

改定診療報酬点数表の概要（平成28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. 基本診療料

Table with columns for (1) 初診料, (2) 再診料・外来診療料, and 時間外対応加算. Includes sub-tables for general and 6-year-old children, and various add-on services like home visits and regional inclusion.

- ※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：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，時間外加算等すべての加算は算定不可

2. 医学管理等

Table for (1) 特定疾患療養管理料. Columns include 診療所, 225点, 147点, 87点. Notes mention厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対しての管理料算定方法。

(2) 特定疾患治療管理料

Large table for (2) 特定疾患治療管理料. Columns include 特定薬剤治療管理料, 悪性腫瘍特異物質治療管理料, etc. with detailed descriptions of services and points. Includes a note (1) at the bottom right.

(3) 小児科外来診療料 (1日につき)

1 処方せんを交付する場合	イ 初診時	572点
	ロ 再診時	383点
2 1以外の場合	イ 初診時	682点
	ロ 再診時	493点
※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・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) ※パリーブスマブを投与している患者(投与日に限る)には算定しない		

(4) 小児かかりつけ診療料

処方せんを交付する場合	イ 初診時	602点
	ロ 再診時	413点
処方せんを交付しない場合	イ 初診時	712点
	ロ 再診時	523点
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)の外來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・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)(Ⅱ),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)		

(5) 生活習慣病管理料 (月1回)

1 処方せんを交付する場合 イ 脂質異常症 ロ 高血圧症 ハ 糖尿病	650点 700点 800点	2 1以外の場合 イ 脂質異常症 ロ 高血圧症 ハ 糖尿病	1,175点 1,035点 1,280点	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
				「注3」の加算:500点(年1回) ※糖尿病を主病とするインスリン製剤を使用していない2型糖尿病患者に対し,血糖自己測定値に基づく指導を行った場合

(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	小児科を標榜する届出医療機関において夜間休日又は深夜において,外來患者(6歳未満の小児に限る)に対して診療を行った場合に算定(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
(7) 乳幼児育児栄養指導料	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,夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間,休日又は深夜において,外來患者に対して診療を行った場合
(9) 夜間休日救急搬送医学管理料	600点	診療時間外の日(土曜日以外の日(休日を除く))にあつては夜間に限る,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)と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合
(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	外來患者に対して,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した日から1は7日以内,2は14日以内の期間,初診料,再診料,外來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,外來患者に対して,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 (月1回,初診の日を除く)	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來患者に対して,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,在籍管,施設総管は包括)④投薬(処方料,処方せん料は包括)⑤急性増悪時の検査・画像診断・処置のうち所定点数が550点以上のもの
(13) 認知症地域包括診療料 (月1回,初診の日を除く)	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來の認知症患者(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
(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,治療内容等に係る説明を行い,文書により患者の同意を得た上で,禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに,その内容を文書により情報提供した場合(5回を限度。基準を満たさない場合には70/100を算定)
(15) 介護支援連携指導料 (入院中2回に限り)	400点	入院中の患者に対して,医師,看護師,社会福祉士等が介護支援専門員と共同して,導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合
(16) 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
(17) 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,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の算定患者以外の医療機関で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*
(18) 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を算定した外來患者に対して,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*
(19) がん治療連携管理料 1 がん診療連携拠点病院の場合 2 地域がん診療病院の場合 3 小児がん拠点病院の場合	500点 300点 750点	他の医療機関等から紹介された患者であつてがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して,化学療法又は放射線治療を行った場合(1人につき1回)
(20) 外来がん患者在宅連携指導料 ① (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している進行がんの患者であつて,在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて,在宅で緩和ケアを実施する他の医療機関に対して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 診療所型の場合 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,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)	350点	当該医療機関の紹介により他の医療機関で認知症鑑別診断を受け,認知症専門診断管理料1を算定した患者であつて,外來患者又は療養病棟に入院している患者に対し,認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに,患者の同意を得た上で,他の医療機関に診療情報を文書により提供した場合(治療を行った日の属する月を含め6月に限り)*
(23) 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又は他の医療機関の看護師等と同行し,必要な指導を行った場合
(24) 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來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*

(25) 診療情報提供料 (I) (1人につき月1回)	250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) ・当該患者の居住地を管轄する市町村又は指定居宅介護支援事業者等 ・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 (同一敷地内のものは除く) 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連携加算	50点	認知症専門医療機関で認知症と診断された外来患者について、症状が増悪した場合に、患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関へ診療状況を添えて紹介した場合
※肝炎インターフェロン治療連携加算	50点	長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の外来患者について、連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、紹介を行った場合
※歯科医療機関連携加算	100点	患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の医療機関に対して、患者又は家族の同意を得た上で、文書を添えて患者を紹介した場合
※地域連携診療計画加算 [㊦]	50点	届出医療機関が、患者の退院月又はその翌月に、連携する医療機関において地域連携診療計画加算を算定して退院した患者の同意を得て、当該連携医療機関に文書により情報提供した場合
※検査・画像情報提供加算 [㊦] イ 退院患者 ロ 入院中の患者以外の患者	200点 30点	届出医療機関が、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を電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合 (イは退院月又はその翌月に情報提供し、退院時診療状況添付加算を算定する場合は算定しない)
(26) 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
(27) 診療情報提供料 (II) (1人につき月1回)	500点	診療状況を添えて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
(28) 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 ※他家で死亡診断を行った場合、200点を加算 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 [㊦] : ①の緊急・夜間・休日・深夜の往診に100点を加算 ※在宅療養実績加算1又は2 (2は [㊦]): ②の緊急・夜間・休日・深夜の往診に75点又は50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) であって別に厚生労働大臣が定めるもの (以下「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 (1日につき)		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月に1回に限る))	
1 同一建物居住者以外の場合	833点		
2 同一建物居住者の場合	203点		
※乳幼児加算・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 在支診又は在支病 (機能強化型)	有床	6,000点	在宅で死亡した患者 (往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む) に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合 ※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は [㊦]): ②に750点又は500点を加算
	無床	5,000点	
② 在支診又は在支病 (①を除く)		4,000点	
③ ①, ②以外の場合		3,000点	
※看取り加算		3,000点	往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合

在宅時医学総合管理料 (月1回算定)	別に定める状態の患者かつ月2回以上の訪問診療			月2回以上の訪問診療			月1回の訪問診療			
	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 2～9人	左記以外	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 2～9人	左記以外	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 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	4,600点	2,500点	1,300点	2,760点	1,500点	780点
	無床	5,000点	4,140点	2,640点	4,200点	2,300点	1,200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	3,800点	2,100点	1,100点	2,280点	1,260点	660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	2,850点	1,575点	850点	1,710点	945点	510点

施設入居時等医学総合管理料 (月1回算定)	別に定める状態の患者かつ月2回以上の訪問診療			月2回以上の訪問診療			月1回の訪問診療			
	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 2～9人	左記以外	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 2～9人	左記以外	単一建物 診療患者 1人	単一建物 診療患者 2～9人	左記以外	
① 在支診又は在支病 (機能強化型)	有床	3,900点	3,240点	2,880点	3,300点	1,800点	1,300点	1,980点	1,080点	780点
	無床	3,600点	2,970点	2,640点	3,000点	1,650点	1,200点	1,800点	990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 在支診又は在支病 (①を除く)		3,300点	2,700点	2,400点	2,700点	1,500点	1,100点	1,620点	900点	660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	2,050点	1,125点	850点	1,230点	675点	510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		
・通院が困難である患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に算定 ・厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は所定点数に含まれる ・在宅医療専門の医療機関で、基準を満たさない場合は80/100に相当する点数を算定		
※処方せんを交付しない場合の加算	300点	
※在宅移行早期加算 (月1回)	100点	当該管理料算定月から3月以内の期間 (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

在宅がん医療総合診療料（1日につき）		院外処方せん	院内投薬	在宅診療又は在宅病において、在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者で通院が困難なものに対し、その同意を得て、計画的な医学管理の下に次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定
① 在宅診療又は在宅病（機能強化型）	有床	1,800点	2,000点	
	無床	1,650点	1,850点	
※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 [㊦]		150点	150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 [㊦]		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、患者で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・化学療法を行う又は真皮を越える褥瘡の在宅患者に対し、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	293点	
		680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	268点	
		630点	318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		○乳幼児加算・幼児加算（1日につき）：50点		○ターミナルケア加算：2,000点	
		○連携指導加算（月1回）：300点		○長時間訪問看護・指導加算（週1回。15歳未満の準・超重症児は週3回）：520点		○在宅移行管理加算（患者1人1回）：250点（重症者加算：500点）	
○複数名訪問看護加算		イ 430点 ロ 380点 ハ 300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）				
○夜間・早朝訪問看護加算		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				

救急搬送診療料（救急用自動車等に同乗）	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） ※週3日以上点滴注射が必要な患者	100点
介護職員等喀痰吸引等指示料（3月に1回） ※指定居宅サービス事業者及び特別支援学校等に対し、指示書を交付した場合	240点
在宅患者共同診療料	
1 往診の場合	1,500点
2 訪問診療（同一建物居住者以外）	1,000点
3 訪問診療（同一建物居住者）	240点
※在宅療養後方支援病院（500床未満）が他医療機関の求めにより共同で行った場合（1～3を合わせて原則年2回）	
在宅患者訪問褥瘡管理指導料（6月以内2回限度）	750点
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	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ビリテーションが必要な患者は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	
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
在宅小児低血糖症患者指導管理料 ※12歳未満の小児低血糖症の患者	820点
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料（月1回） ※別に厚労大臣が定める妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者	150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
在宅寝たきり患者処置指導管理料（月1回）	1,050点
在宅小児経管栄養法指導管理料（月1回） ※別に厚労大臣が定める当該経管栄養法を行っている患者	1,050点
在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ※在宅悪性腫瘍等患者指導管理料算定患者（他医療機関）に対する同一日の共同指導	1,500点

在宅療養指導管理材料加算	注入器加算（月1回）	300点
	間歇注入シリンジポンプ加算（2月に2回）	
	1 プログラム付きシリンジポンプ	2,500点
	2 1以外のシリンジポンプ	1,500点
	持続血糖測定器加算	1 2個以下 2 4個以下 3 5個以上
		1,320点 2,640点 3,300点
	※プログラム付きシリンジポンプ又はそれ以外のシリンジポンプでトランスミッターを使用した場合、3,230点又は2,230点を加算	
	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
	液化酸素装置加算（3月に3回）	1 設置型 3,970点 2 携帯型 880点
	呼吸同調式デマンドバルブ加算（3月に3回）	300点
	疼痛等管理用送信器加算	600点
	気管切開患者用人工鼻加算	1,500点
	携帯型精密ネブライザー加算 [㊦]	3,200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	

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	25点
	その他	6点
	乳幼児加算 (6歳未満)	20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
尿中特殊物質定性定量検査	7点
尿蛋白	9点
VMA 定性 (尿), Bence Jones 蛋白定性 (尿), 尿グルコース	16点
ウロビリノゲン (尿), 尿浸透圧	41点
N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG) (尿)	49点
アルブミン定性 (尿)	72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)	108点
アルブミン定量 (尿)	110点
トランスフェリン (尿), ウロポルフィリン (尿)	27点
尿沈渣 (鏡検法) (院内検査)	9点
※染色標本による検査の加算	24点
尿沈渣 (フローサイトメトリー法) (院内検査)	15点
虫卵検出 (集卵法) (糞便), ウロビリリン (糞便)	20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)	23点
虫体検出 (糞便)	37点
糞便中ヘモグロビン定性	41点
糞便中ヘモグロビン	56点
糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	55点
胃液又は十二指腸液一般検査	62点
髄液一般検査	70点
精液一般検査	75点
頸管粘液一般検査	100点
顆粒球エラスターゼ定性 (子宮頸管粘液), IgE 定性 (涙液)	128点
顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	

HDL-コレステロール, 無機リン及びビリルビン, 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、上記検査を5項目以上行った場合は、検査項目数に応じた点数により算定	
イ 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上 (入院初回に限り20点を加算)	115点
アポリポ蛋白	1項目 (㊦) 31点
	2項目 (㊦) 62点
	3項目以上 94点
セレン (㊦)	144点
Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体 (㊦)	200点

(7) 免疫学的検査

ノロウイルス抗原定性	150点
デングウイルス抗原定性 (㊦)	233点
IgG2 (T I A法によるもの) (㊦)	239点
IgG2 (ネフェロメトリー法によるもの) (㊦)	388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	50点
	※集菌塗抹法加算	32点
	その他のもの	61点
細菌培養同定検査 (118点)	口腔, 気道又は呼吸器からの検体	160点
	消化管からの検体	180点
	血液又は穿刺液	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
単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 (㊦)		287点
HTLV-1 核酸検出 (㊦)		450点

(9) 呼吸循環機能検査等

皮膚灌流圧測定 (㊦)	100点
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 (※連続呼吸ガス分析加算200点)	1,200点
シャトルウォーキングテスト (㊦)	200点

(10) 超音波検査等

超音波エラストグラフィ (㊦)	200点
-----------------	------

(11) 監視装置による諸検査

経皮的酸素ガス分圧測定 (1日につき) (㊦)	100点
-------------------------	------

(12) 神経・筋検査

精密知覚機能検査 (㊦)	280点
--------------	------

(13) 眼科学的検査

屈折検査	1 6歳未満の場合	69点
	2 1以外の場合	69点
	1	200点
	2 (㊦)	180点
コンタクトレンズ検査料	3	56点
	4 (㊦)	50点

(14) 内視鏡検査

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
膀胱尿道鏡検査 (※狭帯域光強調加算200点 (㊦))	890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 Alc (HbAlc)	49点
デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
骨髓像	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), 全血凝固時間, 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), ヘパプラスチンテスト	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
フィブリノゲン分解産物 (FgDP)	116点
D ダイマー定性	131点
プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	134点
D ダイマー半定量	135点
D ダイマー	141点
PIVKA-II	143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, ナトリウム及びクロール, カリウム, カルシウム, マグネシウム, 膠質反応, クレアチン, グルコース, 乳酸デヒドロゲナーゼ (LD), アミラーゼ, ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP), クレアチンキナーゼ (CK), アルドラーゼ, 遊離コレステロール, 鉄 (Fe), 血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの), 不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法), 総鉄結合能 (TIBC) (比色法)	11点
リン脂質	15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	85点	撮影		間接撮影	電子画像管理加算	新生児・乳幼児・幼児加算
	ロ その他	43点	アナログ	デジタル			
特殊撮影（一連につき）		96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）		72点	260点	270点		58点	乳幼児（3歳未満） 50/100
乳房撮影（一連につき）		306点	144点	154点		66点	幼児（3歳以上6歳未満） 30/100
			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		静脈造影カテーテル法	腔内注入及び穿刺注入	嚥下造影
イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	3,600点	3,600点	イ 注腸 ロ その他	300点 120点
ロ イ以外の場合 （血流予備能測定検査加算 （頸動脈閉塞試験加算（イのみ） [㊦] ）	1,180点 400点 1,000点			
				240点

(4) コンピューター断層撮影診断料

	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）
通則	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）共同利用施設で行われる場合 [㊦] : 1,020点 （2）その他の場合 : 1,000点 ロ 16列以上64列未満 : 900点 ハ 4列以上16列未満 : 750点 ニ イ、ロ又はハ以外の場合 : 560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 その他の場合 : 1,600点 2 1.5テスラ以上3テスラ未満 : 1,330点 3 1又は2以外の場合 : 900点
造影剤使用加算	500点	250点（※脳血管に対する造影は除く）
冠動脈CT撮影加算	600点	
心臓MRI撮影加算		300点
外傷全身CT加算	800点	
大腸CT撮影加算	（イの場合）620点、（ロの場合）500点	
乳房MRI撮影加算 [㊦]	-	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

	内服・ 浸煎・ 頓服薬	外用薬	3歳 未満 加算	麻・向 覚・毒 加算	特定疾患処方管理加算 （診療所・200床 未満病院）	外来後発医薬品 使用体制加算 [㊦]	一般名処方加算
調剤料	外来（1処方につき） 入院（1日につき）	9点 6点	-	1点	-	1 2	1 [㊦] ※3 2
処方料 （1処方につき）	内服薬6種類以内 内服薬7種類以上※1 向精神薬の多剤投与※2	42点 29点 20点	3点	1点	18点（月2回）又は 65点（月1回）	4点 3点	-
処方せん料 （1交付につき）	内服薬6種類以内 内服薬7種類以上※1 向精神薬の多剤投与※2	68点 40点 30点	3点	-		-	-
調剤技術基本料 （月1回）	入院中の患者 ※院内製剤加算 その他の患者	42点 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処方の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 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。
 ※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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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[㊦]
 ※ 外来患者に治療的ではなくがい薬のみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤料、処方せん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、処方せん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。[㊦]

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性・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：薬効分類上の腫瘍用薬を皮内、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、アバタセプト製剤を投与した場合			

(6)

(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	腱鞘内注射	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 (平成28年10月1日から)。
 ・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、外来の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30年3月まで)。
 ・() 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過しており、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

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)	185点 (1日につき)	経口摂取回復促進加算「1」185点・「2」㊦20点 (届出医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に実施した場合、治療開始日から6月以内に限り加算)

9. 処置

[通則]	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	

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	45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	225点	150点	85点
3,000cm ² ~6,000cm ² 未満	160点	420点 ^{※3}	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点 ^{※3}	1,250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) 治療装具の採型ギプス	
(1) 四肢ギプス包帯		① 義肢装具採型法 (1肢につき)	200点
① 鼻ギプス	310点	② 義肢装具採型法 (四肢切断) (1肢につき)	700点
② 手指及び手、足 (片側)	490点	③ 体幹硬性装具採型法	700点
③ 半肢 (片側)	780点	④ 義肢装具採型法 (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)	950点	(3) 義肢装具採寸法 (1肢につき)	200点
⑤ 上肢・下肢 (片側)	1,200点	(4) 治療装具採型法 (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)	1,700点		

※乳幼児加算 (3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	242点
2 30分を超えて5時間までの場合	242点
※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)	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)	
1 持続的吸引を行うもの	50点
2 その他のもの	25点
※乳幼児加算(3歳未満)	110点
局所陰圧閉鎖処置(入院外)(1日につき)(初回貼付加算)	
1 100cm ² 未満(1,690点)	○240点
2 100cm ² 以上200cm ² 未満(2,650点)	○270点
3 200cm ² 以上(3,300点)	○330点
硬膜外自家血注入 ㊦	800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
持続的難治性下痢便ドレナージ(開始日)	50点
排便	100点
ハイフローセラピー(1日につき) ㊦	160点
人工腎臓(1日につき)	
1 慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,010点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,175点
ハ 5時間以上の場合	2,310点
2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合	2,225点
3 その他の場合	1,580点
※夜間加算及び休日加算	300点
※透析液水質確保加算1	8点
※透析液水質確保加算2	20点
※下肢末梢動脈疾患指導管理加算(月1回) ㊦	100点
人工臓療法(1日につき)(3日を限度) ㊦	3,500点
皮膚科光線療法(1日につき)	
1 赤外線又は紫外線療法	○45点
2 長波紫外線又は中波紫外線療法(290nm以上315nm以下)	150点
3 中波紫外線療法(308nm以上313nm以下に限定)	340点
いぼ焼灼法 1 3箇所以下	210点
2 4箇所以上	260点
いぼ冷凍凝固法 1 3箇所以下	210点
2 4箇所以上	260点
軟属腫摘除 1 10箇所未満	120点
2 10箇所以上30箇所未満	220点
3 30箇所以上	350点
面皰疔出法	49点

鶏眼・胼胝処置(月1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 200点 除去術 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酔加算を含む)※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	○25点
2 多数の場合	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)	○30点
2 ポリツェル球による耳管通気法	○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
耳垢除去(複雑なもの) 1 片側	100点
2 両側	150点
※乳幼児加算(6歳未満)	50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
介達牽引(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	1,850点
4 長径10cm以上		2,860点
頭頸部(長径20cm以上に限る) ㊦	7,170点	
その他	2,000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	1,450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) 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
(6) 手掌, 足底異物摘出術		3,190点
(7) 水晶体再建術		
1 眼内レンズを挿入する場合		
イ 縫着レンズを挿入するもの		17,440点
ロ その他のもの		12,100点
2 眼内レンズを挿入しない場合		7,430点
3 計画的後囊切開を伴う場合		18,150点
※水晶体嚢拡張リングを使用した場合の加算 ㊦		1,600点
(8) 後発白内障手術		1,380点
(9) 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