

2019年版

# 点数早見表

2019(令和元)年10月1日現在

## I 基本診療料

1. 初診料・再診料・外来診療料・オンライン診療料	2
2. 入院料等	4

## II 特掲診療料

1. 医学管理等	6
2. 在宅医療	10
3. 投薬	11
4. 注射	12
5. 処置	13
6. 手術・輸血	16
7. 麻酔	18
8. 検査	20
9. 病理診断	33
10. 画像診断	34
11. リハビリテーション	37
12. 精神科専門療法	38

# I-1 初診料・再診料・外来診療料・オンライン診療料

## ⑪ 初診料（病院・診療所）

区 分	点 数					
	時間内 (乳幼児+75)	時間外 (一般 +85) (乳幼児+200)	休 日 (日曜・祝日) (12/29～1/3) (一般 +250) (乳幼児+365)	深 夜 (22時～) (翌日6時) (一般 +480) (乳幼児+695)	時間外特例 (休日・深夜) (を除く) (一般 +230) (乳幼児+345)	同一日 複数科 初診
・一般・後期高齢者	288	373	538	768	518	144
・乳幼児(6歳未満)	363	488	653	983	633	

※同一日複数科初診：同一保険医療機関で同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り算定できる。ただし、時間外等加算、乳幼児加算及び他の加算は算定できない。

区 分	明細書略称	
同一日複数科初診	複初	診療科名 144×○
加 算	略 称	点 数
夜間・早朝等加算(基)	夜早	+50
機能強化加算(届)	—	+80

※(届)：届出を要する保険医療機関

※(基)：基準を満たす保険医療機関

## ⑫ 再診料（一般病床200床未満の病院・診療所）

区 分	点 数						
	時間内 (乳幼児+38)	時間外 等	外来管理 加算	時間外	休 日 (日曜・祝日) (12/29～1/3)	深 夜 (22時～) (翌日6時)	時間外特例 (休日・深夜) (を除く)
・一般・後期高齢者	73		+52	+65	+190	+420	+180
・乳幼児(6歳未満)	111	73		+135	+260	+590	+250
							37

※同一日複数科再診：同一保険医療機関で同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を再診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り算定できる。ただし、時間外等加算、乳幼児加算及び他の加算は算定できない。

区 分	明細書略称	
同一日複数科再診	複再	診療科名 37×○

※(届)：届出を要する保険医療機関

※(基)：基準を満たす保険医療機関

加 算	略 称	点 数	加 算	略 称	点 数	加 算	略 語
夜間・早朝等加算(基)	夜早	+50	地域包括診療加算1(届)	再包1	+25	薬剤適正使用連携加算 +30 (退院(所)月から2月目 までに1回限り)	薬適連
時間外対応加算1(届)	時外1	+5	地域包括診療加算2(届)	再包2	+18		
時間外対応加算2(届)	時外2	+3	認知症地域包括診療加算1(基)	再認包1	+35		
時間外対応加算3(届)	時外3	+1	認知症地域包括診療加算2(基)	再認包2	+28		
明細書発行体制等加算(基)	明	+1					

※外来管理加算が算定できない項目

⑫ 電話再診 ⑬ 慢性疼痛疾患管理 ④⑩ 処置 ⑤⑩ 手術・輸血 ⑤⑩ 麻酔

⑥⑩ 生体検査(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、内視鏡検査) ⑧⑩ 放射線治療、リハビリテーション、精神科専門療法

## ⑫ 外来診療料（一般病床200床以上の病院）

区 分	点 数					
	時間内 (乳幼児+38)	時間外等	時間外	休 日 (日曜・祝日) (12/29～1/3)	深 夜 (22時～) (翌日6時)	時間外特例 (休日・深夜) (を除く)
・一般・後期高齢者	74		+65	+190	+420	+180
・乳幼児(6歳未満)	112	74	+135	+260	+590	+250
						37

※同一日複数科再診：同一保険医療機関で同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を再診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り算定できる。ただし、時間外等加算、乳幼児加算及び他の加算は算定できない。

区 分	明細書略称	
同一日複数科再診	複外診	診療科名 37×○

※電話等による再診料・外来管理加算は算定できない。

※外来診療料に含まれる項目

- ④⑩ 創傷処置1（100cm<sup>2</sup>未満）、創傷処置2（100cm<sup>2</sup>以上500cm<sup>2</sup>未満）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置1（100cm<sup>2</sup>以上500cm<sup>2</sup>未満）、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、腔洗浄、眼処置、義眼処置、睫毛拔去、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、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置
- ⑥⑩ [D000] 尿中一般物質定性半定量検査、[D001・1～18] 尿中特殊物質定性定量検査、[D002] 尿沈渣（鏡検法）、[D002-2] 尿沈渣（フローサイトメトリー法）、[D003・1～9] 糞便検査、[D005・1～15] 血液形態・機能検査（「F9」HbA1c、「12」デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、「13」ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、「14」骨髓像、「15」造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）除く）

※包括されている検査項目にかかる判断料は外来診療料に含まれず、別に算定できる。

※包括されている検査のみを行った場合でも、外来迅速検体検査加算、採血料は算定できる。

## ⑫ オンライン診療料

区 分	略 語	点 数	備 考
オンライン診療料（届）	オン診	71	・月1回に限り。ただし、連続する3月は算定できない。 ・オンライン診療対象管理料の算定開始年月を摘要欄に記載する。

### 初診料・再診料共通

#### ●夜間・早朝等加算

施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る）については、診療時間として表示する時間であって、6時～8時、18時～22時（土曜は6時～8時、12時～22時）・休日・深夜に診察を行った場合は、診療時間内であっても、夜間・早朝等加算が算定できる（ただし、時間外特例加算、小児科標榜医療機関の時間外等加算の特例を算定する場合は、夜間・早朝等加算は算定できない）。

明細書略称	
夜間・早朝等加算・・・	夜早

←摘要欄の⑪⑫コード略称を記載する。

### 初診料・外来診療料共通

- 特定機能病院、許可病床数400以上の地域医療支援病院又は許可病床数400以上の病院（一般病床数200未満の病院を除く）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又は再診を行った場合は、別の点数を算定する（診療報酬点数表参照）。

### 初診料・再診料・外来診療料共通

#### ●小児科標榜医療機関の時間外等加算の特例

小児科（小児外科を含む）を標榜する医療機関において、6歳未満の患者に対して診療時間として表示する時間であって、夜間（標準時間：6時～8時、18時～22時（土曜は6時～8時、12時～22時））・休日・深夜に診察を行った場合は、診療時間内であっても、夜間（時間外）・休日・深夜加算を算定できる。

明細書略称	
時間外等	6歳未満
夜間加算	小特夜
休日加算	小特休
深夜加算	小特深

←摘要欄の⑪⑫コードにそれぞれの略称を記載する。

- 医療用医薬品取引価格の妥結率<sup>(注)</sup>が5割以下の許可病床数200床以上の病院は、別に定める点数を算定する（診療報酬点数表参照）。

（注）医薬品取引価格の妥結率：②÷①

- ①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）に記載されている医療用医薬品の薬価総額
- ②卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額

## I-2 入院料等

### ⑨ 入院料等

#### 一般病棟入院基本料一覧表（1日につき）

※外泊の入院料は、入院基本料×0.15の点数。

※栄養管理体制を満たすことができない病院は、1日につき40点を減算する。

※退院が特定の時間帯に集中しているものとして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92/100に相当する点数で算定する。略称：午前減

※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92/100に相当する点数で算定する。略称：土日減

一般病棟入院基本料		急性期一般入院基本料							地域一般入院基本料		
		急一般1	急一般2	急一般3	急一般4	急一般5	急一般6	急一般7	地一般1	地一般2	地一般3
基本点数		1,650	1,619	1,545	1,440	1,429	1,408	1,382	1,159	1,153	988
初期加算	14日以内	+450									
	15～30日以内	+192									
重症児（者）受入連携加算		—							[重受連]+2,000（入院初日）		
救急・在宅等支援病床初期加算		—							[病初]+150（転院又は入院日から14日間限度）		
ADL維持向上等体制加算（届）		[ADL]+80（入院日から14日間限度）							—		

#### 入院基本料等加算

※■は「入院基本料種別欄」に記載しない項目。

※（届）：届出を要する保険医療機関

※（基）：基準を満たす保険医療機関

名 称		略 称	点 数	備 考
臨床研修病院入院診療加算（入院初日）（基）				・研修医が実際に臨床研修を行っている場合に算定する。
1	基幹型	臨修	40	
2	協力型		20	
救急医療管理加算（入院日から7日間を限度）（基）				・救急医療管理加算1は、救急応需態勢の医療機関に緊急入院した重症患者が対象。摘要欄に算定理由を記載する。 ・救急医療管理加算2は、救急応需態勢の医療機関に緊急入院した重症患者に準ずる状態の患者が対象。摘要欄に算定理由を記載する。
1	救急医療管理加算1	救医1	900	
2	救急医療管理加算2	救医2	300	
注	乳幼児加算（6歳未満）	乳救医	+400	
	小児加算（6歳以上15歳未満）	小救医	+200	
超急性期脳卒中加算（入院初日）（届）		超急	12,000	・脳梗塞と診断された患者に発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に算定する。
診療録管理体制加算（入院初日）（届）				
1	診療録管理体制加算1	録管1	100	
2	診療録管理体制加算2	録管2	30	
医師事務作業補助体制加算（入院初日）（届）				
1	医師事務作業補助体制加算1			
	イ	15対1補助体制加算	医1の15	920
	ロ	20対1補助体制加算	医1の20	708
	ハ	25対1補助体制加算	医1の25	580
	ニ	30対1補助体制加算	医1の30	495
	ホ	40対1補助体制加算	医1の40	405
	ヘ	50対1補助体制加算	医1の50	325
	ト	75対1補助体制加算	医1の75	245
チ	100対1補助体制加算	医1の100	198	
2	医師事務作業補助体制加算2			
	イ	15対1補助体制加算	医2の15	860
	ロ	20対1補助体制加算	医2の20	660
	ハ	25対1補助体制加算	医2の25	540
	ニ	30対1補助体制加算	医2の30	460
	ホ	40対1補助体制加算	医2の40	380
	ヘ	50対1補助体制加算	医2の50	305
	ト	75対1補助体制加算	医2の75	230
チ	100対1補助体制加算	医2の100	188	
急性期看護補助体制加算（入院日から14日間を限度）（届）				
1	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	急25上	210	
2	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	急25	190	
3	50対1急性期看護補助体制加算	急50	170	
4	75対1急性期看護補助体制加算	急75	130	
注	イ	夜間30対1急性期看護補助体制加算（届）	夜30	+90
	ロ	夜間50対1急性期看護補助体制加算（届）	夜50	+85
	ハ	夜間100対1急性期看護補助体制加算（届）	夜100	+70
		夜間看護体制加算	急夜看	+60
看護職員夜間配置加算（入院日から14日間を限度）（届）				
1	イ	看護職員夜間12対1配置加算1	看護12夜1	95
	ロ	看護職員夜間12対1配置加算2	看護12夜2	75
2	イ	看護職員夜間16対1配置加算1	看護16夜1	55
	ロ	看護職員夜間16対1配置加算2	看護16夜2	30
乳幼児加算（基）				・3歳未満の患者。
イ	病院（特別入院基本料等を除く）	乳	333	
幼児加算（基）				・3歳以上6歳未満の患者。
イ	病院（特別入院基本料等を除く）	幼	283	

※ は「入院基本料種別欄」に記載しない項目。  
 ※（届）：届出を要する保険医療機関  
 ※（基）：基準を満たす保険医療機関

名 称		略 称	点 数	備 考
地域加算				
1	1級地		18	
2	2級地		15	
3	3級地		14	
4	4級地		11	
5	5級地		9	
6	6級地		5	
7	7級地		3	
療養環境加算（届）		環境	25	
重症者等療養環境特別加算（届）				・病状が重篤で、絶対安静を必要とする患者。
1	個室	重境	300	・病状が重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者。
2	2人部屋		150	
がん拠点病院加算（入院初日）（基）				・別の保険医療機関等からの紹介で入院した悪性腫瘍の疑い（最終的に悪性腫瘍と診断された患者）又は悪性腫瘍の患者。
1	がん診療連携拠点病院加算			・悪性腫瘍の疑いがある患者であって、入院中に悪性腫瘍と診断された場合は、確定診断を行った日に算定する。
	イ がん診療連携拠点病院	がん診	500	
	ロ 地域がん診療病院		300	
2	小児がん拠点病院加算（20歳未満）	小児がん	750	
医療安全対策加算（入院初日）（届）				
1	医療安全対策加算1	安全1	85	
2	医療安全対策加算2	安全2	30	
注	医療安全対策地域連携加算1（届）	安全地連1	+ 50	
	医療安全対策地域連携加算2（届）	安全地連2	+ 20	
感染防止対策加算（入院初日）（届）				
1	感染防止対策加算1	感防1	390	
	注 感染防止対策地域連携加算（届）	感防連	+ 100	
	抗菌薬適正使用支援加算（届）	抗菌支援	+ 100	
2	感染防止対策加算2	感防2	90	
患者サポート体制充実加算（入院初日）（届）		患サポ	70	・がん拠点病院加算を算定している場合は、算定できない。
後発医薬品使用体制加算（入院初日）（届）				
1	後発医薬品使用体制加算1	後使1	45	
2	後発医薬品使用体制加算2	後使2	40	
3	後発医薬品使用体制加算3	後使3	35	
4	後発医薬品使用体制加算4	後使4	22	
データ提出加算（入院中1回）（届）				・退院時に算定する。
1	データ提出加算1	デ提1	150	
	200床未満の病院		200	
2	データ提出加算2	デ提2	160	
	200床未満の病院		210	
注	提出データ評価加算（基）	デ評	+ 20	

## 97 入院時食事療養費

名 称		略称	金 額	算 定 の 要 件
入院時食事療養（Ⅰ）				・施設基準に適合している保険医療機関。 ・1日に3食を限度として算定。
(1)	(2)以外の食事療養を行う場合	1食につき	I 640（円）	
(2)	流動食（市販されているものに限る）のみ経管栄養法により提供した場合	1食につき	Ⅲ 575（円）	・要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所単位。 ・医師の発行する食事せんにもとづき特別食が提供された場合。 ・1日に3食を限度として算定。 ・(2) 流動食（市販されているものに限る）のみ経管栄養法を提供した場合は、算定できない。
	食堂加算	1日につき	— + 50（円）	
	特別食加算	1食につき	— + 76（円）	
入院時食事療養（Ⅱ）				・入院時食事療養（Ⅰ）の適当保険医療機関以外。 ・1日に3食を限度として算定。
(1)	(2)以外の食事療養を行う場合	1食につき	Ⅱ 506（円）	
(2)	流動食（市販されているものに限る）のみ経管栄養法により提供した場合	1食につき	Ⅳ 460（円）	

※特別食加算が算定できる特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食（十二指腸潰瘍を含む。単なる流動食を除く）、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、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、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食および軟食を除く）  
 （心臓疾患、妊娠高血圧症候群等に対して減塩食療法（食塩相当量が総量（1日量）6g未満の減塩食。妊娠高血圧症候群の減塩食の場合は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じる）を行う場合は、腎臓食に準ずる。）

## 入院時食事療養費の標準負担額（1食につき）

区 分	金 額	区 分	金 額
一般・現役並み所得者	460(円)	低所得者（70歳未満）	過去1年間の入院期間が90日以内 210(円)
指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等（低所得者に該当しない者）	260(円)	低所得者（Ⅱ）（70歳以上）	過去1年間の入院期間が90日超 160(円)
		低所得者（Ⅰ）	70歳以上 100(円)



## Ⅱ-1 医学管理等

### ⑬ 医学管理等

※特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、⑭在宅療養指導管理料〔C100～C119〕、⑳心身医学療法は特に規定する場合を除き、同一月に算定できない。

〔点数欄〕 外：外来患者のみ算定 入：入院患者のみ算定 ※（届）：届出を要する保険医療機関 ※（基）：基準を満たす保険医療機関

通 則	略 称	点 数	備 考
オンライン医学管理料（届）（月1回）	オン管	外 100×月数	・厚生労働大臣の定める患者（初診患者は除く）。

名 称	略 称	点 数	備 考	他指導料との併算可否（一部抜粋）					
				特	ウ	薬	悪	皮膚 (I)(II)	在宅 療養
特定疾患療養管理料			・月2回。厚生労働大臣の定める疾患を主病とする患者。						
1 診療所	特	外225	・初診料算定日又は退院の日からそれぞれ	—	×	○	○	×	×
2 病院100床未満		外147	1月以内は算定できない。						
3 病院100床以上200床未満		外87							
ウイルス疾患指導料			・「イ」は、肝炎ウイルス疾患、成人T細胞白血病に罹患している患者。	×	—	○	○	×	×
イ ウイルス疾患指導料1（1回限り）	ウ	240	・「ロ」は、後天性免疫不全症候群に罹患している患者。						
ウ ウイルス疾患指導料2（月1回限り）		330							
ロ 注 届出医療機関加算（HIV患者加算）		+220		○	○	○	—	○	○
悪性腫瘍特異物質治療管理料（基）			・月1回。						
イ 尿中BTAに係るもの	悪 (腫瘍マーカー名)	220	・すでに悪性腫瘍であると確定している患者。						
ロ その他のもの			・同一月のイとロは重複算定できない。						
(1) 1項目の場合		360	・尿中BTAに係るもの＝腫瘍マーカー検査〔D009－「1」〕						
(2) 2項目以上の場合		400	1. 尿中BTA						
注 初回月加算		+150	その他のもの＝腫瘍マーカー検査〔D009－「2」～「30」〕						
			2. 癌胎児性抗原（CEA）						
			3. α-フェトプロテイン（AFP）						
			4. 組織ポリペプチド抗原（TPA）、扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原）						
			5. DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3						
			6. 前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）						
			7. エラスターゼ1						
			8. 前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9						
			9. PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量						
			10. CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原（STN）、神経特異エノラーゼ（NSE）						
			11. CA125						
			12. 塩基性フェトプロテイン（BFP）						
			13. 核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿）						
			14. シアリルLe <sup>x</sup> -i抗原（SLX）						
			15. 遊離型PSA比（PSA F/T比）						
			16. サイトケラチン8・18（尿）						
			17. 抗p53抗体						
			18. BCA225						
			19. サイトケラチン19フラグメント（シフラ）						
			20. シアリルLe <sup>x</sup> 抗原（CSLEX）						
			21. I型コラーゲン-C-テロペプチド（ICTP）						
			22. ガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）						
			23. CA54/61、癌関連ガラクトース転移酵素（GAT）						
			24. CA602、α-フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）						
			25. γ-セミノプロテイン（γ-Sm）						
			26. ヒト精巣上体蛋白4（HE4）						
			27. 可溶性メソテリン関連ペプチド						
			28. 癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液）、癌胎児性抗原（CEA）半定量（乳頭分泌液）						
			29. HER2蛋白						
			30. 可溶性インターロイキン-2レセプター（sIL-2R）						
			・腫瘍マーカー検査、採血料（同一日のB-V）は算定できない。						
			・初回月加算は、前月に腫瘍マーカー検査を行っている場合は算定できない。						

名 称	略 称	点 数	備 考	他指導料との併算可否（一部抜粋）					
				特	ウ	薬	悪	皮膚 (I)(II)	在宅 療養
てんかん指導料	てんかん	外250	・月1回、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科、心療内科標榜担当医。 ・てんかん（外傷性を含む）の患者。 ・初診料算定日又は退院の日からそれぞれ1月以内は算定できない。	×	×	○	○	×	×
難病外来指導管理料	難病	外270	・月1回、対象疾患あり。						
注 人工呼吸器導入時相談支援加算（文書提供月から1月限度、1回限り）	人呼支援	+500	・初診料算定日又は退院の日からそれぞれ1月以内は算定できない。	×	×	○	○	×	× （※1）
皮膚科特定疾患指導管理料			・月1回、皮膚科・皮膚泌尿器科標榜担当医、対象疾患あり。						
イ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	皮膚（Ⅰ）	外250	・初診料算定日又は退院の日からそれぞれ1月以内は算定できない。	×	×	○	○	—	×
ロ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	皮膚（Ⅱ）	外100	・同一月のイとロは重複算定できない。						

（※1）在宅自己注射指導管理料「2」1以外の場合との併算定ができる。

[点数欄] 外：外来患者のみ算定 入：入院患者のみ算定

※(基)：基準を満たす保険医療機関

名 称				略 称	点 数	備 考	他指導料との併算可否(一部抜粋)						
							(特)	ウ	薬	悪	皮膚 (I)(II)	在宅 療養	
特定薬剤治療管理料							・月1回限り(例外あり・欄外※参照)。 ・下記「特定薬剤治療管理料1 一覧表」の薬剤を投与している患者に対して薬物血中濃度を測定し計画的な治療管理を行った場合。 ・抗てんかん剤、免疫抑制剤以外を投与している患者は4月目以降50/100で算定する。 ・血中濃度測定にかかる費用、採血料(同一日のB-V)は算定できない。 ・「薬1」は保医発通知の(1)のアの(イ)～(ソ)までに規定するものの中から該当するものを摘要欄に記載する。	○	○	—	○	○	○
イ	特定薬剤治療管理料1 (口以外の患者)		「薬1」 (初回算定年月)	470									
	初回加算			+280									
	臓器移植後3月加算		(臓器移植月日)	+2,740									
口	特定薬剤治療管理料2 (サリドマイド及びその誘導体を投与している患者)		「薬2」	100									
特定薬剤治療管理料1 一覧表	対象薬剤				対象疾患		外来・入院						
							初回月	2～3月	4月～				
	①ジギタリス製剤				心疾患		750	470	235				
	②テオフィリン製剤				気管支喘息、喘息性(様)気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫、未熟児無呼吸発作		750	470	235				
	③不整脈用剤 プロカインアミド、N-アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アブリンジン、リドカイン、ビルジカインド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ビルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩、ベプリジル塩酸塩				不整脈		750	470	235				
	④ハロペリドール製剤、プロムベリドール製剤				統合失調症		750	470	235				
	⑤リチウム製剤				躁うつ病		750	470	235				
	⑥バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン				躁うつ病、躁病		750	470	470				
	⑦バルプロ酸ナトリウム				片頭痛		750	470	235				
	⑧抗てんかん剤				てんかん		750	470	470				
	⑨サリチル酸系製剤				若年性関節リウマチ、リウマチ熱、慢性関節リウマチ		750	470	235				
	⑩メトトレキサート				悪性腫瘍		750	470	235				
	⑪イマチニブ				イマチニブを投与している患者		750	470	235				
	⑫エベロリムス				結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者で抗悪性腫瘍剤として投与しているもの		750	470	235				
	⑬シロリムス製剤				リンパ脈管筋腫症		750	470	235				
	⑭スニチニブ(抗悪性腫瘍剤として)				腎細胞癌		750	470	235				
	⑮シクロスポリン				ベーチェット病で活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎(既存治療で効果が不十分で、視力低下のおそれがある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る)、再生不良性貧血、赤芽球病、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎(既存治療で十分な効果が得られない患者に限る)、ネフローゼ症候群		750	470	470				
	⑯タクロリムス水和物				全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎、間質性肺炎(多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る)		750	470	470				
	⑰免疫抑制剤(シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス、ミコフェノール酸モフェチル)				臓器移植後の免疫抑制剤を投与している患者		470	470	470				
	⑱(1)アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質(バンコマイシン、テイコプラニン) (2)トリアゾール系抗真菌剤(ボリコナゾール)				(1)(2)は、数日間以上投与している入院中の患者 (2)は、重症又は難治性真菌感染症、造血幹細胞移植の患者(深在性真菌症予防を目的とするもの)		入750	入470	入235				
	⑲ジギタリス製剤の急速飽和				重症うつ血性心不全		740(1回に限り)						
	⑳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				全身性けいれん発作重積状態		740(1回に限り)						
	※別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合は、それぞれ算定できる。												
※2種類以上の抗てんかん剤を投与し、同一月に個々に測定・管理を行った場合は、2回に限り所定点数を算定する。													
名 称				略 称	点 数	備 考	他指導料との併算可否(一部抜粋)						
							(特)	ウ	薬	悪	皮膚 (I)(II)	在宅 療養	
外来栄養食事指導料(基)							・厚生労働大臣が定める特別食を必要とする者又はがん患者等に対して(管理栄養士が初回はおおむね30分以上、2回目以降の場合はおおむね20分以上指導)、初回月2回限り、その他月1回限り。	○	○	○	○	○	○
イ	初回		「外来」	外260									
口	2回目以降			外200									
入院栄養食事指導料(週1回)(基)							・厚生労働大臣が定める特別食を必要とする者又はがん患者等に対して(管理栄養士が初回はおおむね30分以上、2回目はおおむね20分以上指導)、入院中2回限り。 ・「口」については、当該診療所以外の管理栄養士による栄養指導が行われた場合。	—	○	○	○	—	○
イ	入院栄養食事指導料1	1 初回	「入栄1」 (算定日)	入260									
		2 2回目		入200									
口	入院栄養食事指導料2 (診療所のみ)	1 初回	「入栄2」 (算定日)	入250									
		2 2回目		入190									

[点数欄] 外：外来患者のみ算定 入：入院患者のみ算定

※（届）：届出を要する保険医療機関  
※（基）：基準を満たす保険医療機関

名 称			略 称	点 数	備 考	他指導料との併算可否（一部抜粋）						
						特	ウ	薬	悪	皮膚 (Ⅰ)(Ⅱ)	在宅 療養	
集団栄養食事指導料（基）			〔集栄〕 （入院患者 は算定日）	80	・厚生労働大臣が定める特別食を必要とする患者に対して（管理栄養士が40分超指導）。 ・月1回、入院患者は入院中2回限り。	○	○	○	○	○	○	
慢性疼痛疾患管理料 （外来管理加算算定不可）			〔疼痛〕 （算定日） （※初回算定 月のみ記載）	外130 （診療所のみ）	・月1回、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の患者。 ・介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置は、算定できない（薬剤の費用除く）。	×	×	○	○	×	×	
名 称			略 称	点 数	備 考							
喘息治療管理料（基）					・月1回。							
イ	喘息治療 管理料1		(1) 1月目	喘息1	外75	・「イ」については、ピークフローメーターを用いて計画的な管理を行った場合に算定できる。 ・「20歳以上の重度喘息患者加算」を算定した場合は、加算にかかる第1回目の月日を摘要欄に記載する。 ・「ロ」については、6歳未満又は65歳以上の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とする者に対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に算定。						
			(2) 2月目以降		外25							
	注 重度喘息患者治療 管理加算（届）	イ 1月目	+2,525									
		ロ 2月目以降6月目まで	+1,975									
ロ	喘息治療管理料2（初回に限り）			喘息2	外280							
乳幼児育児栄養指導料（基）					〔乳栄〕	外130	・初診時、3歳未満、小児科（小児外科を含む）標榜担当医が育児・栄養指導等を行った場合。					
ニコチン依存症管理料（届）					〔ニコ〕	外230	・禁煙希望の患者に対して、医師がニコチン依存の管理が必要であると認め、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。 ・スパイログラフィー等検査の「4」呼気ガス分析の費用を含む。					
1	初回			（初回）	外184							
2	2回目から4回目まで			算定月日	外180							
3	5回目											
肺血栓塞栓症予防管理料					〔肺予〕	入305	・入院中1回。 ・病院（療養病棟を除く）、診療所（療養病床を除く）。 ・肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に、予防のための弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置を用いた場合（ストッキング等の費用を含む）。					
薬剤管理指導料（届）					〔薬管1〕 （指導日）	入380	・週1回、月4回を限度。 ・入院中の患者のうち、「1」については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、「2」についてはそれ以外の患者に対して、薬剤師が投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合。 ・〔薬管1〕を算定した場合は、薬剤名を摘要欄に記載する。 ・算定月に⑦調基は算定できない。					
1	特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者			〔薬管2〕 （指導日）	入325							
2	1以外の患者			〔麻加〕	入+50							
注	麻薬管理指導加算											
診療情報提供料（Ⅰ）					〔情Ⅰ〕 （算定日）	250	保険医療機関→別の保険医療機関、市区町村、保健所、精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保険薬局、精神障害者施設、グループホーム、介護老人保健施設、認知症に関する専門の保険医療機関等  ・保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、その情報提供先を摘要欄に記載する。					
注	退院時加算 （退院日の属する月又は翌月のみ）		〔情Ⅰ退〕 （退院日）	+200	保険医療機関→別の保険医療機関、精神障害者施設、介護老人保健施設、介護医療院							
	ハイリスク妊婦紹介加算 （妊娠中1回限り）		〔情Ⅰ妊〕	+200	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）届出医療機関 →別のハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）届出医療機関							
	認知症専門医療機関紹介加算		〔情Ⅰ認紹〕	+100	保険医療機関→認知症鑑別診断等の専門医療機関							
	認知症専門医療機関連携加算		〔情Ⅰ認連〕	外+50	保険医療機関（すでに認知症専門医療機関で認知症と診断された患者が症状増悪した場合） →認知症専門医療機関							
	精神科医連携加算		〔情Ⅰ精〕	外+200	精神科を標榜していない保険医療機関→精神科標榜保険医療機関							
	肝炎インターフェロン治療連携加算		〔情Ⅰ肝〕	外+50	保険医療機関→肝疾患専門医療機関							
	歯科医療機関連携加算		〔情Ⅰ歯〕	+100	保険医療機関→歯科診療を行う他の保険医療機関							
	地域連携診療計画加算 （退院日の属する月又は翌月のみ）		〔情地連診〕	+50	連携医療機関で退院時にA246退院支援加算「注4」地域連携診療計画加算を算定した外来患者 →当該連携保険医療機関							
	療養情報提供加算		〔情療養〕	+50	別の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院に対して、患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た情報を添付した場合							
	検査・画像情報提供加算（届）											
イ	退院患者 （退院日の属する月又は翌月のみ）		〔情検査〕 （退院日）	+200	届出基準適合保険医療機関（電子的方法で閲覧可能な形式で提供又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合）							
	ロ 外来患者		〔情検査〕	外+30	→他の保険医療機関							
診療情報提供料（Ⅱ）					〔情Ⅱ〕 （算定日）	500	・月1回。 ・セカンドオピニオンのための情報提供を行った場合。					
薬剤情報提供料					〔薬情〕	外10	・月1回（処方内容に変更があるときは、その都度算定できる）。 ・処方日数のみの変更は算定できない。 ・処方箋交付の場合は算定できない。					
注	手帳記載加算			〔手帳〕	外+3	・処方した薬剤の名称を患者の求めに応じて手帳に記載した場合。						



[点数欄] 外：外来患者のみ算定 入：入院患者のみ算定

名 称		略 称	点 数	備 考
手術前医学管理料		手前	1,192	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回、当該手術にかかる手術料を算定した日に算定する。</li> <li>・硬膜外麻酔、脊椎麻酔、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患者。</li> <li>・手術前1週間以内に行った下記の包括対象項目（検査・画像）は、1回目は算定できず、2回目以降算定できる。</li> <li>・算定月に <u>判血</u> <u>判生I</u> <u>判免</u> は算定できない。</li> <li>・同一月にD208心電図検査を算定する場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の90/100で算定する。</li> </ul> <p>[検査]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・尿中一般物質定性半定量検査（U-検）</li> <li>・末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、末梢血液一般検査、出血時間、プロトロンビン時間（PT）、活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）</li> <li>・総ビリルビン（T-Bil）、直接ビリルビン（D-Bil）又は抱合型ビリルビン、総蛋白（TP）、アルブミン（Alb）、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸（UA）、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（TG）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース（糖）、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ（Amy）、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（ALD）、遊離コレステロール（遊離-cho）、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質（PL）、HDL-コレステロール（HDL-cho）、LDL-コレステロール（LDL-cho）、無機リン及びリン酸、総コレステロール（T-cho）、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</li> <li>・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</li> <li>・HBs抗原定性・半定量、HCV抗体定性・定量</li> <li>・C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）</li> <li>・心電図検査（12誘導以上）</li> </ul> <p>[画像]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・エックス線写真診断料の写真診断（（躯幹）頭部、腹部等）、撮影（単純撮影）</li> </ul>
手術後医学管理料				<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日につき、手術翌日より3日間限度。</li> <li>・入院日から10日以内に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を行った患者。</li> <li>・手術翌日より3日間に行った下記の包括対象項目（検査）は、算定できない。</li> <li>・算定月に <u>判尿</u> <u>判血</u> <u>判生I</u> は算定できない。</li> <li>・同一手術について、手術前医学管理料と同一月に算定する場合は、所定点数の95/100で算定する。</li> </ul> <p>[検査]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・尿中一般物質定性半定量検査（U-検）、尿蛋白、尿グルコース</li> <li>・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）、末梢血液一般検査</li> <li>・総ビリルビン（T-Bil）、直接ビリルビン（D-Bil）又は抱合型ビリルビン、総蛋白（TP）、アルブミン（Alb）、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸（UA）、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（TG）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース（糖）、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ（Amy）、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（ALD）、遊離コレステロール（遊離-cho）、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質（PL）、HDL-コレステロール（HDL-cho）、LDL-コレステロール（LDL-cho）、無機リン及びリン酸、総コレステロール（T-cho）、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、血液ガス分析</li> <li>・心電図検査、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定、終末呼吸炭酸ガス濃度測定、中心静脈圧測定、動脈血採取</li> </ul>
1	病院の場合 （療養・結核・精神病棟を除く）	手後	入1,188	
2	診療所の場合 （療養病床を除く）		入1,056	

## Ⅱ-2 在宅医療

### ⑭ 在宅医療

名 称		点 数	備 考
往診料		720	・患者の求めに応じて患者に訪問して診療を行った場合。 ・初診料、再診料、外来診療料等は算定できる。
注	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関の保険医が行う場合		・緊急：標榜時間内に外来患者に対して診療に従事している時間（おおむね8時～13時）に、患者又は看護にあたる者から緊急に往診を求められた場合。
	ハ 緊急往診加算	+ 325	※これらの時間が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
	夜間・休日往診加算	+ 650	
	深夜往診加算	+ 1,300	
	患者診療時間加算 （1時間超え30分又はその端数を増すごとに）	+ 100	
死亡診断加算		+ 200	・「診療時間加算」を算定した場合は、摘要欄に診療時間を記載。

#### 在宅療養指導管理料

- ※特に規定するものを除き、月1回に限り算定する。  
 ※2以上の指導管理を行っている場合には特に規定する場合を除き、主たるものののみ算定する。  
 ※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、退院日に算定できる。  
 ※在宅療養指導管理材料加算について、調剤報酬として算定された場合は算定しない。  
 ※（届）：届出を要する保険医療機関。

名 称		略 称	点 数	備 考
在宅自己注射指導管理料				・インスリン製剤等厚生労働大臣が定める注射を行っている患者。
1	複雑な場合	注	1,230	・「2」は、難病外来指導管理料との併算定ができる。
2	1以外の場合			・外来受診の際の「皮内・皮下及び筋肉内注射」「静脈内注射」の費用と薬剤の費用（当該指導管理料にかかる薬剤に限る）は算定できない。
	イ 月27日以下の場合		650	・同一月に「注射の通則6・外来化学療法加算」を算定している患者については、在宅自己注射指導管理料を算定できない。
	ロ 月28日以上の場合		750	・「血糖自己測定器加算」には、血糖自己測定に必要な測定器等の貸与、その他血糖自己測定にかかるすべての費用が含まれ、別に算定できない。
注	導入初期加算（初回指導月から3月に限り月1回を限度）		+ 580	・「注入器加算」は、ディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る）、自動注入ポンプ、携帯用注入器、針無圧力注射器を処方した月に限り算定する。
在宅療養指導管理材料加算				・「間歇注入シリンジポンプ加算」は、インスリン、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプを使用した場合。
血糖自己測定器加算（3月に3回限り）				・「プログラム付きシリンジポンプ」は、間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、1日につき24プログラム以上の設定が可能なものを使用した場合。
1	「1」～「4」については、次に掲げる患者に対して加算する。	注糖 （測定回数） （1型糖尿病の場合はその旨）	+ 350	・同一月において、「間歇注入シリンジポンプ加算」と「持続血糖測定器加算」は、併せて算定できない。
2	・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1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く）。		+ 465	・「注入器用注射針加算」は、注入器用注射針を処方した場合に算定する。
3	・「1」～「6」については、次に掲げる患者に対して加算する。		+ 580	・「注入器用注射針加算」の「1」は、糖尿病等で1日おおよね4回以上自己注射が必要な場合又は血友病で自己注射が必要な場合に算定する。
4	・インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る）。		+ 830	
5	・12歳未満の小児低血糖症の患者。		+ 1,170	
6	・妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者）。		+ 1,490	
注入器加算		入	+ 300	
間歇注入シリンジポンプ加算（2月に2回限り）				
1	プログラム付きシリンジポンプ	間	+ 2,500	
2	1以外のシリンジポンプ		+ 1,500	
持続血糖測定器加算（届）				
1	2個以下の場合	持血 （その理由、医学的根拠）	+ 1,320	
2	4個以下の場合		+ 2,640	
3	5個以上の場合		+ 3,300	
注	プログラム付き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		+ 3,230	
	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		+ 2,230	
注入器用注射針加算				
1	1型糖尿病、血友病の患者又はこれらに準ずる状態の患者	針 （1の場合は算定理由）	+ 200	
2	1以外の場合		+ 130	

#### 薬剤を支給した場合の摘要欄への記載方法

総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給日数等を記載する。

在宅自己注射指導管理料に使用した薬剤料の記載例	
〇〇注（薬剤名）300単位 1筒 14日分	点数×回数

## Ⅱ-3 投薬

### ⑳ 投薬

区 分			薬剤料	備 考
㉑	内服薬	1 剤 1 日分	点数×単位数 (投与日数)	・15円以下は1点。 ・15円を超える場合は薬価/10 (小数点以下五捨五入)。
㉒	屯服薬	1 回分	点数×単位数 (投与回数)	・向精神薬多剤投与の減算 所定点数×80/100の点数。
㉓	外用薬	1 調剤	点数×単位数 (1 調剤)	・多剤投与 (内服薬7種類以上) の減算 所定点数×90/100の点数。 ・30日以上投薬の減算 (特定機能病院等) 所定点数×40/100の点数。

※ビタミン剤については、疾患・症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり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、医師がビタミン剤の投与が有効と判断した場合に算定できる。

院内処方の場合		点 数		入 院	備 考
		外 来		(1日につき)	
㉕ 処方料 (1 処方につき)	調剤料	内服薬・屯服薬 (1 処方につき) 9	外用薬 (1 処方につき) 6	7	・入院の場合は、外泊期間中及び入院実日数を超えた部分は算定できない。
			3歳以上 3歳未満 (+3点)		・「向精神薬多剤投与」は、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 (臨時的投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く) を行った場合。
	1	向精神薬多剤投与 (臨時的投薬等のものを除く)	18	21	
	2	1 以外の内服7種類以上 (臨時投薬で投薬期間が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)	29	32	
	3	1 及び2以外	42	45	
	特定疾患処方管理加算1 月2回限り	特処1	+ 18		・診療所、許可病床数200床未満の病院。 ・初診日より算定できる。
	特定疾患処方管理加算2 月1回限り	特処2	+ 66		・「特処1」は、特定疾患を主病とする患者に投薬が行われた場合。
	(同一月の「特処1」重複算定不可)				・「特処2」は、特定疾患を主病とする患者であって、特定疾患に対する薬剤の投与日数が1回の処方で28日以上の場合。
	抗悪性腫瘍剤処方管理加算 (届) 月1回限り	抗悪	+ 70		・治療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うえで抗悪性腫瘍剤を処方した場合。
	外来後発医薬品使用体制加算1 (届)	外後使1	+ 5		・後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている診療所。
	外来後発医薬品使用体制加算2 (届)	外後使2	+ 4		
	外来後発医薬品使用体制加算3 (届)	外後使3	+ 2		
	向精神薬調整連携加算 (月1回限り)	向調連	+ 12		・抗不安薬等が処方された患者で、処方内容を総合的に評価及び調整し、抗不安薬等の種類数又は投与量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合。
	㉖ 麻薬等加算	麻薬・向精神薬・覚醒剤原料 又は毒薬を調剤・処方した場合	+ 2 (調剤料1点+処方料1点)	(1日につき) 1	・入院の場合は、外泊期間中及び入院実日数を超えた部分は算定できない。
	㉗ 調剤技術 基本料 (調基) (月1回)	8		42 院内製剤加算 院 + 10	・薬剤師常勤の医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合。 ・同一月に処方箋の交付がある場合は算定できない。 ・同一月に薬剤管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合は算定しない。

### ㉑ 処方箋料

院外処方の場合		区 分	略 称	点 数		備 考
				3歳以上	3歳未満 (+3点)	
㉘ 処方箋料 (交付1回につき)	1	向精神薬多剤投与 (臨時的投薬等のものを除く)		28	31	・「向精神薬多剤投与」については、処方料の「向精神薬多剤投与」に準ずる。
	2	1 以外の内服7種類以上 (臨時投薬で投薬期間が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)		40	43	
	3	1 及び2以外		68	71	
	特定疾患処方管理加算1 (1 処方につき) 月2回限り	特処1		+ 18		・処方料の「特定疾患処方管理加算1」、「特定疾患処方管理加算2」に準ずる。
	特定疾患処方管理加算2 (1 処方につき) 月1回限り (同一月の「特処1」重複算定不可)	特処2		+ 66		
	抗悪性腫瘍剤処方管理加算 (届) 月1回限り	抗悪		+ 70		・処方料の「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」に準ずる。
	一般名処方加算1 (交付1回につき)	一般1		+ 6		・「1」は、後発品のあるすべての医薬品 (2品目以上) が一般名処方されている場合。
	一般名処方加算2 (交付1回につき)	一般2		+ 4		・「2」は、1品目でも一般名処方されたものがある場合。
	向精神薬調整連携加算 (月1回限り)	向調連		+ 12		・処方料の「向精神薬調整連携加算」に準ずる。

## Ⅱ-4 注射

### ③⑩ 注射

※注射料の通則の加算は、実施料が算定できない場合は加算できない。

※（届）：届出を要する保険医療機関

[点数欄] 外：外来患者のみ算定

通則加算				略 称	加算点数	算定の要件	
3	生物学的製剤注射加算					+ 15	・トキシソイド、ワクチン、抗毒素を注射した場合。
4	精密持続点滴注射加算（1日につき）					+ 80	・自動輸液ポンプを用いて、1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む）又は注射回路に薬剤を注入する場合。
5	麻薬注射加算					+ 5	・麻薬を使用した場合。
6	イ	外来化学療法加算1（1日につき）（届）					・悪性腫瘍等の患者に対して、治療開始にあたり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行ったうえで化学療法を行った場合に算定する。 ・「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」「植込型カテーテルによる中心静脈注射」の所定点数に加算する。 ・同一月に「外来化学療法加算」と「在宅自己注射指導管理料」は、併せて算定できない。
		(1)	外来化学療法加算 A	15歳未満	化1A	外+ 820	
				15歳以上		外+ 600	
		(2)	外来化学療法加算 B	15歳未満	化1B	外+ 670	
	15歳以上			外+ 450			
	ロ	外来化学療法加算2（1日につき）（届）					
		(1)	外来化学療法加算 A	15歳未満	化2A	外+ 740	
				15歳以上		外+ 470	
(2)		外来化学療法加算 B	15歳未満	化2B	外+ 640		
	15歳以上		外+ 370				

※静脈内注射、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のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

※ビタミン剤については、疾患・症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり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、医師がビタミン剤の投与が有効と判断した場合に算定できる。

名 称		点 数				備 考
		外 来		入 院		
		6歳以上	6歳未満	6歳以上	6歳未満	
③①	皮内、皮下及び筋肉内注射（iM・im） （1回につき）	20	20	—	—	・外来患者については、薬剤料、手技料ともに1回につき。 ・入院患者については、1日の総量価格を薬剤料として算定する。 ・下記のものは、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腔部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む）、腱鞘周囲注射、血液注射
③②	静脈内注射（iv）（1回につき）	32	77 （32＋45）	—	—	・外来患者については、薬剤料、手技料ともに1回につき。 ・入院患者については、1日の総量価格を薬剤料として算定する。
③③	点滴注射（DIV）（1日につき）					・1日に2回以上の点滴を行った場合は、それぞれの注射に用いた薬剤の総量価格を薬剤料として算定する。 ・「血漿成分分割加算」を算定した場合は、1回目の注射実施日を摘要欄に記載する。
	6歳以上	500mL以上	97	—	97	—
		500mL未満	49	—	—	—
	6歳未満	100mL以上	—	143 （98＋45）	—	143 （98＋45）
		100mL未満	—	94 （49＋45）	—	—
	血漿成分分割加算 （当該1回目の注射を行った日に限る）	血漿	＋50		＋50	
③④	中心静脈注射（IVH） （1日につき）	140	190 （140＋50）	140	190 （140＋50）	・「血漿成分分割加算」を算定した場合は、1回目の注射実施日を摘要欄に記載する。
	血漿成分分割加算 （当該1回目の注射を行った日に限る）	血漿	＋50		＋50	
③⑤	中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400	1,900 （1,400＋500）	1,400	1,900 （1,400＋500）	・カテーテル挿入に伴う検査、画像診断の費用は、所定点数に含まれる。
	静脈切開法加算 （厚生労働大臣が定める患者）	—	（3歳未満） ＋2,000	—	（3歳未満） ＋2,000	
③⑥	腱鞘内注射（1回につき）	27		27		
③⑦	関節腔内注射（1回につき）	80		80		

## Ⅱ-5 処置

### ④0 処置

※外来管理加算は算定できない。

※手術当日、手術に関連して行う処置の費用（ギプス除く）は算定できない。

※（届）：届出を要する保険医療機関

通則加算		略 称	加算点数	算定の要件
5	イ	時間外加算1（外来患者、即日入院を含む）（届）	〔外〕 +80/100	・「イ」は時間外加算等届出保険医療機関において、所定点数1,000点以上の処置が行われた場合に算定できる。 ・「ロ」は時間外加算等届出保険医療機関以外の保険医療機関において、所定点数150点以上の処置が行われた場合に算定できる。
		休日加算1（外来患者、入院患者、即日入院を含む）（届）	〔休〕 +160/100	
		深夜加算1（外来患者、入院患者、即日入院を含む）（届）	〔深〕 +160/100	
		時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）（届）	〔特外〕 +80/100	
	ロ	時間外加算2（外来患者、即日入院を含む）	〔外〕 +40/100	・「所定点数」とは、「注」による加算（プラスチックギプス加算及びギプスにかかる乳幼児加算を含む）を合計した点数（処置医療機器等加算、薬剤料、特定保険医療材料料を除く）。
		休日加算2（外来患者、即日入院を含む）	〔休〕 +80/100	
		深夜加算2（外来患者、即日入院を含む）	〔深〕 +80/100	
		時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）	〔特外〕 +40/100	

※同一疾病又はこれに起因する病変に対して、創傷処置、皮膚科軟膏処置、湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し主たる点数のみ算定する。

※同一部位に対して、創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法、湿布処置が行われた場合は、主たる点数のみ算定する。

※熱傷には、電撃傷、薬傷、凍傷が含まれる。

※手術後の入院患者に対して創傷処置1、熱傷処置1又は重度褥瘡処置1を行った場合は、手術日から14日を限度として算定する。

※手術後の創傷処置は、回数にかかわらず1日につき算定する。

[処置名称] ■：外来診療料対象項目

[点数欄] 外：外来患者のみ算定

処置範囲		点 数			
		創傷処置	熱傷処置 初回処置日から 2月以内 (初回処置月日記載)	重度褥瘡処置 初回処置日から 2月以内 (1日につき)	皮膚科軟膏処置
1	100cm <sup>2</sup> 未満 (外来及び手術後の入院のみ)	■ 52	135 (第1度熱傷の場合は基本診療料に含まれ算定できない。)	90	(100cm <sup>2</sup> 未満は基本診療料に含まれ算定できない。)
2	100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満	■ 60	147	98	1 ■ 55
3	500cm <sup>2</sup> 以上3,000cm <sup>2</sup> 未満	90	270	150	2 85
4	3,000cm <sup>2</sup> 以上6,000cm <sup>2</sup> 未満	160	504	280	3 155
5	6,000cm <sup>2</sup> 以上	275 (6歳未満) 〔乳幼〕 +55	1,500 (6歳未満) 〔乳幼〕 +55	500	4 270

一般処置	略 称	点 数	備 考
絆創膏固定術		500	・足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷に対して、絆創膏固定術を行った場合。 ・交換は原則として週1回とする。
鎖骨又は肋骨骨折固定術		500	
■爪甲除去（麻酔を要しないもの）		外60	
ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）			・「1. 持続的吸引」は、圧をかけて排液した場合。 ・「2. その他のもの」は、自然排液の場合（ペンローズドレーン、フィルムチューブドレーン等を使用した場合）。
1 持続的吸引を行うもの		50	
2 その他のもの		25	
注 乳幼児加算（3歳未満）	〔乳幼〕	+110	・2日目以降はドレーン法（ドレナージ）の所定点数を算定する。
持続的胸腔ドレナージ（開始日）（1日1回限り）		660	
注 乳幼児加算（3歳未満）	〔乳幼〕	+110	
胃持続ドレナージ（開始日）		50	・2日目以降はドレーン法（ドレナージ）の所定点数を算定する。
注 乳幼児加算（3歳未満）	〔乳幼〕	+110	
持続的腹腔ドレナージ（開始日）（1日1回限り）		550	
注 乳幼児加算（3歳未満）	〔乳幼〕	+110	・高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
高位浣腸・高圧浣腸・洗腸		65	
注 乳幼児加算（3歳未満）	〔乳幼〕	+55	
摘便		100	・酸素代：購入価格×使用リットル数×1.3（補正率）＝使用価格（1円未満四捨五入）÷10＝酸素代（1点未満四捨五入） ・窒素代：価格（0.12円）×使用リットル数＝使用価格（1円未満四捨五入）÷10＝窒素代（1点未満四捨五入）
酸素吸入（1日につき）		65	



一般処置		略 称	点 数	備 考
人工腎臓(1日につき)				・「1」～「3」の所定点数には透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び厚生労働大臣が定める注射薬の費用が含まれ算定できない。 ・妊娠中以外の患者に対して、1月に15回以上人工腎臓と持続緩徐式血液濾過を併せて実施した場合(人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む)は、15回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料(透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン及び生理食塩水を含む)又は特定保険医療材料料は、別に算定できる。 ・算定日を摘要欄に記載する。 ・「導入期加算」を算定した場合は、導入年月日を摘要欄に記載する。 ・「長時間加算」は通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に6時間以上行った場合。  ・慢性維持透析以外の患者に「その他の場合」として算定した場合は、その理由として保医発通知の(8)のア～エまで(エについては(イ)～(ヌ)までに規定するものの中から該当するものを摘要欄に記載する。  ・「障害者等加算」を算定した場合は、保医発通知の(18)のア～ツまでに規定するものの中から該当するものを摘要欄に記載する。
1	慢性維持透析を行った場合1(届)			
	イ 4時間未満		1,980	
	ロ 4時間以上5時間未満		2,140	
2	慢性維持透析を行った場合2(届)			
	イ 4時間未満		1,940	
	ロ 4時間以上5時間未満		2,100	
3	慢性維持透析を行った場合3			
	イ 4時間未満		1,900	
	ロ 4時間以上5時間未満		2,055	
4	慢性維持透析を行った場合3			
	イ 4時間未満		2,185	
	ハ 5時間以上		2,230	
4	その他の場合		1,580	
	時間外・休日加算 (17時以降開始・21時以降終了・休日に行った場合)		外+380	
	導入期加算(血液透析開始から1月間、1日につき)(届)			
注	イ 導入期加算1		+300	
	ロ 導入期加算2		+400	
	障害者等加算(1日につき)	障	+140	
注	透析液水質確保加算(届)	水	+10	
	下肢末梢動脈疾患指導管理加算(届) (月1回限り)		+100	
	長時間加算(1回につき)		+150	
注	慢性維持透析濾過加算(届)		+50	

皮膚科処置		略 称	点 数	備 考
面皰圧出法			49	・同一部位について、その範囲にかかわらず月2回に限り算定する。
鶏眼・胼胝処置			170	
泌尿器科処置		略 称	点 数	備 考
■膀胱洗浄(1日につき)			60	・膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿(尿道拡張を要するもの)又は後部尿道洗浄(ウルツマン)を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。 ・留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
留置カテーテル設置			40	
導尿(尿道拡張を要するもの)			40	
眼科処置		略 称	点 数	備 考
■眼処置			外25	・片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気電法、熱気電法、イオントフォレーゼおよび麻薬加算含む。 ・上眼瞼と下眼瞼に行った場合でも1回として算定する。 ・5～6本程度の睫毛抜去は「1」を算定する。又、「1. 少数の場合」を他の眼科処置又は眼科手術と併施した場合は算定できない。
■睫毛抜去(1日1回限り)			45	
1	少数の場合		外25	
	多数の場合		45	
耳鼻咽喉科処置		略 称	点 数	備 考
■耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む)			外25	・点耳又は簡単な耳垢除去は、基本診療料に含まれ算定できない。 ・鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用を含む。
鼓室処置(片側)			55	
■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)		外30	
	ポリツェル球による耳管通気法		外20	
■鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む)			外12	・口腔・咽頭処置を併せて行った場合も12点とする。 ・鼻洗浄は、基本診療料に含まれ算定できない。
■口腔・咽頭処置			外12	
扁桃処置			40	・鼻処置を併せて行った場合も12点とする。 ・咽頭処置の費用を含む。
■間接喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む)			外27	
副鼻腔手術後の処置(片側)			45	・同一日の副鼻腔自然口開大処置の費用は算定できない。
副鼻腔洗浄又は吸引(注入を含む)(片側)				
1	副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合		55	
	2 1以外の場合		25	
耳垢栓塞除去(複雑なもの)				・簡単な耳垢除去は、基本診療料に含まれ算定できない。
1	片側		100	
	2 両側		180	
注 乳幼児加算(6歳未満)		乳幼	+55	
■ネブライザー			外12	
■超音波ネブライザー(1日につき)			24	

[処置名称] ■：外来診療料対象項目 [点数欄] 外：外来患者のみ算定

整形外科の処置		略 称	点 数	備 考
関節穿刺 (片側)			100	
注	乳幼児加算 (3歳未満)	乳幼	+110	
ガングリオン穿刺術			80	
ガングリオン圧碎法			80	
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) (1局所1日につき)			50	・1局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分ける。
注	乳幼児加算 (3歳未満)	乳幼	+55	・「鋼線等による直達牽引」と「消炎鎮痛等処置」又は「腰部又は胸部固定帯固定」又は「低出力レーザー照射」又は「肛門処置」同時 → 「鋼線等による直達牽引」のみ算定する。
■介達牽引 (1日につき)			35	・「介達牽引」と「矯正固定」又は「変形機械矯正術」又は「消炎鎮痛等処置」又は「腰部又は胸部固定帯固定」又は「低出力レーザー照射」又は「肛門処置」同時 → 主たるもののみ算定する。
■矯正固定 (1日につき)			35	・「矯正固定」と「消炎鎮痛等処置」同時 → 主たるもののみ算定する。
■変形機械矯正術 (1日につき)			35	・「変形機械矯正術」と「消炎鎮痛等処置」同時 → 主たるもののみ算定する。
■消炎鎮痛等処置 (1日につき)				・同一日に「消炎鎮痛等処置」の1～3のうち2以上を併せて行った場合、主たるもののみ算定する。
1	マッサージ等の手技による療法 (あんま、マッサージ、指圧)		35	・「腰部又は胸部固定帯固定」と同一日 → 主たるもののみ算定する。
2	器具等による療法 (電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットバック、超音波療法、マイクロレーダー等)		35	
3	湿布処置 (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もの)		外35 (診療所のみ)	
■腰部又は胸部固定帯固定 (1日につき)			35	・腰部又は胸部固定帯を使用した場合は給付の都度、処置医療機器等加算として腰部 (胸部) 固定帯加算170点を算定する。 ・「腰部又は胸部固定帯固定」と「消炎鎮痛等処置」又は「低出力レーザー照射」又は「肛門処置」同時 → 主たるもののみ算定する。

ギブス		点 数	備 考
四肢キブス包帯			
1	鼻ギブス	310	ギブスシャーレ 所定点数×0.2 切割使用した場合
2	手指及び手、足 (片側)	490	ギブス除去料 所定点数×0.1 他医療機関装着のもののみ
3	半肢 (片側)	780	ギブス修理料 所定点数×0.1 ギブスベッド、ギブス包帯の修理
4	内反足矯正ギブス包帯 (片側)	1,140	ギブスシーネ 所定点数×1.0 ギブスで作った副木として使用
5	上肢、下肢 (片側)	1,200	・乳幼児 (6歳未満 [乳幼]) に対して J122～J129-4 までのギブスを行った場合は、所定点数の55/100を加算する。
6	体幹から四肢にわたるギブス包帯 (片側)	1,840	
体幹ギブス包帯		1,500	「体幹ギブス」「鎖骨ギブス」「ギブスベッド」「斜頸矯正ギブス」「先天性股関節脱臼ギブス」「脊椎側弯矯正ギブス」に対して、プラスチックギブスを使用した場合は、所定点数の20/100を加算する。
鎖骨ギブス包帯 (片側)		1,250	
ギブスベッド		1,400	
斜頸矯正ギブス包帯		1,670	
先天性股関節脱臼ギブス包帯		2,400	
脊椎側弯矯正ギブス包帯		3,440	
治療装具の採型ギブス			
1	義肢装具採型法 (1肢につき)	200	
2	義肢装具採型法 (四肢切断の場合) (1肢につき)	700	
3	体幹硬性装具採型法	700	
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	

※同一日に重複算定できない処置 (主たるもののみ算定)

喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干涉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄 (気管支ファイバースコープを使用した場合を含む)、ネブライザー、超音波ネブライザー

※同一日に「酸素吸入」「突発性難聴に対する酸素療法」「酸素テント」の費用が含まれる処置

間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄 (気管支ファイバースコープを使用した場合を含む)

※基本診療料に含まれ算定できない処置

浣腸、注腸、吸入、100cm<sup>2</sup>未満の第1度熱傷処置、100cm<sup>2</sup>未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他処置料に掲げられていない処置であって、簡単な処置 (簡単な物理療法を含む)

Ⅱ-6 手術・輸血

⑤ 手術

※外来管理加算は算定できない。  
※手術当日、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置の費用（ギブスを除く）及び注射の手技料は算定できない。  
※内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は算定できない。  
※手術に使用される外皮用殺菌剤（イソジン液等）は算定できない。  
※（届）：届出を要する保険医療機関

通則	通則加算		略 称	加算点数	備 考
7	体重1,500g未満児加算（一部の手術のみ）		未満	+400/100	・「通則7」「通則8」「通則12」の加算は、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定保険医療材料料に対しては加算できない。
	新生児加算（生後28日未満）（一部の手術のみ）		新	+300/100	
8	乳幼児加算（3歳未満）（K618除く）		乳幼	+100/100	
	幼児加算（3歳以上6歳未満）（K618除く）		幼	+50/100	
12	イ	時間外加算1（外来患者、即日入院を含む）（届）	外	+80/100	
		休日加算1（外来患者、入院患者、即日入院を含む）（届）	休	+160/100	
		深夜加算1（外来患者、入院患者、即日入院を含む）（届）	深	+160/100	
		時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）（届）	特外	+80/100	
	ロ	時間外加算2（外来患者、即日入院を含む）	外	+40/100	
		休日加算2（外来患者、入院患者、即日入院を含む）	休	+80/100	
		深夜加算2（外来患者、入院患者、即日入院を含む）	深	+80/100	
		時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）	特外	+40/100	
9	頸部郭清術加算（一部の手術のみ）	片側		+4,000	
		両側		+6,000	
10	HIV抗体陽性患者加算（観血的手術を行った場合のみ）			+4,000	
11	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、B型肝炎、C型肝炎、結核の感染患者に対しての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、脊椎麻酔を伴う手術加算			+1,000	
14	・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を他の手術と併施した場合は、それぞれ算定できる。 ・大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術を併施した場合は、それぞれ算定できる。 ・喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとを同時に行った場合は、それぞれ算定できる。 ・先天性気管狭窄症手術と第10部第1節第8款（K538～K628）に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれ算定できる。				
	複数手術にかかる費用の特例		（併施）	主たる手術の所定点数＋従たる手術の所定点数×50/100	

手術

手術医療機器等加算			点 数	備 考
脊髄誘発電位測定等加算	1	脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合	+3,130	それぞれ対象手術のみ加算できる。 ・「胃瘻造設時嚥下機能評価加算」を届出医療機関以外の保険医療機関で算定する場合は、所定点数の80/100で算定する。
	2	甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合	+2,500	
超音波凝固切開装置等加算			+3,000	
創外固定器加算			+10,000	
イオントフォーレーゼ加算			+45	
副鼻腔手術用内視鏡加算			+1,000	
副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算			+1,000	
止血用加熱凝固切開装置加算			+700	
自動縫合器加算			+2,500	
自動吻合器加算			+5,500	
微小血管自動縫合器加算			+2,500	
心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算			+30,000	
術中グラフト血流測定加算			+2,500	
体外衝撃波消耗性電極加算			+3,000	
画像等手術支援加算	1	ナビゲーションによるもの	+2,000	
	2	実物大臓器立体モデルによるもの	+2,000	
	3	患者適合型手術支援ガイドによるもの	+2,000	
術中血管等描出撮影加算			+500	
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算（届）			+450	
胃瘻造設時嚥下機能評価加算（届）			+2,500	
凍結保存同種組織加算（届）			+81,610	
レーザー機器加算（届）	1	レーザー機器加算1	+50	
	2	レーザー機器加算2	+100	
	3	レーザー機器加算3	+200	

名 称		点 数	備 考
創傷処理			・切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む）を行う場合に算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。 ・「真皮縫合」の露出部とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。 ・「3」のイについては、長径20cm以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定する。
1	筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満）	1,250	
2	筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	1,680	
筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）			
3	イ 頭頸部のもの（長径20cm以上のものに限る）	8,600	
	ロ その他のもの	2,400	
4	筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm未満）	470	
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	850	
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	1,320	
注	真皮縫合加算（露出部のみ）	+ 460	
	デブリードマン加算（当初1回限り）	+ 100	
小児創傷処理（6歳未満）			・切開を加えた長さではなく、膿瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさをいう。
1	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）	1,250	
2	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm以上5cm未満）	1,400	
3	筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	2,220	
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）	3,430	
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm未満）	450	
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm以上5cm未満）	500	
7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	950	
8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	1,740	
注	真皮縫合加算（露出部のみ）	+ 460	
	デブリードマン加算（当初1回限り）	+ 100	
皮膚切開術			
1	長径10cm未満	470	
2	長径10cm以上20cm未満	820	
3	長径20cm以上	1,470	

## ⑤0 輸血

※外来管理加算は算定できない。

※（届）：届出を要する保険医療機関

輸 血			点 数	備 考	
1	自家採血輸血（200mLごとに）			・「1回目」とは、一連の輸血における最初の200mLの輸血をいい、2回目以降とはそれ以外の輸血をいう。	
	イ	1回目	750		
	ロ	2回目以降	650		
2	保存血液輸血（200mLごとに）			・輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と補液の量は、別々のものとして算定する。	
	イ	1回目	450		
	ロ	2回目以降	350		
3	自己血貯血			・「血液交叉試験」「間接クームス検査」は自家採血を使用する場合は供血者ごとに、保存血を使用する場合は、血液バッグ（袋）1バッグごとにそれぞれ算定する。  ・「自己血貯血」を行った場合は、貯血量、手術予定日（自己血貯血を外来で行った場合、又は自己血貯血を行った月と手術予定日の月が異なる場合に限り）を摘要欄に記載する。	
	イ	6歳以上（200mLごとに）			
		(1) 液状保存の場合	250		
	ロ	(2) 凍結保存の場合			500
		6歳未満（体重1kgにつき4mLごとに）			
	(1) 液状保存の場合	250			
(2) 凍結保存の場合		500			
4	自己血輸血			・6歳未満の患者に「自己血貯血」を行った場合は、患者の体重を摘要欄に記載する。  ・6歳未満の患者に「自己血輸血」を行った場合は、体重及び輸血量を摘要欄に記載する。	
	イ	6歳以上（200mLごとに）			
		(1) 液状保存の場合	750		
	ロ	(2) 凍結保存の場合			1,500
		6歳未満（体重1kgにつき4mLごとに）			
	(1) 液状保存の場合	750			
(2) 凍結保存の場合		1,500			
5	希釈式自己血輸血			・「不規則抗体検査」 → 頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回に限り197点を加算する（週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるもの）。  ・コンピュータクロスマッチ加算を算定した場合は、「血液交叉試験加算」及び「間接クームス検査加算」は算定できない。	
	イ	6歳以上（200mLごと）	1,000		
	ロ	6歳未満（体重1kgにつき4mLごとに）	1,000		
注	6 交換輸血（1回につき）		5,250		
	血液型検査（ABO式及びRh式）		+ 54		
	不規則抗体検査（月1回）		+ 197		
	HLA型クラスⅠ（A、B、C）（一連につき）		+ 1,000		
	HLA型クラスⅡ（DR、DQ、DP）（一連につき）		+ 1,400		
	血液交叉試験加算（1回につき）		+ 30		
	間接クームス検査加算（1回につき）		+ 47		
	コンピュータクロスマッチ加算（1回につき）		+ 30		
	乳幼児加算（6歳未満）		+ 26		
	血小板洗浄術加算		+ 580		

名 称		略 称	点 数	備 考
輸血管理料（月1回限り）（届）				・赤血球濃厚液（浮遊液含む）、血小板濃厚液、自己血輸血、新鮮凍結血漿、アルブミン製剤の輸注を行った場合。
1	輸血管理料Ⅰ	輸管Ⅰ	220	
	注 輸血適正使用加算		+ 120	
2	輸血管理料Ⅱ	輸管Ⅱ	110	
	注 輸血適正使用加算		+ 60	
注	貯血式自己血輸血管理体制加算		+ 50	

## Ⅱ-7 麻酔

### ⑤0 麻酔

※外来管理加算は算定できない。

※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算定する。

※（届）：届出を要する保険医療機関

通則加算		略 称	点 数	備 考
2	未熟児加算（出生時体重2,500g未満で出生後90日以内）	未	+200/100	・酸素代、窒素代、麻酔管理料に対しては加算できない。
	新生児加算（生後28日未満）	新	+200/100	
	乳幼児加算（1歳未満）	乳	+50/100	
	幼児加算（1歳以上3歳未満）	幼	+20/100	
3	時間外加算（外来患者、即日入院を含む）	外	+40/100	
	休日加算（外来患者、入院患者、即日入院を含む）	休	+80/100	
	深夜加算（外来患者、入院患者、即日入院を含む）	深	+80/100	
	時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）	特外	+40/100	

名 称		点 数	備 考
迷もう麻酔		31	・吸入麻酔であって、実施時間が10分未満の場合に算定する。
筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔		120	
静脈麻酔			・「1」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置、手術が行われた場合であって、麻酔時間が10分未満の場合に算定する。 ・「2」及び「3」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合に算定する。 ・「3」については、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合に算定する。
1	短時間のもの	120	
2	十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）	600	
3	十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）	800	
	注 麻酔管理時間加算（2時間超えた場合）	+100	
注	幼児加算（3歳以上6歳未満）	+所定点数の10/100	
硬膜外麻酔			・実施時間は、硬膜外腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置、手術の終了した時点を終了時間とする。
1	頸・胸部	2時間まで	
	注 麻酔管理時間加算（2時間超え30分又は端数を増すごとに）	+750	
2	腰部	2時間まで	
	注 麻酔管理時間加算（2時間超え30分又は端数を増すごとに）	+400	
3	仙骨部	2時間まで	
	注 麻酔管理時間加算（2時間超え30分又は端数を増すごとに）	+170	
硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く）		80	・精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。
注	精密持続注入加算	+80	
脊椎麻酔（2時間まで）		850	・実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置、手術の終了した時点を終了時間とする。
注	麻酔管理時間加算（2時間超え30分又は端数を増すごとに）	+128	
上・下肢伝達麻酔		170	
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	・球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみ算定し、重複算定できない。
開放点滴式全身麻酔		310	・ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は、本区分により算定する。

名 称		略 称	点 数	備 考
麻酔管理料（Ⅰ）（届）		麻管Ⅰ		・届出保険医療機関で常勤の麻酔科医が麻酔前後の診察を行い、「1」又は「2」のいずれかの麻酔を行った場合に算定する。
1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔		250	
	注 帝王切開術時麻酔加算		+700	
2	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔		1,050	・対象手術にあたって、閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合。
	注 長時間麻酔管理加算		+7,500	
麻酔管理料（Ⅱ）（届）		麻管Ⅱ		・届出保険医療機関で常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、「1」又は「2」のいずれかの麻酔を行った場合に算定する。
1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔		150	
2	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔		450	



名 称		点 数	備 考	
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(2時間まで)				
1	・人工心肺を用いた低体温で行う心臓手術 ・K552－2冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)であって低体温で行うもの ・分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔		・実施時間は、閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。 ・酸素代:購入価格×使用リットル数×1.3(補正率)＝使用価格(1円未満四捨五入)÷10＝酸素代(1点未満四捨五入) ・窒素代:価格(0.12円)×使用リットル数＝使用価格(1円未満四捨五入)÷10＝窒素代(1点未満四捨五入)	
	イ	厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者		24,900
	ロ	イ以外		18,200
	注	麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)		+1,800
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) ・K552－2冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)(低体温で行うものを除く) ・低血圧麻酔 ・低体温麻酔 ・分離肺換気による麻酔 ・高頻度換気法による麻酔(1に掲げる場合を除く)		[同一日に算定できない検査] ・呼吸心拍監視、新生児心拍、呼吸監視、カルジオスコプ(ハートスコプ)、カルジオタコスコープ、 ・体温(深部体温を含む)測定 ・経皮的動脈血酸素飽和度測定 ・終末呼気炭酸ガス濃度測定  ・「厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者」を算定する場合は、保医発通知の(4)のア～ハまでに規定するものの中から該当するものを摘要欄に記載する。	
	イ	厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者		16,600
	ロ	イ以外		12,100
	注	麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)		+1,200
3	・1若しくは2以外の心臓手術 ・伏臥位で行われる麻酔(1又は2に掲げる場合を除く)			
	イ	厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者		12,450
	ロ	イ以外		9,050
	注	麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)		+900
4	・腹腔鏡を用いた手術若しくは検査 ・側臥位で行われる麻酔(1～3に掲げる場合を除く)			
	イ	厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者		9,130
	ロ	イ以外		6,610
	注	麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)		+660
5	・その他の場合			
	イ	厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者		8,300
	ロ	イ以外		6,000
	注	麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)		+600
注	硬膜外麻酔加算			
	イ	頸・胸部		+750
		注		麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)
	ロ	腰部		+400
		注		麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)
	ハ	仙骨部		+170
		注		麻酔管理時間加算 (2時間超え30分又は端数を増すごとに)
	術中経食道心エコー連続監視加算			
	冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合			+880
	弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合			+1,500
臓器移植術加算		+15,250		
神経ブロック併施加算		+45		
非侵襲的血行動態モニタリング加算		+500		
術中脳灌流モニタリング加算		+1,000		
・「非侵襲的血行動態モニタリング加算」は、別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術(K672-2腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2腹腔鏡下虫垂切除術を除く。)が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に算定する。  ・「術中脳灌流モニタリング加算」は、K609動脈血腔内膜摘出術(内頸動脈に限る)又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定する。				

## 神経ブロック料

名 称	点 数	備 考
神経幹内注射	25	
カテラン硬膜外注射	140	・刺入する部位にかかわらず所定点数を算定する。
トリガーポイント注射(1日につき1回)	80	・トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

## Ⅱ-8 検査

### ⑥0 検査

#### よく出る検査項目

[検査名称] ★：手術前医学管理料対象項目 ☆：手術後医学管理料対象項目

名 称	点 数 (6歳以上)
U－ 検(★☆)・沈(鏡検法) 26点 27点	53×回数
B－ 末梢血液一般(★☆)・像(自動機械法)(★☆)・ESR(☆) 21点 15点 9点	45×回数
B－ 出血(★)・PT(★)・APTT(★) 15点 18点 29点	62×回数
B－ CRP定性(★)・梅毒血清反応(STS)定性(★)・梅毒トレポネーマ抗体定性(★) 16点 15点 32点	63×回数
B－ HBs抗原定性・半定量(★)・HCV抗体定性・定量(★) 29点 111点	140×回数
B－ CRP(★)・梅毒血清反応(STS)定量・梅毒トレポネーマ抗体定量 16点 34点 53点	103×回数
肺気分画(判呼) 140点)	90×回数
ECG12(★☆)	130×1
ECG12 減	117×回数
超音波断層(胸腹部)	530×1
超音波断層(胸腹部) 減	477×回数

#### 検体検査料

※(届)：届出を要する保険医療機関

名 称	略 称	点 数	備 考
時間外緊急院内検査加算 (1日につき)	緊検 開始日時 (引き続き入院した場合はその旨)	200	・標榜時間以外の時間・休日・深夜に外来患者（外来から引き続き入院をした場合を含む）に対して、緊急に検体検査を行った場合。 ・同一日に外来迅速検体検査加算は算定できない。
外来迅速検体検査加算 (1項目につき) (1日5項目限度)	外迅検 (引き続き入院した場合はその旨)	10	・外来患者（外来から引き続き入院をした場合を含む）のみ算定。 ・厚生労働大臣が定める検体検査を検査実施日のうちに説明したうえで文書により情報を提供し、当該検査の結果にもとづく診療が行われた場合。 [厚生労働大臣が定める検査] ・尿中一般物質定性半定量検査 ・尿沈渣（鏡検法） ・糞便中ヘモグロビン ・赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1c（HbA1c） ・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 ・総ビリルビン（T-Bil）、総蛋白（TP）、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸（UA）、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（TG）、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、AST、ALT、LDL-コレステロール、グリコアルブミン ・甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊離サイロキシシン（FT <sub>4</sub> ）、遊離トリヨードサイロニン（FT <sub>3</sub> ） ・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 ・C反応性蛋白（CRP） ・排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の「その他のもの」
検体検査判断料			
1	尿・糞便等検査判断料 ☆	判尿	34
2	血液学的検査判断料 ★☆	判血	125
3	生化学的検査（Ⅰ）判断料 ★☆	判生Ⅰ	144
4	生化学的検査（Ⅱ）判断料	判生Ⅱ	144
5	免疫学的検査判断料 ★	判免	144
6	微生物学的検査判断料	判微	150
注	検体検査管理加算（Ⅰ）（届）	検管Ⅰ	+ 40
	検体検査管理加算（Ⅱ）（届）	検管Ⅱ	+ 100
	検体検査管理加算（Ⅲ）（届）	検管Ⅲ	+ 300
	検体検査管理加算（Ⅳ）（届）	検管Ⅳ	+ 500

それぞれ月1回に限る。

・月1回に限る。  
・検体検査判断料のいずれかを算定した場合に算定する。ただし、同一月に検体検査管理加算（Ⅰ）～（Ⅳ）の重複算定はできない。  
・検体検査管理加算（Ⅰ）は、外来患者又は入院患者に対し、検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）は、入院患者に対して算定する。

## 尿・糞便等検査 判尿 ☆ 34点(月1回限り)

※尿中一般物質定性半定量検査に係る判断料は算定できない。

[検査名称] ■: 外来診療料対象項目 ▼: 外来迅速検体検査加算対象項目 ★: 手術前医学管理料対象項目 ☆: 手術後医学管理料対象項目

名 称		略 称	点 数	備 考
■▼尿中一般物質定性半定量検査（院内検査）★☆ [比重、pH、蛋白定性(E)、グルコース(Z)、ウロビリノゲン(uro)、ウロビリニン定性、ビリルビン、ケトン体、潜血反応、試験紙法による尿細菌検査(亜硝酸塩)、食塩、試験紙法による白血球検査(白血球エステラーゼ)、アルブミン]		尿中一般 U－検	26	・この検査のみでは「判尿」は算定できない。 ・左記「 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span> 」内の項目が含まれる。
尿中特殊物質定性定量検査		略 称	点 数	備 考
1	■尿蛋白 ☆	U－タン	7	・「8」アルブミン定量(尿)、「9」トランスフェリン(尿)、「16」Ⅳ型コラーゲン(尿)を同時→主たるもののみ算定する。 ・「8」アルブミン定量(尿)は、3月に1回に限り算定する。 ・「9」トランスフェリン(尿)は、3月に1回に限り算定する。 ・「13」ミオイノシトール(尿)は、1年に1回に限り算定する。 ・「16」Ⅳ型コラーゲン(尿)は、3月に1回に限り算定する。
2	■VMA定性(尿)		9	
	■Bence Jones蛋白定性(尿)			
	■尿グルコース ☆	U－トウ	16	
	■ウロビリノゲン(尿)	U－ウロ		
3	■先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)		17	
	■尿浸透圧			
4	■ボルフィリン症スクリーニングテスト(尿)		17	
5	■N－アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿)	U－NAG	41	
6	■アルブミン定性(尿)		49	
7	■黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)	U－LH	72	
	■フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿)	U－FDP		
8	■アルブミン定量(尿)		105	
9	■トランスフェリン(尿)		107	
10	■ウロボルフィリン(尿)		108	
11	■δアミノレブリン酸(δ－ALA)(尿)	U－δ－ALA	112	
12	■ポリアミン(尿)		115	
13	■ミオイノシトール(尿)		120	
14	■コプロボルフィリン(尿)		139	
15	■ボルフォビリノゲン(尿)		191	
	■総ヨウ素(尿)			
16	■Ⅳ型コラーゲン(尿)		194	
17～20省略				
名 称		略 称	点 数	備 考
■▼尿沈渣（鏡検法）（院内検査）		U－沈（鏡検法）	27	・同一検体を用いて尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）とD017細菌顕微鏡検査（細菌塗抹）を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。
注	■染色標本加算	/染色	+9	
■尿沈渣（フローサイトメトリー法）（院内検査）		U－沈（フローサイトメトリー法）	24	
糞便検査		略 称	点 数	備 考
1	■虫卵検出（集卵法）（糞便）	F－集卵	15	
	■ウロビリン（糞便）			
2	■糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察含む）	F－塗	20	
3	■虫体検出（糞便）		23	
4	■糞便中脂質		25	
5	■糞便中ヘモグロビン定性		37	
6	■虫卵培養（糞便）		40	
7	■▼糞便中ヘモグロビン		41	
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	
9	■カルプロテクチン（糞便）		276	
穿刺液・採取液検査		略 称	点 数	備 考
1	ヒューナー検査		20	
2	胃液又は十二指腸液一般検査	G－胃液、 十二指腸液	55	
3	髄液一般検査	PL－検	62	
4	精液一般検査		70	
5	頸管粘液一般検査		75	
6	顆粒球エステラーゼ定性（子宮頸管粘液）		100	
	IgE定性（涙液）			
7	顆粒球エステラーゼ（子宮頸管粘液）		125	
8～15省略				

## 血液学的検査 判血 ★☆ 125点(月1回限り)

※静脈血採取料 (B-V) (1日につき) 30点 (外来のみ)、6歳未満 55点 (外来のみ)

[検査名称] ■: 外来診療料対象項目 ▼: 外来迅速検体検査加算対象項目 ★: 手術前医学管理料対象項目 ☆: 手術後医学管理料対象項目

血液形態・機能検査		略 称	点 数	備 考
1	■▼赤血球沈降速度 (ESR) (院内検査) ☆	ESR・血沈	9	・「4」好酸球数、「3」又は「6」末梢血液像を同時 → 主たるもののみ算定する。 ・左記〔 〕内の全部又は一部を行った場合に算 定する。 ・「6」末梢血液像(鏡検法)の「特殊染色加算」は、 特殊染色ごとに加算する。 ・同一月に「9」HbA1c、D007「18」グリコアルブ ミン、D007「22」1,5AGを行った場合は、月1 回に限り主たるもののみ算定する。(妊娠中の 患者等については、診療報酬点数表参照)。 ・「14」骨髓像の「特殊染色加算」は、特殊染色ご とに加算する。
2	■網赤血球数	レチクロ	12	
3	■血液浸透圧		15	
	■好酸球(鼻汁・喀痰)			
	■末梢血液像(自動機械法) ★☆	像(自動機械法)		
4	■好酸球数		17	
5	■▼末梢血液一般検査 ★☆ 〔赤血球数(R)、白血球数(W)、血色素測定(Hb)、ヘマ トクリット値(Ht)、血小板数(PL)〕		21	
6	■末梢血液像(鏡検法) ★☆ 注 ■特殊染色加算	像(鏡検法) 〔特染〕	25 + 27	
7	■血中微生物検査		40	
8	■赤血球抵抗試験		45	
9	▼ヘモグロビンA1c (HbA1c)	HbA1c	49	
10	■自己溶血試験		50	
	■血液粘稠度			
11	■ヘモグロビンF (HbF)	HbF	60	
12	デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	TK 活性	233	
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)	TdT	250	
14	骨髓像		837	・「14」骨髓像の「特殊染色加算」は、特殊染色ご とに加算する。
	注 特殊染色加算	〔特染〕	+ 40	
15	造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)		2,000	
出血・凝固検査		略 称	点 数	備 考
1	出血時間 ★	出血	15	・「1」出血時間には耳採血料が含まれる。 ・「2」トロンボテスト、PTを同時 → 主たるも ののみ算定する。 ・「8」血小板凝集能、D005「5」末梢血液一般を同時 → 「8」血小板凝集能のみ算定する。
2	▼プロトロンビン時間 (PT) ★	PT	18	
	トロンボテスト			
3	血餅収縮能		19	
	毛細血管抵抗試験			
4	フィブリノゲン半定量	Fib半定量	23	
	フィブリノゲン定量	Fib定量		
	クリオフィブリノゲン			
5	トロンビン時間		25	
6	蛇毒試験		28	
	トロンボエラストグラフ			
	ヘパリン抵抗試験			
7	活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT) ★	APTT	29	
8	血小板凝集能		50	
9	血小板粘着能		64	
10	アンチトロンビン活性		70	
	アンチトロンビン抗原			
11	▼フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性	FDP定性	80	
	▼フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量	FDP半定量		
	▼フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量	FDP定量		
	プラスミン			
	プラスミン活性			
	α <sub>1</sub> -アンチトリプシン			
12	フィブリンモノマー複合体定性		93	
13～35省略				
同一検体を用いて14～33の項目を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査項目 数に応じて算定する。				
イ	3項目又は4項目		530	
ロ	5項目以上		722	

# 生化学的検査(Ⅰ) 判生Ⅰ ★☆ 144点(月1回限り)

※静脈血採取料(B-V)(1日につき)30点(外来のみ)、6歳未満 55点(外来のみ)

[検査名称] ▼: 外来迅速検体検査加算対象項目 ★: 手術前医学管理料対象項目 ☆: 手術後医学管理料対象項目

[点数欄] 入: 入院患者のみ算定

	血液化学検査	略 称	点 数	備 考	
1	▼総ビリルビン ★☆	BIL/総、 T-Bil	11	・「1」総蛋白、アルブミン、「4」タン分画を同時 → 主たるもの2つのみ算定する。	
	直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン ★☆	BIL/直、 D-Bil			
	▼総蛋白 ★☆	TP			
	▼アルブミン ★☆	Alb			
	▼尿素窒素 ★☆	BUN			
	▼クレアチニン ★☆	Crea			
	▼尿酸 ★☆	UA			
	▼アルカリホスファターゼ (ALP) ★☆	ALP			
	▼コリンエステラーゼ (ChE) ★☆	ChE			
	▼γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT) ★☆	γ-GT			
	▼中性脂肪 (TG) ★☆	TG			
	▼ナトリウム及びクロール (併せて1項目とする) ★☆	Na,Cl			
	▼カリウム ★☆	K			
	▼カルシウム ★☆	Ca			
	マグネシウム ★☆	Mg			
	クレアチン ★☆				
	▼グルコース ★☆	血糖・Gl・BS			
	▼乳酸デヒドロゲナーゼ (LD) ★☆	LD			
	アミラーゼ ★☆	Amy			
	ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP) ★☆	LAP			
	▼クレアチンキナーゼ (CK) ★☆	CK			
	アルドラーゼ ★☆	ALD			
	遊離コレステロール ★☆	遊離-cho			
	鉄 (Fe) ★☆	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 (UIBC) (比色法) ★☆	UIBC (比色法)		・「1」UIBC (比色法)、TIBC (比色法) を同時 → 主たるもののみ算定する。	
	総鉄結合能 (TIBC) (比色法) ★☆	TIBC (比色法)			
2	リン脂質 ★☆	PL	15	・「3」HDL-cho、T-cho、「4」LDL-choを同時 → 主たるもの2つのみ算定する。	
3	▼HDL-コレステロール ★☆	HDL-cho	17		
	無機リン及びリン酸 (併せて1項目とする) ★☆	P,HP <sub>4</sub>			
	▼総コレステロール ★☆	T-cho			
	▼アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST) ★☆	AST			
4	▼アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) ★☆	ALT	18	・「4」タン分画、「1」総蛋白、アルブミンを同時 → 主たるもの2つのみ算定する。	
	▼LDL-コレステロール ★☆	LDL-cho			
5	蛋白分画	タン分画	23	・「8」マンガンは、1月以上 (胆汁排泄能の低下している患者は2週間以上) 高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して3月に1回に限り算定する。	
6	銅 (Cu)	Cu			
7	リパーゼ		24		
8	イオン化カルシウム ★☆		26		
8	マンガン (Mn)	Mn	27		
同一検体を用いて1～8の項目を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算定する。					
イ	5項目以上7項目以下		93		・「初回加算」は、基本的検体検査実施料を算定している場合は加算できない。
ロ	8項目又は9項目		99		
ハ	10項目以上		112		
注	入院時初回加算 (入院して初めて行う (生Ⅰ) 検査の包括対象項目を10項目以上行った場合に加算する。)		入+20		



[検査名称] ▼：外来迅速検体検査加算対象項目 ☆：手術後医学管理料対象項目

血液化学検査				略 称	点 数	備 考
9	ムコ蛋白				29	・「10」ケトン体、「20」ケトン体分画を同時 → 「20」ケトン体分画のみ算定する。
10	ケトン体				30	
11	アポリボ蛋白	イ	1項目の場合		31	
		ロ	2項目の場合		62	
		ハ	3項目以上の場合		94	
12	アデノシンデアミナーゼ (ADA)			ADA	32	・「15」重炭酸塩、「37」血液ガス分析を同時 → 「37」血液ガス分析のみ算定する。
13	グアナーゼ			GU	35	
14	有機モノカルボン酸			TBA	47	
	胆汁酸					
15	ALPアイソザイム			ALPアイソ	48	
	アミラーゼアイソザイム			Amyアイソ		
	γ-GTアイソザイム			γ-GTアイソ		
	LDアイソザイム			LDアイソ		
	重炭酸塩					
16	ASTアイソザイム			ASTアイソ	49	
リボ蛋白分画						
17	アンモニア				50	
18	CKアイソザイム			CKアイソ	55	・同一月に「18」グリコアルブミン、「22」1,5AG、D005「9」HbA1cを行った場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。(妊娠中の患者等については診療報酬点数表参照)。
▼グリコアルブミン						
19	コレステロール分画				57	
20	ケトン体分画				59	
遊離脂肪酸						
21	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (L-CAT)			L-CAT	70	
22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)			G-6-PD	80	
	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)			1,5AG		
	グリココール酸					
23	CK-MB				90	
24	膵分泌性トリプシンインヒビター (PSTI)			PSTI	95	・「24」PSTI、「46」トリプシンを同時 → 主たるもののみ算定する。
	LDアイソザイム1型					
	総カルニチン					
	遊離カルニチン					
25	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)			ALPアイソ及びBAP	96	・「25」ALPアイソ及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、「43」ALPアイソ (PAG電気泳動法)、D008「24」骨型アルカリホスファターゼ (BAP) を同時 → 主たるもののみ算定する。 ・「26」リボ蛋白 (a) は、3月に1回に限り算定する。 ・「27」ヘパリンは、1月に1回に限り算定する。 ・同一月の「30」心筋トロポニンI、「32」TnT定性・定量 → 主たるもののみ算定する。 ・「30」KL-6、「35」SP-A、「36」SP-Dを同時 → 主たるもののみ算定する。 ・「31」ペントシジンは、3月に1回に限り算定する。 ・「32」イヌリンは、6月に1回に限り算定する。
26	リボ蛋白 (a)				107	
27	ヘパリン				108	
28	フェリチン半定量				111	
フェリチン定量						
29	エタノール				113	
30	心筋トロポニンI				117	
KL-6						
31	ペントシジン			AI	118	
アルミニウム (AI)						
32	イヌリン				120	
心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量			TnT 定性・定量			
33	シスタチンC				121	・「33」シスタチンCは、3月に1回に限り算定する。
34	リボ蛋白分画 (HPLC法)				129	
35	肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)			SP-A	130	・動脈血採取料 (B-A) (1日につき) ☆50点 (入院・外来)。
ガラクトース						
36	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D)			SP-D	136	
37	血液ガス分析 (院内検査) ☆			血液ガス	140	
プロコラーゲンⅢ-ペプチド (P-Ⅲ-P)			P-Ⅲ-P			
38	Ⅳ型コラーゲン				143	
	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			H-FABP 定性		
	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量			H-FABP 定量		
39	アルブミン非結合型ビリルビン				144	
	亜鉛 (Zn)			Zn		
セレン						
40～62省略						

## 生化学的検査(Ⅱ) 判生Ⅱ 144点(月1回限り)

※静脈血採取料(B-V)(1日につき)30点(外来のみ)、6歳未満 55点(外来のみ)

[検査名称] ▼: 外来迅速検体検査加算対象項目

内分泌学的検査			略 称	点 数	備 考
1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性		HCG定性	55	・「7」レニン活性、「11」レニン定量を同時 → 主たるものののみ算定する。
2	11－ハイドロキシコルチコステロイド (11－OHCS)		11－OHCS	60	
3	ホモバニリン酸 (HVA)		HVA	69	
4	バニールマンデル酸 (VMA)		VMA	90	
5	5－ハイドロキシインドール酢酸 (5－HIAA)		5－HIAA	95	
6	プロラクチン (PRL)		PRL	98	
7	レニン活性			100	
8	トリヨードサイロニン (T <sub>3</sub> )		T <sub>3</sub>	105	
9	▼甲状腺刺激ホルモン (TSH)		TSH	107	
	ガストリン				
10	インスリン (IRI)		IRI	109	
11	レニン定量			111	
	サイロキシシン (T <sub>4</sub> )		T <sub>4</sub>		
	成長ホルモン (GH)		GH		
12	卵胞刺激ホルモン (FSH)		FSH	114	
	C－ペプチド (CPR)		CPR		
	黄体形成ホルモン (LH)		LH		
13	アルドステロン			128	
	テストステロン				
	▼遊離サイロキシシン (FT <sub>4</sub> )		FT <sub>4</sub>		
14	▼遊離トリヨードサイロニン (FT <sub>3</sub> )		FT <sub>3</sub>	130	
	コルチゾール				
	サイロキシシン結合グロブリン (TBG)		TBG		
15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗 GAD 抗体)		抗 GAD 抗体	134	
16	脳性 Na 利尿ペプチド (BNP)		BNP	136	
17	サイログロブリン			137	
18～47 省略					
同一検体を用いて 12～47 の項目を 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査項目に応じて算定する。					
イ	3 項目以上 5 項目以下			410	
ロ	6 項目又は 7 項目			623	
ハ	8 項目以上			900	
腫瘍マーカー			略 称	点 数	備 考
1	尿中 BTA			80	・腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に 1 回を限度として算定する。
2	▼癌胎児性抗原 (CEA)		CEA	105	
3	▼α－フェトプロテイン (AFP)		AFP	107	
4	組織ポリペプチド抗原 (TPA)		TPA	110	
	扁平上皮癌関連抗原 (SCC 抗原)		SCC 抗原		
	DUPAN－2				
5	NCC－ST－439			121	
	CA15－3				
6	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)		PAP	124	
7	エラスターゼ 1			129	
8	▼前立腺特異抗原 (PSA)		PSA	130	
	▼CA19－9				
	PIVKA－Ⅱ 半定量				
9	PIVKA－Ⅱ 定量			143	
	CA72－4				
10	SPan－1			146	
	シアリル Tn 抗原 (STN)		STN		
	神経特異エノラーゼ (NSE)		NSE		
11～30 省略					
同一検体を用いて 2～30 の項目を 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算定する。					
イ	2 項目			230	
ロ	3 項目			290	
ハ	4 項目以上			420	

**免疫学的検査** **判免** ★144点(月1回限り)

※静脈血採取料 (B-V) (1日につき) 30点 (外来のみ)、6歳未満 55点 (外来のみ)

[検査名称] ★:手術前医学管理料対象項目

免疫血液学的検査		略 称	点 数	備 考			
1	ABO 血液型	ABO	24				
	Rh (D) 血液型	Rh (D)					
2	Coombs試験						
	イ 直接		34				
	ロ 間接		47				
3	Rh (その他の因子) 血液型		156				
4	不規則抗体		159				
5～10 省略							
感染症免疫学的検査		略 称	点 数	備 考			
1	梅毒血清反応 (STS) 定性 ★	STS 定性	15	・梅毒血清反応 (STS) とは、従来の梅毒沈降反応 (ガラス板法、VDRL 法、RPR 法、凝集法等) をいう。			
	抗ストレプトリジン O (ASO) 定性 ★	ASO 定性					
	抗ストレプトリジン O (ASO) 半定量 ★	ASO 半定量					
	抗ストレプトリジン O (ASO) 定量 ★	ASO 定量					
2	トキソプラズマ抗体定性		26		・「4」マイコプラズマ抗体定性又は半定量、「25」マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法)、「29」マイコプラズマ抗原定性 (FA 法) を同時 → 主たるもののみ算定する。		
	トキソプラズマ抗体半定量						
3	抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性 ★	ASK 定性	29			・「7」アデノウイルス抗原定性 (糞便)、「8」ロタウイルス抗原定性 (糞便) 又は定量 (糞便) を同時 → 主たるもののみ算定する。	
	抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量 ★	ASK 半定量					
4	梅毒トレポネーマ抗体定性 ★		32	・「9」クラミドフィラ・ニューモニエ IgG 抗体、「26」クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。			
	マイコプラズマ抗体定性						
5	梅毒血清反応 (STS) 半定量	STS 半定量	34				・「10」クラミドフィラ・ニューモニエ IgA 抗体、「26」クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。
	梅毒血清反応 (STS) 定量	STS 定量					
6	梅毒トレポネーマ抗体半定量		53		・「11」ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) は、同一検体について 8 項目を限度として算定する。		
	梅毒トレポネーマ抗体定量						
7	アデノウイルス抗原定性 (糞便)		60			・「11」ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量)、「38」グロブリンクラス別ウイルス抗体価を同時 → 主たるもののみ算定する。	
	迅速ウレアーゼ試験定性						
8	ロタウイルス抗原定性 (糞便)		65	・「6」HBc 抗体半定量・定量、「8」HBc-IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。			
	ロタウイルス抗原定量 (糞便)						
9	ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量		70				・「8」HA 抗体、HA-IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。
	クラミドフィラ・ニューモニエ IgG 抗体						
10	クラミドフィラ・ニューモニエ IgA 抗体		75		同一検体を用いて 3～14 の項目を 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算定する。		
11	ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) (1 項目あたり)		79				
12	クロストリジウム・ディフィシル抗原定性		80			イ 3 項目 290	
	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						
13～51 省略							
肝炎ウイルス関連検査		略 称	点 数	備 考			
1	HBs 抗原定性・半定量 ★		29	・「6」HBc 抗体半定量・定量、「8」HBc-IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。			
2	HBs 抗体定性		32		・「8」HA 抗体、HA-IgM 抗体を同時 → 主たるもののみ算定する。		
	HBs 抗体半定量						
3	HBs 抗原		88			イ 3 項目 290	
	HBs 抗体						
4	HBe 抗原		107				ロ 4 項目 360
	HBe 抗体						
5	HCV 抗体定性・定量 ★		111				
	HCV コア蛋白						
6	HBc 抗体半定量・定量		141	同一検体を用いて 3～14 の項目を 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算定する。			
7	HCV コア抗体		143				
8	HA—IgM 抗体		146		イ 3 項目 290		
	HA 抗体						
	HBc—IgM 抗体						
9～14 省略							
同一検体を用いて 3～14 の項目を 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算定する。							
イ	3 項目		290			ロ 4 項目 360	
ロ	4 項目		360				
ハ	5 項目以上		447				

[検査名称] ▼：外来迅速検体検査加算対象項目 ★：手術前医学管理料対象項目

自己抗体検査		略 称	点 数	備 考
1	寒冷凝集反応	COLD	11	・[2] RF 定量、[8] 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は定量を同時 → 主たるもののみ算定する。
2	リウマトイド因子 (RF) 定量	RF 定量	30	
3	抗サイログロブリン抗体半定量 抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量		37	
4	Donath－Landsteiner 試験		55	・[2] RF 定量、[8] 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は定量、[7] MMP－3、[12] C1q 結合免疫複合体、[20] モノクローナルRF 結合免疫複合体、[22] IgG型リウマトイド因子を同時に3項目以上 → 主たるもの2項目を算定する。
5	抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性 抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量		105	
6	抗核抗体 (蛍光抗体法を除く) 抗インスリン抗体		110	
7	マトリックスメタロプロテイナーゼ－3 (MMP－3)	MMP－3	116	・[8] 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は定量、[7] MMP－3、[12] C1q 結合免疫複合体、[20] モノクローナルRF 結合免疫複合体、[22] IgG型リウマトイド因子、[23] 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を同時に2項目以上 → 主たるもののみ算定する。
8	抗ガラクトース欠損IgG抗体定性 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量		117	
9	抗サイログロブリン抗体 抗RNP抗体定性 抗RNP抗体半定量 抗RNP抗体定量 抗Jo－1抗体定性 抗Jo－1抗体半定量 抗Jo－1抗体定量		144	
10	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 抗Sm抗体定性 抗Sm抗体半定量 抗Sm抗体定量		146	・[10] 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体、[3] 抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量を同時 → 主たるもののみ算定する。
11	抗SS－B/La抗体定性 抗SS－B/La抗体半定量 抗SS－B/La抗体定量 C1q 結合免疫複合体		155	
12	抗Sc1－70抗体定性 抗Sc1－70抗体半定量 抗Sc1－70抗体定量		161	
13	抗SS－A/Ro抗体定性 抗SS－A/Ro抗体半定量 抗SS－A/Ro抗体定量		162	・[10] 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体、[3] 抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量を同時 → 主たるもののみ算定する。
14	抗SS－A/Ro抗体定性 抗SS－A/Ro抗体半定量 抗SS－A/Ro抗体定量		163	
15	抗RNAポリメラーゼⅢ抗体		170	
16～45省略				
同一検体を用いて9～15、18及び30 の項目を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、検査の項目数に応じて算定する。				
イ	2項目		320	
ロ	3項目以上		490	
血漿蛋白免疫学的検査		略 称	点 数	備 考
1	C反応性蛋白 (CRP) 定性 ★ ▼C反応性蛋白 (CRP) ★	CRP 定性 CRP	16	・[1] CRP 定性又はCRP、[6] SAA を同時 → 主たるもののみ算定する。
2	赤血球コブポルフィリン定性 グルコース－6－ホスファターゼ (G－6－Pase)	G－6－Pase	30	
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	G－6－PD	34	
4	血清補体価 (CH50) 免疫グロブリン	CH50	38	・[4] 免疫グロブリンは、IgG・IgA・IgM・IgD を測定した場合、それぞれ所定点数を算定する。
5	クリオグロブリン定性 クリオグロブリン定量		42	
6	血清アミロイドA蛋白 (SAA)	SAA	47	
7	トランスフェリン (Tf)	Tf	60	・[12] IgE (RAST) は、特異抗原の種類ごとに算定する。
8	C3 C4	C3 C4	70	
9	セルロプラスミン		90	
10	非特異的IgE半定量 非特異的IgE定量	IgE (RIST) 半定量 IgE (RIST) 定量	100	・[12] IgE (RAST) は、特異抗原の種類ごとに算定する。
11	β2－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)	β2－m	107	
12	特異的IgE半定量・定量 (1回の限度点数)	IgE (RAST) 半定量・定量	110 1,430限度	
13	レチノール結合蛋白 (RBP)	RBP	136	
14～28省略				

## 微生物学的検査 判微 150点(月1回限り)

[検査名称] ▼: 外来迅速検体検査加算対象項目

名 称		略 称	点 数	備 考
排泄物、渗出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（細菌塗抹）				・同一検体を用いて細菌顕微鏡検査（細菌塗抹）とD002尿沈渣（鏡検法）又はD002-2尿沈渣（フローサイトメトリ法を同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。
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	S－蛍光、位相差、暗視野M	50	
	注 集菌塗抹法加算		+ 32	
2	保温装置使用アメーバ検査		45	
3	▼その他のもの	S－M	61	
細菌培養同定検査				[細菌培養同定検査の主な検体]
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	S－培同定（検体名）	160	・「1」喀痰、咽頭液、鼻汁、気管支液等
2	消化管からの検体	S－培同定（検体名）	180	・「2」糞便、胃液、胆汁等
3	血液又は穿刺液	S－培同定（検体名）	210	・「3」血液、胸水、腹水、関節液等
4	泌尿器又は生殖器からの検体	S－培同定（検体名）	170	・「4」尿、婦人科の分泌物等
5	その他の部位からの検体	S－培同定（検体名）	160	・「5」耳漏、膿、婦人科以外の分泌物、眼脂、皮膚等
	6 簡易培養	S－培	60	
注	嫌気性培養加算	嫌培	+ 115	
	質量分析装置加算		入＋40	
細菌薬剤感受性検査				・「細菌薬剤感受性検査」は、結果として菌が検出できず、実施できなかった場合は算定しない。
1	1 菌種	S－ディスク（菌種数）	170	
2	2 菌種	S－ディスク（菌種数）	220	
3	3 菌種以上	S－ディスク（菌種数）	280	
酵母様真菌薬剤感受性検査			150	
抗酸菌分離培養検査				
1	抗酸菌分離培養（液体培地法）		280	
2	抗酸菌分離培養（それ以外のもの）		204	
抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）			361	・「抗酸菌薬剤感受性検査」は、4薬剤以上使用した場合に限り算定する。
抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）			380	



## 生体検査料

※(届):届出を要する保険医療機関

名 称	略 称	加算点数	備 考
新生児加算(生後28日未満)		+所定点数の100/100	・一部加算できない項目あり。
乳幼児加算(3歳未満)		+所定点数の70/100	・幼児加算はD200～D242に掲げる検査のみ(一部加算できない項目あり)。
幼児加算(3歳以上6歳未満)		+所定点数の40/100	
時間外加算(外来患者、即日入院を含む)		+所定点数の40/100	・D295～D323内視鏡検査を行った場合。
休日加算(外来患者、入院患者、即日入院を含む)		+所定点数の80/100	
深夜加算(外来患者、入院患者、即日入院を含む)		+所定点数の80/100	
時間外特例加算(外来患者、即日入院を含む)		+所定点数の40/100	
生体検査判断料			・それぞれ月1回に限る。
1 呼吸機能検査等判断料	[判呼]	140	
2 脳波検査判断料	脳波検査判断料1(届)	350	
	脳波検査判断料2	180	
3 神経・筋検査判断料	[判神]	180	
4 ラジオアイントーブ検査判断料	[判ラ]	110	

※検査料の末尾に(片側)と記載のある検査を両側に行った場合は、所定点数の2倍の点数を算定する。

※新・乳:新生児・乳幼児加算ができる項目 ※幼:幼児加算ができる項目

※減:同一月の同一検査2回目以降90/100の点数で算定する項目

[検査名称] ★:手術前医学管理料対象項目 ☆:手術後医学管理料対象項目

呼吸循環機能検査等			減	加	算	略 称	点 数	判断料	備 考
			新乳	幼					
スパイログラフィー等検査									
1 肺気量分画測定(安静換気量測定、最大換気量測定含む)						肺気分画	90	[判呼] 140	
2 フローボリュームカーブ(強制呼出曲線含む)							100		
3 機能的残気量測定			—	○	○		140		
4 呼気ガス分析							100		
5 左右別肺機能検査							1,010		
基礎代謝測定			—	○	○	BMR	85		
心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)									
1 右心カテーテル							3,600	—	・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、エックス線診断の費用は所定点数に含まれる。 ・エックス線撮影に使用したフィルム代は、画像診断に掲げるフィルムの点数により算定する。 ・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」、「血管内視鏡検査」のうち、2以上の検査を行った場合は、主たる検査の点数を算定する。
2 左心カテーテル							4,000		
新生児加算 (生後28日未満)	右心カテーテルの場合						+10,800		
	左心カテーテルの場合						+12,000		
乳幼児加算 (3歳未満)	右心カテーテルの場合						+3,600		
	左心カテーテルの場合						+4,000		
卵円孔・欠損孔加算							+800		
ブロッケンブロー加算							+2,000		
伝導機能検査加算							+200		
ヒス束心電図加算							+200		
診断ペーシング加算							+200		
期外刺激法加算							+600		
冠攣縮誘発薬物負荷試験加算							+600		
冠動脈造影加算							+1,400		
血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算						[血超][血光断]	+400		
冠動脈血流予備能測定検査加算						[冠血予]	+600		
血管内視鏡検査加算(届)						[血内]	+400		
心腔内超音波検査加算						[心超]	+400		
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 ★☆						ECG12	130	—	
2 ベクトル心電図、体表ヒス束心電図 ☆							150		
3 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査 ☆			減	○	○		150		
4 加算平均心電図による心室遅延電位測定 ☆							200		
5 その他(6誘導以上) ☆						ECG6	90		
注 他医療機関で描写した心電図の診断料(1回につき)			—	—	—		70		
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			減	○	○	ECG12フカ	380	—	・同一日に行われた「心電図検査」は算定できない。
2 その他(6誘導以上)						ECG6フカ	190		
注 他医療機関で描写した負荷心電図の診断料(1回につき)			—	—	—		70		
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			減	○	○		90	—	・解析にかかる費用は、所定点数に含まれる。
2 8時間を超えた場合							1,750		
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			減	○	○		1,400	—	・同一日に行われた「スパイログラフィー等検査」「心電図検査」は算定できない。
注 連続呼気ガス分析加算							+520		
リアルタイム解析型心電図			減	○	○		600		
心音図検査			減	○	○	PCG・PKG	150	—	

※検査料の末尾に〔片側〕と記載のある検査を両側に行った場合は、所定点数の2倍の点数を算定する。

※新・乳：新生児・乳幼児加算ができる項目 ※幼：幼児加算ができる項目

※減：同一月の同一検査2回目以降90/100の点数で算定する項目

〔検査名称〕 ☆：手術後医学管理料対象項目

※〔届〕：届出を要する保険医療機関

超音波検査等（外来管理加算算定不可）		減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	判断料	備 考
超音波検査（記録に要する費用を含む）								
1	Aモード法	減	○	○		150		
2	断層撮影法（心臓超音波検査を除く）							
	イ 胸腹部					530		
	ロ 下肢血管	減	○	○		450		
	ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）					350		
心臓超音波検査								
3	イ 経胸壁心エコー法					880		
	ロ Mモード法	減				500		
	ハ 経食道心エコー法		○	○		1,500		
	ニ 胎児心エコー法（月1回に限り）（届）					300		
	注 胎児心エコー法診断加算					+700		
	ホ 負荷心エコー法	減				2,010		
ドブラ法（1日に1回につき）								
4	イ 胎児心音観察、末梢血管行動態検査					20		
	ロ 脳動脈血流速度連続測定	減	○	○		150		
	注 微小栓子シグナル加算					+150		
	ハ 脳動脈血流速度マッピング法					400		
5	血管内超音波法	減	○	○		4,290		
〔2〕断層撮影法又は〔3〕心臓超音波検査の造影剤使用加算（造影剤注入手技料、麻酔料（閉麻除く）含む）								
注	〔2〕断層撮影法のバルスドブラ法加算	減	○	○		+180		
骨塩定量検査（4月に1回を限度）								
1	DEXA法による腰椎撮影					360		
注 大腿骨同時撮影加算					〔腿撮〕	+90		
2	MD法、SEXA法等					140		
3	超音波法					80		
監視装置による諸検査		減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	判断料	備 考
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		
2	3時間を超えた場合（1日につき）							
	イ 7日以内の場合					150		
	ロ 7日を超え14日以内の場合	—	—	—		130		
	ハ 14日を超えた場合					50		
経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）☆		—	○	○		30		
終末呼気炭酸ガス濃度測定（1日につき）☆		—	○	○		100		
脳波検査等（外来管理加算算定不可）		減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	判断料	備 考
脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む）					EEG	720	〔判脳〕	1 350
注	賦活検査加算	—	○	○		+250		2 180
	他医療機関で描写した脳波の診断料（1回につき）	—	—	—		70	—	
神経・筋検査（外来管理加算算定不可）		減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	判断料	備 考
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）				EMG	300		
誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む）（1神経につき）						200		
2	複数神経加算（2神経以上に対して、1神経増すごとに）（ただし1,050点限度）	—	○	○		+150	〔判神〕	180
3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）（届）					800		
	注 〔3〕について届出医療機関以外					所定点数の80/100		
耳鼻咽喉科学的検査（外来管理加算算定不可）		減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	判断料	備 考
自覚聴力検査								
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		
2	標準語音聴力検査、ことばのききとり検査					350		
簡易聴力検査								
3	イ 気導純音聴力検査					110		
	ロ その他（種目数にかかわらず一連につき）					40		
4	後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）	—	○	—		400		
5	内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）					400		
6	耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）					150		

※検査料の末尾に（片側）と記載のある検査を両側に行った場合は、所定点数の2倍の点数を算定する。

※新・乳：新生児・乳幼児加算ができる項目 ※幼：幼児加算ができる項目

※減：同一月の同一検査2回目以降90/100の点数で算定する項目

眼科学的検査（外来管理加算算定不可）			減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	備 考
精密眼底検査（片側）			—	○	—	精密眼底	56	・「眼底カメラ撮影（1の口の場合を除く）」又は「細隙灯顕微鏡検査」に使用したフィルムの費用は、10円で除した点数を加算する。 ・フィルム代＝価格÷10（小数点以下四捨五入） ・インスタントフィルムは、1回に16点を限度とする。
眼底カメラ撮影						眼底カメラ		
1	通常の方法の場合	イ アナログ撮影					54	
		ロ デジタル撮影					58	
2	蛍光眼底法の場合		—	○	—		400	
3	自発蛍光撮影法の場合						510	
注	広角眼底撮影加算					広眼	+100	
細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）			—	○	—	精密スリットM	112	
網膜電位図（ERG）			—	○	—	ERG	230	
精密視野検査（片側）			—	○	—	精視野	38	
量的視野検査（片側）								
1	動的量的視野検査		—	○	—		195	
2	静的量的視野検査						290	
精密眼圧測定			—	○	—	精眼圧	82	
注	負荷測定加算						+55	
細隙灯顕微鏡検査（前眼部）			—	○	—	スリットM	48	
負荷試験等（外来管理加算算定不可）			減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	備 考
肝及び腎のクリアランステスト							150	・「肝及び腎のクリアランステスト」又は「糖負荷試験」に伴って行った注射、採血、検体測定の費用はそれぞれ所定点数に含まれ算定できない。
尿管カテテル法加算							+1,200	
注	膀胱尿道ファイバースコープ加算		—	○	—		+950	
	膀胱尿道鏡検査加算						+890	
糖負荷試験								
1	常用負荷試験（血糖、尿糖検査含む）					GTT	200	
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	
内視鏡検査の通則						略 称	加算点数	備 考
1	超音波内視鏡検査加算					超内	+300	・「通則3」は、初診料（同一日複数科初診を含む）を算定した日に限り算定できる。 ・「通則5」は、D295～D323内視鏡検査を行った場合に加算する。
3	他医療機関で撮影した内視鏡写真の診断料（1回につき）						+70	
5	時間外加算（外来患者、即日入院を含む）						+所定点数の40/100	
	休日加算（外来患者、入院患者、即日入院を含む）						+所定点数の80/100	
	深夜加算（外来患者、入院患者、即日入院を含む）						+所定点数の80/100	
	時間外特例加算（外来患者、即日入院を含む）						+所定点数の40/100	
内視鏡検査（外来管理加算算定不可） （処置又は手術と同時にを行った内視鏡検査は算定不可）（内視鏡検査当日に、検査に関連して行う注射実施料は算定不可）			減	加 新・乳	算 幼	略 称	点 数	備 考
関節鏡検査（片側）			減	○	—	E－関節	720	・「EF－胃・十二指腸」の「胆管・膵管造影法加算」には諸監視、造影剤注入手技、エックス線診断の費用（フィルム代除く）が含まれ算定できない。
気管支ファイバースコープ			減	○	—	EF－気管支	2,500	
注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算						+200	
食道ファイバースコープ						EF－食道	800	
	粘膜点墨法加算		減	○	—	墨	+60	
注	狭帯域光強調加算					狭光	+200	
胃・十二指腸ファイバースコープ						EF－胃・十二指腸	1,140	
注	胆管・膵管造影法加算		減	○	—		+600	
	粘膜点墨法加算					墨	+60	
	胆管・膵管鏡加算						+2,800	
	狭帯域光強調加算					狭光	+200	
胆道ファイバースコープ			減	○	—		4,000	・「小腸内視鏡検査」を2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する（「3」カプセル型内視鏡によるものを除く）。
小腸内視鏡検査						EF－小腸		
1	ダブルバルーン内視鏡によるもの						7,800	
2	シングルバルーン内視鏡によるもの						5,000	
3	カプセル型内視鏡によるもの		減	○	—		1,700	
4	その他のもの						1,700	・「大腸内視鏡検査1」のイ、ロ、ハは、同一検査として扱う。
注	粘膜点墨法加算					墨	+60	
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					EF－S状結腸	900	
	ロ 下行結腸及び横行結腸					EF－下行結腸・横行結腸	1,350	
	ハ 上行結腸及び盲腸		減	○	—	EF－上行結腸・盲腸	1,550	
2	カプセル型内視鏡によるもの						1,550	
注	粘膜点墨法加算					墨	+60	
	狭帯域光強調加算					狭光	+200	
腹腔ファイバースコープ			減	○	—	EF－腹腔	2,160	
膀胱尿道ファイバースコープ			減	○	—	EF－膀胱尿道	950	
注	狭帯域光強調加算					狭光	+200	
尿管カテテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）			減	○	—	EF－尿管カテ	1,200	
腎盂尿管ファイバースコープ（片側）			減	○	—	EF－腎盂尿管	1,800	

## 診断穿刺・検体採取料

※手術にあ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。

※処置の部と共通の項目は同一日に算定できない。

※（届）：届出を要する保険医療機関

[点数欄] 外：外来患者のみ算定

[検査名称] ☆：手術後医学管理料対象項目

名 称	略 称	点 数	備 考
血液採取（1日につき）			
1 静脈	B－V	外30	・「血液採取2、その他」は、耳朶、指先等の末梢血等。
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋25	
2 その他	B－C	外6	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋25	
脳室穿刺		500	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
後頭下穿刺		300	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む）		220	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
骨髓穿刺			
1 胸骨		260	
2 その他		280	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
骨髓生検		730	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
関節穿刺（片側）		100	
注 乳幼児加算（3歳未満）		＋100	
上顎洞穿刺（片側）		60	
扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）		180	
腎嚢胞又は水腎症穿刺		240	
注 乳幼児加算（6歳未満）		＋100	
ダグラス窩穿刺		240	
リンパ節等穿刺又は針生検		200	
センチネルリンパ節生検（片側）（届）			
1 併用法		5,000	
2 単独法		3,000	
乳腺穿刺又は針生検（片側）			
1 生検針によるもの		650	
2 その他		200	
甲状腺穿刺又は針生検		150	
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	
前立腺針生検法		1,400	
内視鏡下生検法（1臓器につき）		310	・「内視鏡下生検法」は、下記の項目の区分ごとに1臓器とする。 ア. 気管支及び肺臓 イ. 食道 ウ. 胃及び十二指腸 エ. 小腸 オ. 盲腸 カ. 上行結腸、横行結腸及び下行結腸 キ. S状結腸 ク. 直腸 ケ. 子宮体部及び子宮頸部
超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS－FNA）		4,800	
経気管肺生検法		4,800	
注 ガイドシース加算	ガ	＋500	
注 CT透視下気管支鏡検査加算（届）	CT気	＋1,000	
超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS－TBNA）		5,500	
子宮腔部等からの検体採取			
1 子宮頸管粘液採取		40	
2 子宮腔部組織採取		200	
3 子宮内膜組織採取		370	
その他の検体採取			
1 胃液・十二指腸液採取（一連につき）		210	
2 胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む）		180	
3 動脈血採取（1日につき）☆	B－A	50	
4 前房水採取		420	
5 副腎静脈サンプリング（一連につき）		4,800	
6 鼻腔・咽頭拭い液採取		5	

・「経皮的針生検法」は、骨髓、リンパ節、乳腺、甲状腺、前立腺以外の臓器等。

・「内視鏡下生検法」は、下記の項目の区分ごとに1臓器とする。

- ア. 気管支及び肺臓
- イ. 食道
- ウ. 胃及び十二指腸
- エ. 小腸
- オ. 盲腸
- カ. 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
- キ. S状結腸
- ク. 直腸
- ケ. 子宮体部及び子宮頸部

・「経気管肺生検法」と同時に行われるエックス線透視、写真診断料、撮影料の費用（フィルム代除く）は算定できない。

・「動脈血採取」は、血液回路から採取した場合は算定できない。

## Ⅱ-9 病理診断

### ⑥0 病理診断

#### 病理診断・判断料

※(届): 届出を要する保険医療機関

名 称	略 称	点 数	備 考
病理診断料			・それぞれ月1回に限る。 ・病理診断をもつばら担当する医師が勤務する病院又は病理診断をもつばら担当する常勤の医師が勤務する診療所において、下記のいずれかの組織標本に基づく診断を行った場合又は他の医療機関で作製した組織標本を診断した場合に算定する。
1 組織診断料	判組診	450	・病理組織標本作製 ・電子顕微鏡病理組織標本作製 ・免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 ・術中迅速病理組織標本作製
2 細胞診断料	判細胞診	200	・迅速細胞診 ・細胞診「2」(穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの)
注	病理診断管理加算1(届)		・病理診断をもつば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算定する。
	(1) 組織診断を行った場合	120	
	(2) 細胞診断を行った場合	60	
	病理診断管理加算2(届)		
口	(1) 組織診断を行った場合	320	
	(2) 細胞診断を行った場合	160	
病理判断料	判病判	150	・月1回に限る。 ・同一月に病理診断料との重複算定はできない。

#### 病理標本作製料

※病理標本作製にあたって、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。

※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。ただし、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。

名 称			略 称	点 数	備 考
病理組織標本作製					・「1」組織切片によるものについて、下記のものは各区分ごとに1臓器とする。 <div>ア. 気管支及び肺臓 イ. 食道 ウ. 胃及び十二指腸 エ. 小腸 オ. 盲腸 カ. 上行結腸、横行結腸及び下行結腸 キ. S状結腸 ク. 直腸 ケ. 子宮体部及び子宮頸部</div>
1	組織切片によるもの(1臓器につき)		T－M	860	
2	セルブロック法によるもの(1部位につき)			860	
電子顕微鏡病理組織標本作製(1臓器につき)					・腎組織、内分泌臓器の機能性腫瘍(甲状腺腫を除く)、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本を作製した場合に算定する。
免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製					・「1」と「2」を同一月に実施した場合は、いずれか主たる所定点数と「注」加算(180点)を算定する。 ・手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合に、1手術につき1回算定する。 ・手術又は気管支鏡検査(超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る)の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合に、1手術又は1検査につき1回算定する。 ・同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合は、1回として算定する。 ・「2」は喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診、髄液細胞診等を指す。
1	エストロゲンレセプター			720	
2	プロジェステロンレセプター			690	
3	HER2 タンパク			690	
4	EGFR タンパク			690	
5	CCR4 タンパク			10,000	
6	ALK 融合タンパク			2,700	
7	CD30			400	
	その他(1臓器につき)			400	
8	注	確定診断のため4種類以上の抗体を用いた免疫染色標本作製を実施した場合	4免 (対象疾患名、 染色抗体数)	+1,600	
注 1及び2を同一月に実施した場合の加算				+180	
術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)			T－M/OP	1,990	
迅速細胞診					
1	手術中の場合(1手術につき)			450	
2	検査中の場合(1検査につき)			450	
細胞診(1部位につき)					
1	婦人科材料等によるもの		スメア	150	
	注	婦人科材料等液状化検体細胞診加算		+36	
2	穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの			190	
	注	液状化検体細胞診加算		+85	



## Ⅱ-10 画像診断

### ⑦⑩ 画像診断

※(届):届出を要する保険医療機関

通則加算		略 称	点 数	備 考
時間外緊急院内画像診断加算 (1日につき)		緊画 開始日時 (引き続き入院の 場合はその旨)	110	・標榜時間以外の時間・休日・深夜に外来患者(引き続き入院した場合を含む)に対して緊急のために画像撮影及び診断を行った場合。
画像診断管理加算1(届)	エックス線写真診断	写画1	70	・それぞれの診断ごとに月1回に限り。 ・画像診断医による画像診断(文書報告)が行われた場合。 ・核画1と核画2と核画3の同一月重複算定はできない。 ・コ画1とコ画2とコ画3の同一月重複算定はできない。
	核医学診断	核画1		
	コンピューター断層診断	コ画1		
画像診断管理加算2(届)	核医学診断	核画2	180	
	コンピューター断層診断	コ画2		
画像診断管理加算3(届)	核医学診断	核画3	300	
	コンピューター断層診断	コ画3		

#### 他医撮影診断料(他医療機関の撮影フィルムの診断料)

区 分				点 数	備 考
エックス線写真真診断	1	単純撮影	イ 頭部・胸部・腹部・脊椎等	85	・撮影部位及び撮影方法（単純撮影、造影剤使用撮影、特殊撮影、乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない）別に1回の算定とする。 ・1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。
			ロ その他（四肢）	43	
	2	特殊撮影（一連につき）		96	
	3	造影剤使用撮影		72	
	4	乳房撮影（一連につき）		306	
コンピューター断層診断				450	・初診料を算定した日に限り算定できる。

#### 造影剤注入手技料

[点数欄] 外:外来患者のみ算定

区 分				点 数		区 分				点 数										
点滴注射 (1日につき)	6歳以上		500mL未満		外 49		静脈造影カテーテル法					3,600								
			500mL以上		97		内視鏡下 造影剤注入	イ	気管支ファイバースコープ挿入			2,500								
	6歳未満 (+45点)		100mL未満		外 94				注	気管支肺胞洗浄法検査同時加算			+ 200							
			100mL以上		143			ロ	尿管カテーテル法 (両側)			1,200								
動脈注射 (1日につき)	内臓の場合				155			イ	注腸			300								
	その他の場合				45															
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		腔内注入及び 穿刺注入	ロ	腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入 (内視鏡下除く)、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入、唾液腺注入					120							
														注 頸動脈閉塞試験加算		+ 1,000				
	ロ	イ以外		1,180										嚥下造影					240	
	注	血流予備能測定検査加算		+ 400																

#### マンモグラフィー用フィルム料

規 格	価 格	点 数				
		1枚	2枚	3枚	4枚	5枚
24cm×30cm	135(円)	13.5	27.0	40.5	54.0	67.5
20.3cm×25.4cm	135(円)	13.5	27.0	40.5	54.0	67.5
18cm×24cm	125(円)	12.5	25.0	37.5	50.0	62.5

#### エックス線フィルム料(アナログ用)

規 格	価 格	点 数				
		1枚	2枚	3枚	4枚	5枚
半切	124(円)	12.4	24.8	37.2	49.6	62.0
大角	118(円)	11.8	23.6	35.4	47.2	59.0
大四っ切	83(円)	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5
四っ切	64(円)	6.4	12.8	19.2	25.6	32.0
六っ切	52(円)	5.2	10.4	15.6	20.8	26.0
八っ切	49(円)	4.9	9.8	14.7	19.6	24.5
カビネ	38(円)	3.8	7.6	11.4	15.2	19.0

#### 画像記録用フィルム(デジタル、核医学、CT・MRI撮影用)

規 格	価 格	点 数				
		1枚	2枚	3枚	4枚	5枚
半切	226(円)	22.6	45.2	67.8	90.4	113.0
大角	188(円)	18.8	37.6	56.4	75.2	94.0
大四っ切	187(円)	18.7	37.4	56.1	74.8	93.5
B4	150(円)	15.0	30.0	45.0	60.0	75.0
四っ切	135(円)	13.5	27.0	40.5	54.0	67.5
六っ切	120(円)	12.0	24.0	36.0	48.0	60.0
24cm×30cm	145(円)	14.5	29.0	43.5	58.0	72.5

※フィルム料の算定は撮影方法(単純撮影・造影剤使用撮影・特殊撮影・乳房撮影)ごとに使用枚数を合算し、小数点以下を四捨五入して端数処理をする。

※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、フィルム料を1.1倍して算定する。

## エックス線診断料

[名称] ★: ⑬手術前医学管理料対象診断料・撮影料

画像診断管理加算(届)

1

写画1

70

※電子画像管理加算 = [電画] 一連の撮影につき算定する(フィルムの費用は算定できない)。

※写真診断の単純撮影において、下記の部位は「頭部・胸部・腹部・脊椎」により算定する。

耳、副鼻腔、骨盤、腎、尿管、膀胱、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨、鎖骨

〈撮影料の加算〉

新生児: +所定点数×80/100、3歳未満(新生児を除く): +所定点数×50/100、3歳以上6歳未満: +所定点数×30/100

## 診断料(アナログ撮影料)

撮影方法	部位等	診断料	撮影料	年 齢	撮影回数				
					1回	2回	3回	4回	5回
単純撮影X-P	頭部・胸部・腹部・脊椎	85★	60★	一般	145	218	290	363	435
				3歳以上6歳未満	163	245	326	408	489
				3歳未満	175	263	350	438	525
	その他(四肢)	43	60★	一般	103	155	206	258	309
				3歳以上6歳未満	121	182	242	303	363
				3歳未満	133	200	266	333	399
造影剤使用撮影X-P	消化管等	72	144	一般	216	324	432	540	648
				3歳以上6歳未満	259	389	518	648	778
				3歳未満	288	432	576	720	864
	脳脊髄腔	72	292	一般	364	546	728	910	1,092
				3歳以上6歳未満	452	677	903	1,129	1,355
				3歳未満	510	765	1,020	1,275	1,530
特殊撮影X-P(一連につき) ・パントモグラフィー ・断層(トモグラフィー・トモ) ・狙撃(スポット、SP) ・側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層 ・児頭骨盤不均衡特殊撮影	単独	96	260	一般	356				
				3歳以上6歳未満	434				
				3歳未満	486				
	他方併用	48	260	一般	308				
				3歳以上6歳未満	386				
				3歳未満	438				
乳房撮影X-P(一連につき)	単独	306	192	一般	498				
透視診断(X-D)	—	110	—	—	110				

## 診断料(デジタル撮影料)

撮影方法	電画	部位等	診断料	撮影料	年 齢	撮影回数				
						1回	2回	3回	4回	5回
単純撮影X-P	57	頭部・胸部・腹部・脊椎	85★	68★	一般	153	230	306	383	459
					3歳以上6歳未満	173	261	347	434	520
					3歳未満	187	281	374	468	561
		その他(四肢)	43	68★	一般	111	167	222	278	333
					3歳以上6歳未満	131	198	263	329	394
					3歳未満	145	218	290	363	435
造影剤使用撮影X-P	66	消化管等	72	154	一般	226	339	452	565	678
					3歳以上6歳未満	272	408	544	681	817
					3歳未満	303	455	606	758	909
		脳脊髄腔	72	302	一般	374	561	748	935	1,122
					3歳以上6歳未満	465	697	929	1,162	1,394
					3歳未満	525	788	1,050	1,313	1,575
特殊撮影X-P(一連につき) ・パントモグラフィー ・断層(トモグラフィー・トモ) ・狙撃(スポット、SP) ・側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層 ・児頭骨盤不均衡特殊撮影	58	単独	96	270	一般	366				
					3歳以上6歳未満	447				
					3歳未満	501				
		他方併用	48	270	一般	318				
					3歳以上6歳未満	399				
					3歳未満	453				
乳房撮影X-P(一連につき)	54	単独	306	202	一般	508				
透視診断(X-D)	—	—	110	—	—	110				

※新生児、他一部については省略。

※(届):届出を要する保険医療機関

画像診断管理加算(届)	1	核画1	70
	2	核画2	180
	3	核画3	300

## 核医学診断料

撮影料		点 数	甲状腺ラジオ アイソトープ 摂取率測定加算	断層撮影 負荷試験加算	新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	核医学診断 (月1回に限り)	電子画像管理加算 電画	
シンチグラム(画像を伴うもの)			+ 100	—	(新生児) +所定点数の80/100 (3歳未満) +所定点数の50/100 (3歳以上6歳未満) +所定点数の30/100 (小数点以下四捨五入)	370	+ 120 (一連の撮影につい て1回限り) (フィルムの費用は 算定不可)	
1	部分(静態)(一連につき)	1,300						
2	部分(動態)(一連につき)	1,800						
3	全身(一連につき)	2,200						
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)			+ 100	+ 所 定 点 数 の50/100				
ポジトロン断層撮影(届)								
1	<sup>15</sup> O 標識ガス剤を用いた場合 (一連の検査につき)	7,000	—	—	—	450		
2	<sup>18</sup> FDGを用いた場合 (一連の検査につき)	7,500						
3	<sup>13</sup> N 標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき)	9,000						
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)(届)								
1	<sup>15</sup> O 標識ガス剤を用いた場合 (一連の検査につき)	7,625	—	—	—			
2	<sup>18</sup> FDGを用いた場合 (一連の検査につき)	8,625						
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)(届)			9,160	—	—	—		
乳房用ポジトロン断層撮影(届)			4,000	—	—	—		

※ラジオアイソトープ等の注入手技料は算定できない。

※ボジトロン断層撮影、ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ボジトロン断層撮影を届出保険医療機関以外の保険医療機関で行った場合は、所定点数の80/100の点数で算定する(80/100の点数で算定する場合も届出が必要)。

画像診断管理加算(届)	1	コ画1	70
	2	コ画2	180
	3	コ画3	300

## コンピューター断層撮影診断料

撮影料	点数	CT・MRI 同一月の 2回目以降	造影剤 使用加 算 ※1	大腸CT 撮影加 算 ※1	各部CT・MRI 加算撮影 (届)	新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	コンピュー ター断層診断 (月1回に限り)	電子画像 管理加算 〔電画〕
コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)		+500	+620	+500	冠動脈CT 撮影加算 +600  外傷全身CT加算 +800	(新生児) +所定点数(+造影剤 使用加算)の80/100  (3歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の50/100  (3歳以上6歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の30/100  (小数点以下四捨五入)	450	+120  (一連の撮影 について1回 限り)  (フィルムの 費用は算定 不可)
イ 64列以上のマルチスライス型の機器(届)								
1 1 共同利用施設の場合	1,020							
2 その他の場合	1,000							
ロ 16列以上64列未満の マルチスライス型の機器(届)	900							
ハ 4列以上16列未満の マルチスライス型の機器(届)	750	+250	—	+400	頭部MRI撮影加算 +100 [1]のみ  心臓MRI撮影加算 +400  乳房MRI撮影加算 +100	(新生児) +所定点数(+造影剤 使用加算)の80/100  (3歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の50/100  (3歳以上6歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の30/100  (小数点以下四捨五入)	450	+120  (一連の撮影 について1回 限り)  (フィルムの 費用は算定 不可)
ニ イ、ロ又はハ以外	560							
2 脳槽CT撮影(造影を含む)	2,300							
磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)		+250	—	+400	頭部MRI撮影加算 +100 [1]のみ  心臓MRI撮影加算 +400  乳房MRI撮影加算 +100	(新生児) +所定点数(+造影剤 使用加算)の80/100  (3歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の50/100  (3歳以上6歳未満) +所定点数(+造影剤 使用加算)の30/100  (小数点以下四捨五入)	450	+120  (一連の撮影 について1回 限り)  (フィルムの 費用は算定 不可)
1 3テスラ以上の機器(届)								
イ 共同利用施設の場合	1,620							
ロ その他の場合	1,600							
2 1.5テスラ以上 3テスラ未満の機器(届)	1,330							
3 1又は2以外	900							

※1 造影剤注入手技料、麻酔料(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)の費用を含む。

※2 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に80/100に相当する点数を加算する。

## Ⅱ-11 リハビリテーション

### ⑧ リハビリテーション

※外来管理加算は算定できない。

※(届)：届出を要する保険医療機関

[点数欄] 入：入院患者のみ算定

名 称		略 称	点 数	備 考
心大血管疾患リハビリテーション料				・治療開始日から150日を限度(別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断される場合は150日を超えて算定できる)。 ・実施日数、疾患名、治療開始日(発症月日、手術月日、急性増悪月日(150日を超えて治療継続する場合はその理由))を摘要欄に記載する。 ・「早期リハビリテーション加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者に対して、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算してから30日を限度として算定できる。 ・「初期加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者に対して、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として算定できる。
1	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)(届)		205	
2	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)(届)		125	
注	早期リハビリテーション加算(1単位)	早加	入+30	
	初期加算(1単位)(届)	初期	入+45	
脳血管疾患等リハビリテーション料				・発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度(別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断される場合は180日を超えて算定できる。この場合、患者が要介護被保険者等である場合は、施設基準にかかる区分に従い別の所定点数を算定する(診療報酬点数表参照))。 ・実施日数、疾患名、発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日(180日を超えて治療継続する場合はその理由)を摘要欄に記載する。 ・「早期リハビリテーション加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者又は算定要件を満たした外来患者に対して、発症、手術又は急性増悪から30日を限度として算定できる。 ・「初期加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者又は算定要件を満たした外来患者に対して、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として算定できる。
1	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)(届)		245	
2	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)(届)		200	
3	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)(届)		100	
注	早期リハビリテーション加算(1単位)	早加	+30	
	初期加算(1単位)(届)	初期	+45	
運動器リハビリテーション料				・発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度(別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断される場合は150日を超えて算定できる。この場合、患者が要介護被保険者等である場合は、施設基準にかかる区分に従い別の所定点数を算定する(診療報酬点数表参照))。 ・実施日数、疾患名、発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日(150日を超えて治療継続する場合はその理由)を摘要欄に記載する。 ・「早期リハビリテーション加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者又は算定要件を満たした外来患者に対して、発症、手術又は急性増悪から30日を限度として算定できる。 ・「初期加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者又は算定要件を満たした外来患者に対して、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として算定できる。
1	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)(届)		185	
2	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)(届)		170	
3	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)(届)		85	
注	早期リハビリテーション加算(1単位)	早加	+30	
	初期加算(1単位)(届)	初期	+45	
呼吸器リハビリテーション料				・治療開始日から90日を限度(別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断される場合は90日を超えて算定できる)。 ・実施日数、疾患名、治療開始日(発症月日、手術月日、急性増悪月日(90日を超えて治療継続する場合はその理由))を摘要欄に記載する。 ・「早期リハビリテーション加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者に対して、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として算定できる。 ・「初期加算」は、厚生労働大臣が定める入院中の患者に対して、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として算定できる。
1	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)(届)		175	
2	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)(届)		85	
注	早期リハビリテーション加算(1単位)	早加	入+30	
	初期加算(1単位)(届)	初期	入+45	
リハビリテーション総合計画評価料				・月1回を限度。 ・「1」は、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)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、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の届出保険医療機関において、「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に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の届出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、当該計画に基づき上記リハビリテーションを行った場合に算定する。
1	リハビリテーション総合計画評価料1	リハ総評1	300	
2	リハビリテーション総合計画評価料2	リハ総評2	240	

#### [共通事項]

- ・厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法を行った場合に算定する(20分以上を1単位とする)。
- ・心大血管疾患、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器、呼吸器の各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つに限り算定する。ただし、病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを算定できる。1日6単位(別に厚生労働大臣が定める患者は1日9単位)に限り算定する。
- ・別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して、必要があつて算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月に13単位を限度とする。
- ・銅線等による直達牽引(2日目以降)、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器、呼吸器、がん患者、認知症患者の各リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法の料の所定点数に含まれ算定できない。
- ・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、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器、呼吸器の各リハビリテーション料は算定できない。

## Ⅱ-12 精神科専門療法

### ⑧ 精神科専門療法

※外来管理加算は算定できない。

※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。

[点数欄] 外：外来患者のみ算定

※（届）：届出を要する保険医療機関

[点数欄] 入：入院患者のみ算定

名 称			点 数	備 考		
入院精神療法（1回につき）				・「1」については、精神保健指定医が30分以上行った場合、入院日から3月を限度として週3回に限り算定する。 ・「2」については、入院日から4週間以内の期間は週2回を、4週間を超える期間は、週1回を限度とする（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た場合は、入院期間にかかわらず週2回に限り算定する）。		
1	入院精神療法（Ⅰ）		入400			
2	入院精神療法（Ⅱ）					
	イ	入院日から6月以内の期間	入150			
	ロ	入院日から6月超えた期間	入80			
通院・在宅精神療法（1回につき）				・初診料を算定する初診の日においては、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。 ・再診以降においては、診療時間が5分を超えた場合に限り算定する。 ・退院後4週間以内の期間は、「1」と「2」を合わせて週2回、その他の場合は「1」と「2」を合わせて週1回に限り算定する。 ・特定疾患療養管理料を算定している患者には算定しない。 ・1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合で、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の50/100の点数により算定する。 ・「特定薬剤副作用評価加算」は、精神科継続外来支援・指導料の「注4」の加算を算定する月は算定できない。		
1	通院精神療法					
	イ	入院措置を経て退院した患者で、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合			外660	
		注	措置入院後継続支援加算（3月に1回限り）		+275	
	ロ	初診料を算定する初診の日において60分以上行った場合			外540	
		イ及びロ以外の場合				
	ハ	(1)	30分以上の場合		外400	
		注	特定薬剤副作用評価加算（月1回に限り）		+25	
	(2)	30分未満の場合			外330	
2	在宅精神療法					
	イ	入院措置を経て退院した患者で、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合			外660	
		ロ	初診料を算定する初診の日において60分以上行った場合		外600	
	ハ	イ及びロ以外の場合				
		(1)	60分以上の場合		外540	
		(2)	30分以上60分未満の場合		外400	
		注	特定薬剤副作用評価加算（月1回に限り）		+25	
	(3)	30分未満の場合		外330		
注	20歳未満加算（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）			+350		
	児童思春期精神科専門管理加算（届）					
	イ	16歳未満（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内）		+500		
	ロ	20歳未満の患者に60分以上行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内）（1回に限り）		+1,200		
標準型精神分析療法（1回につき）			390	・精神科標榜保険医療機関以外においても算定できる。 ・診療時間が45分を超えた場合に限り算定する。		
心身医学療法（1回につき）				・精神科標榜保険医療機関以外においても算定できる。 ・初診料を算定する初診の日においては、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。 ・初診時に算定した場合は、当該診療に要した時間を摘要欄に記載する。 ・入院中の患者については、入院日から4週間以内の期間は週2回、4週間を超える期間は週1回に限り算定する。 ・外来患者については、初診日から4週間以内の期間は週2回、4週間を超える期間は週1回に限り算定する。 ・「入院精神療法」「通院・在宅精神療法」「標準型精神分析療法」を算定している患者には「心身医学療法」は算定できない。		
1	入院中の患者		入150			
2	入院中の患者以外					
	イ	初診時	外110			
	ロ	再診時	外80			
注	20歳未満加算		所定点数の +200/100			
入院集団精神療法（1日につき）			入100	・入院日から6月を限度として週2回に限り算定する。 ・「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算定できない。		
通院集団精神療法（1日につき）			外270	・6月を限度として、週2回に限り算定する。 ・「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算定できない。		
精神科作業療法（1日につき）（届）			220			