満）加算 30/100			
撮影	イ 64列以上の マルチスライス型	(1)共同利用施設：1,020点 (2)その他の場合：1,000点	1 3テスラ以上 イ 共同利用施設で行われる場合	: 1,620点
	ロ 16列以上64列未満 ハ 4列以上16列未満 ニ イ、ロ又はハ以外の場合	: 900点 : 750点 : 560点	ロ その他の場合 2 1.5テスラ以上3テスラ未満 3 1又は2以外の場合	: 1,600点 : 1,330点 : 900点
加算	造影剤使用加算	500点	造影剤使用加算	250点（脳血管造影は除く）
	冠動脈CT撮影加算	600点	心臓MRI撮影加算	400点
	外傷全身CT加算	800点	乳房MRI撮影加算	100点
	大腸CT撮影加算	(イの場合) 620点 (ロの場合) 500点	小児鎮静下MRI撮影加算 頭部MRI撮影加算	所定点数に80/100を加算 100点
コンピューター断層診断	(月1回) 450点			
電子画像管理加算	(一連の撮影につき1回) 120点 ※フィルムの費用は算定できない			

6. 投 薬

- ・ 外来患者に治療目的でなくがいのみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。
- ・ 外来患者に、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には、調剤料、処方料、超過分に係る薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、算定できる。

調 剤 料	外来(1処方につき)	9点	6点	-	1点	-	-	-	-
	入院(1日につき)	7点		-	1点	-	-	-	-
処 方 料 (1処方につき)	内服薬6種類以内	42点	-	3点	1点	(診療所・200床未満病院)	1 5点(85%) 2 4点(75%) 3 2点(70%)	-	12点 (月1回1処方につき)
	内服薬7種類以上※1	29点	-	3点	1点	(月2回)	1 18点	-	-
	向精神薬の多剤投与※2	18点	-	3点	-	(月1回)	2 66点	-	-
処方箋料 (1交付につき)	内服薬6種類以内	68点	-	-	-	-	-	1 6点(※3) 2 4点	-
	内服薬7種類以上※1	40点	-	-	-	-	-	-	-
	向精神薬の多剤投与※2	28点	-	-	-	-	-	-	-
調剤技術基本料 (月1回)	入院中の患者	42点	-	-	-	-	-	-	-
	※院内製剤加算 その他の患者	10点 8点	-	-	-	-	-	-	-
薬 剤 料	・ 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地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定するものを除く）90/100（1処方うちの全ての内服薬の薬剤料） ・ 向精神薬の多剤投与※2 80/100								

- ※1 内服薬7種類以上（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く）の投薬又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く）を行った場合。
- ※2 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合。
- ※3 処方内容について、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合

7. 注 射

(1) 外来化学療法加算（1日につき）

1 外来化学療法加算1	15歳未満	15歳以上	・ 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師、常勤看護師、常勤薬剤師が勤務 ・ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催
イ 外来化学療法加算A	820点	600点	
ロ 外来化学療法加算B	670点	450点	
2 外来化学療法加算2	15歳未満	15歳以上	・ 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師、当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務
イ 外来化学療法加算A	740点	470点	
ロ 外来化学療法加算B	640点	370点	

- ※静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射について、悪性腫瘍等の外来患者に必要な・危険性等を文書で説明した上で化学療法を行った場合（要届出）
- ※同一月に在宅自己注射指導管理料は算定できない。
- ※外来化学療法A：薬効分類上の腫瘍薬を皮下、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定
- ※外来化学療法B：関節リウマチ等の患者に対してインフリキシマブ製剤、トシリズマブ製剤、アバセプト製剤を投与した場合

(2) 注射実施料 (㊦: 外来化学療法加算の対象となる注射実施料)

皮下、皮下及び筋肉内注射 (1回につき)	20点	植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき) ㊦	125点
静脈内注射 (1回につき) ㊦	32点	※乳幼児加算 (6歳未満)	50点
※乳幼児加算 (6歳未満)	45点	髄管内注射	27点
動脈注射 (1日につき) ㊦1 内臓の場合	155点	骨髄内注射 1 胸骨	80点
2 その他の場合	45点	2 その他	90点
抗悪性腫瘍剤局所持続注入 (1日につき) ㊦	165点	関節腔内注射	80点
中心静脈注射 (1日につき) ㊦	140点	気管内注入	100点
※血漿成分製剤加算 (1回目の注射) (要文書説明)	50点	点滴注射 (回路代を含む) (1日につき) ㊦	
※乳幼児加算 (6歳未満)	50点	1 6歳未満の乳幼児 (1日分の注射量が100mL以上)	98点
中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点	2 6歳以上の者 (1日分の注射量が500mL以上)	97点
※乳幼児加算 (6歳未満)	500点	3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る)	49点
※静脈切開法 (厚生労働大臣が定める患者)	2,000点	※乳幼児加算 (6歳未満)	45点
末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700点	※血漿成分製剤加算 (1回目の注射) (要文書説明)	50点
※乳幼児加算 (6歳未満)	500点	結膜下注射	27点
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	硝子体内注射	580点
※乳幼児加算 (6歳未満)	500点	腋窩多汗症注射 (片側につき)	200点

8. リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーション料

	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
(Ⅰ) (1単位)	205点	245点 (147点)	180点 (108点)	185点 (111点)	175点
(Ⅱ) (1単位)	125点	200点 (120点)	146点 (88点)	170点 (102点)	85点
(Ⅲ) (1単位)	-	100点 (60点)	77点 (46点)	85点 (51点)	-
標準的算定日数	150日	180日	120日	150日	90日
・患者1人につき1日6単位 (厚生労働大臣が定める患者は9単位) に限り算定できる (個別療法20分を1単位)。 ・脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は、所定点数の90/100により算定。 ・標準的算定日数を超えた場合、1月13単位に限り算定できる (ただし、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション及び運動器リハビリテーションについては、平成31年3月までの間に限り、算定できる)。 ・() 内の点数は、要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断できない場合。この場合において、届出医療機関以外の場合は、所定点数の80/100により算定。					
初期加算 (起算日から14日)	45点 (1単位)	急性疾患等の入院患者に対して算定。ただし、一定の要件に該当する患者については、退院後の外来でも算定可			
早期リハビリテーション加算 (起算日から30日)	30点 (1単位) (初期加算との併算定可)				

(2) その他の主なリハビリテーション料

リハビリテーション総合計画評価料	1 300点 2 240点	1は介護リハビリテーションの利用を予定しない患者等、2は介護リハビリテーションの利用を予定している患者が対象 (1月1回)
リハビリテーション計画提供料 ㊦ (1月に1回)	1 275点 2 100点	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書の提供等をした場合 (※電子化連携加算5点) 入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中患者で、発症等から14日以内に退院する者について、医療機関にリハビリテーション実施計画書の提供等をした場合
目標設定等支援・管理料	初回 250点 2回目以降 100点	脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に対し、必要な指導等を行った場合 (3月に1回限り算定)
摂食機能療法 (月4回限度)	30分以上 185点 30分未満 ㊦ 130点	「30分未満」は脳卒中発症から14日以内に限り算定。※経口摂取回復促進加算「1」185点、「2」20点 (鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対し、治療開始日から6月以内に限り算定)

9. 処置

[通則等]	時間外加算1 (外来のみ)	80/100	届出医療機関で1,000点以上の処置に限る
	休日加算1・深夜加算1 (入院・外来とも)	160/100	
	時間外加算2 (外来のみ)	40/100	
	休日加算2・深夜加算2 (外来のみ)	80/100	
	腰部、胸部又は頸部固定帯加算 (初回のみ)	170点	150点以上の処置に限る

区分	創傷処置	熱傷処置 ^{※1}	重度褥瘡処置	皮膚科軟膏処置
100cm ² 未満	52点 ^{※2}	135点 ^{※2}	90点 ^{※2}	-
100cm ² ~500cm ² 未満	60点	147点	98点	55点
500cm ² ~3,000cm ² 未満	90点	270点	150点	85点
3,000cm ² ~6,000cm ² 未満	160点	504点 ^{※3}	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点 ^{※3}	1,500点 ^{※3}	500点	270点

※1: 電撃傷、薬傷及び凍傷を含む ※2: 入院中の患者以外の患者及び手術後の入院患者 (手術日から14日を限度) のみ算定可
 ※3: 乳幼児加算 (6歳未満) 55点

[ギプス]	(2) 治療器具の採型ギプス	
(1) 四肢ギプス包帯	① 義肢器具採型法 (1肢につき)	200点
① 鼻ギプス	② 義肢器具採型法 (四肢切断) (1肢につき)	700点
② 手指及び手、足 (片側)	③ 体幹硬性器具採型法	700点
③ 半肢 (片側)	④ 義肢器具採型法 (股関節、肩関節離断) (1肢につき)	1,050点
④ 内反足矯正ギプス包帯 (片側)	(3) 義肢器具採寸法 (1肢につき)	200点
⑤ 上肢、下肢 (片側)	(4) 治療器具採型法 (1肢につき)	700点
⑥ 体幹から四肢にわたるギプス包帯 (片側)		

※乳幼児加算 (6歳未満) 55/100 ※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、所定点数の20/100を算定

絆創膏固定術	500点	
鎖骨又は肋骨骨折固定術	500点	
人工呼吸	1 30分までの場合 2 30分を超えて5時間までの場合 ※30分又はその端数ごとに50点を加算 3 5時間を超えた場合(1日につき)	242点 242点 819点
爪甲除去(麻酔を要しないもの)		60点
ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)		50点
1 持続的吸引を行うもの		25点
2 その他のもの		110点
※乳幼児加算(3歳未満)		
局所陰圧閉鎖処置(入院外)(1日につき)(初回貼付加算)		○240点
1 100cm ² 未満(1,690点)		○270点
2 100cm ² 以上200cm ² 未満(2,650点)		○330点
3 200cm ² 以上(3,300点)		
喀痰吸引(1日につき)		48点
※乳幼児加算(6歳未満)		83点
高位洗腸、高圧洗腸、洗腸		65点
※乳幼児加算(3歳未満)		55点
摘便		100点
ハイフローセラピー(1日につき)	1 15歳未満 2 15歳以上	282点 192点
人工腎臓(1日につき)		
慢性維持透析を行った場合	1 2 3	
4時間未満	1,980点	1,940点
4時間以上5時間未満	2,140点	2,100点
5時間以上	2,275点	2,230点
その他の場合	1,580点	2,185点
※時間外・休日加算:380点	※障害者加算:140点	
※導入期加算1:300点	※導入期加算2:400点	
※透析液水質確保加算:10点	※長時間加算:150点	
※下肢末梢動脈疾患指導管理加算(月1回):100点		
※慢性維持透析濾過加算:50点		
皮膚科光線療法(1日につき)		○45点
1 赤外線又は紫外線療法		150点
2 長波紫外線又は中波紫外線療法(290nm以上315nm以下)		340点
3 中波紫外線療法(308nm以上313nm以下に限定)		
いぼ焼灼法	1 3箇所以下 2 4箇所以上	210点 260点
いぼ等冷凍凝固法	1 3箇所以下 2 4箇所以上	210点 270点
※脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法については、いぼ等冷凍凝固法により算定する		
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
面皰圧出法		49点

鶏眼・胼胝処置(月2回に限り)		170点
膀胱洗浄(1日につき)		60点
腎盂洗浄(片側)		60点
留置カテーテル設置		40点
導尿(尿道拡張を要するもの)		40点
干渉低周波による膀胱等刺激法		○50点
腔洗浄(熱性洗浄を含む)		○47点
子宮腔部薬物焼灼法		100点
薬物放出子宮内システム処置	挿入術 除去術	240点 150点
眼処置(蒸気薬法、熱気薬法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む)※点眼、洗眼は基本診療料に含まれる		○25点
睫毛抜去(両側及び上・下眼瞼)	1 少数の場合 2 多数の場合	○25点 45点
耳処置(両側)		○25点
※点耳、簡単な耳垢除去は基本診療料に含まれる		
鼓室処置(片側)※鼓室洗浄・鼓室内薬液注入を含む		55点
耳管処置	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	○30点 ○20点
鼻処置(両側)※鼻洗浄は基本診療料に含まれる		○12点
副鼻腔自然口開大処置		25点
※処置に用いた薬剤の費用を含む		
口腔、咽頭処置		○12点
扁桃処置		40点
間接喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む)		○27点
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		55点
2 1以外の場合		25点
耳垢栓塞除去(複雑なもの)	1 片側 2 両側	100点 180点
※乳幼児加算(6歳未満)		55点
ネブライザー		○12点
超音波ネブライザー(1日につき)		24点
介差牽引(1日につき)		35点
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(診療所のみ)		○35点
(半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上)		
腰部又は胸部固定帯固定(1日につき)		35点
低出力レーザー照射(1日につき)		35点
関節穿刺(片側)		100点
※乳幼児加算(3歳未満)		110点
排痰誘発法(1日につき)		44点
鼻腔栄養(1日につき)		60点
※間歇的経管栄養法加算(1日につき)		60点

○は入院中の患者以外の患者のみ算定可

10. 手術

- (1) 【通則】・MRSA感染症患者、B型若しくはC型肝炎感染症患者又は結核患者に対し、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は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
・外皮用殺菌剤の費用は手術点数に含まれる

体重1.500g未満加算(一部手術のみ)	400/100
新生児加算(一部手術のみ)	300/100
乳幼児加算(3歳未満)	100/100
幼児加算(3歳以上6歳未満)	50/100

時間外加算1(外来のみ)	80/100
休日加算1・深夜加算1(入院・外来とも)	160/100
時間外加算2(外来のみ)	40/100
休日加算2・深夜加算2(入院・外来とも)	80/100

※時間外加算1、休日加算1及び深夜加算1は届出病院で算定

(2) 創傷処理	創傷処理	小児創傷処理
小児創傷処理(6歳未満)		
筋肉、臓器に達するもの		
1 長径2.5cm未満	1,250点	1,250点
2 長径2.5cm以上5cm未満	1,250点	1,400点
3 長径5cm以上10cm未満	1,680点	2,220点
4 長径10cm以上		3,430点
頭頸部(長径20cm以上に限る)	8,600点	
その他	2,400点	
筋肉、臓器に達しないもの		
1 長径2.5cm未満	470点	450点
2 長径2.5cm以上5cm未満	470点	500点
3 長径5cm以上10cm未満	850点	950点
4 長径10cm以上	1,320点	1,740点
※真皮縫合加算(露出部の創傷に限る):460点		
※デブリードマン加算(当初1回限り):100点		
(汚染された挫創に行った場合)		
(3) 皮膚切開術		
1 長径10cm未満		470点
2 長径10cm以上20cm未満		820点
3 長径20cm以上		1,470点

(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
(5) 一時的創外固定骨折治療術		34,000点
(6) 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
(7) 手掌、足底異物摘出術		3,190点
(8) 水晶体再建術		
1 眼内レンズを挿入する場合		
イ 縫着レンズを挿入するもの		17,840点
ロ その他のもの		12,100点
2 眼内レンズを挿入しない場合		7,430点
3 計画的後囊切開を伴う場合		21,780点
※水晶体囊拡張リングを使用した場合の加算		1,600点
(9) 後発白内障手術		1,380点
(10) 帝王切開術		
1 緊急帝王切開		22,200点
2 選択帝王切開		20,140点
※複雑な場合の加算		2,000点