

改定診療報酬点数表の概要（令和4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 ◎は診療所のみ算定可

(1) 初診料		病院・診療所	(2) 再診料・外来診療料		再診料	◎ 時間外対応加算	外来診療料
◆ 一般	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例 夜間・早朝等加算	288点 (85点) 373点 (250点) 538点 (480点) 768点 (230点) 518点 (50点)	◆ 一般	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例 夜間・早朝等加算	73点 (65点) 138点 (190点) 263点 (420点) 493点 (180点) 253点 (50点)	1 (常時対応) : 5点 2 (準夜帯対応) : 3点 3 (準夜帯対応) : 1点 ・継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制をとること等で全患者の再診料に加算 ・3は複数の診療所(自院を含み3施設以内)の輪番制による対応	74点 139点 264点 494点 254点 —
◆ 6歳未満満期初見	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例	(75点) (200点) (365点) (695点) (345点)	◆ 6歳未満満期初見	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例加算	111点 (135点) 208点 (260点) 333点 (590点) 663点 (250点)	112点 209点 334点 664点 324点	
	◎ 338点		◎ 123点	◎ 323点			

(3) その他の加算等 ◇は要届出	初診料	再診料	外来診療料	※ 1 : 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないもの)又は認知症のうち2以上の疾患有する患者	
情報通信機器を用いた場合◇	251点	73点	73点	※ 2 : 組織的な感染防止対策に係る届出(月1回)	
機能強化加算◇	80点	—	—	※ 3 : 感染対策向上加算1の届出医療機関との連携体制を確保	
外来管理加算	—	52点	—	※ 2に加算(月1回)	
明細書発行体制等加算	—	◎ 1点	—	※ 4 : 地域や全国のサーベイランスに参加	※ 2に加算(月1回)
地域包括診療加算1/2 ◇ ※ 1	—	25点/18点	—	※ 5 : オンライン資格確認システムにより取得した患者情報を活用して診療等を実施した場合に加算(月1回)。なお、初診の場合に、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合等であっても、月1回に限り3点を加算	
認知症地域包括診療加算1/2	—	35点/28点	—		
外来感染対策向上加算◇※ 2	◎ 6点	◎ 6点	—		
連携強化加算◇※ 3	◎ 3点	◎ 3点	—		
サーベイランス強化加算◇※ 4	◎ 1点	◎ 1点	—		
電子的保健医療情報活用加算※ 5	7点	4点	4点		

※ 2～※ 4は対象の特掲診療料(★を表示)を算定した場合でも算定可

2. 医学管理等

(1) 通則	外来感染対策向上加算※ : 6点	連携強化加算※ : 3点	サーベイランス強化加算※ : 1点
(2) 特定疾患療養管理料			
診療所	225点 (196点)	・厚生労働大臣が定める疾患有主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月に2回に限り算定	
病院	許可病床100床未満 許可病床100床以上200床未満	・在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる ・届出医療機関において情報通信機器を用いて行った場合、()内を算定	

(3) 特定疾患治療管理料

悪性腫瘍 特異物質 治療管理料	イ 尿中BTA 口 その他 2項目以上	220点 360点 400点	イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中BTAに係る検査を行い、口については、悪性腫瘍の患者に対して、腫瘍マーカーに係る検査(イの検査を除く)のうち1又は2以上の項目を行ない、その結果に基づく計画的な治療管理を行った場合(月1回第1回の検査及び治療を行ったとき) 腫瘍マーカー(口に規定)の検査を行った場合、1回目の治療管理料算定期に限り口に加算
※腫瘍マーカー検査初回月加算		150点	
小児特定疾患カウンセリング料 イ 医師による場合 月の1回目 月の2回目 口 公認心理師による場合	500点 400点 200点	18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群等の外来患者(2年を限度、月2回)※小児科又は心療内科標準。小児科若しくは心療内科の担当医師又は医師の指示を受けた公認心理師が行う	
小児科療養指導料	270点	15歳未満の慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする外来患者に対して、必要な生活指導を継続して行った場合(月1回)※小児科標準	
情報通信機器を用いた場合	235点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	
てんかん指導料	250点	外来患者(月1回)※小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科、心療内科標準	
情報通信機器を用いた場合	218点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	
難病外来指導管理料	270点	難病法に規定する指定難病等の難病外来患者(月1回)	
情報通信機器を用いた場合	235点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	
皮膚科特定疾患指導管理料(I)	250点	天疱瘡、類天疱瘡、紅斑性狼瘡等の外来患者(月1回)※皮膚科、皮膚泌尿器科等標準	
情報通信機器を用いた場合※	218点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	
皮膚科特定疾患指導管理料(II)	100点	带状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(外用療法を要する16歳以上の患者)、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎の外来患者(月1回)※皮膚科、皮膚泌尿器科等標準	
情報通信機器を用いた場合※	87点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	
外来栄養食事指導料	初回 1 対面 情報通信機器等使用※ 2 対面 情報通信機器等使用※	2回目以降 260点 200点 235点 180点 250点 190点 225点 170点	・特別食を必要とする外来患者に対し、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合(初回指導月は月2回、その他の月は原則月1回限り) ・2は当該診療所以外の管理栄養士による場合 ・届出医療機関において外来化学療法実施の悪性腫瘍患者に専門管理栄養士が指導を行った場合、月1回に限り260点を算定
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,211点	外来慢性維持透析患者に検査結果に基づき計画的な医学管理を行った場合(月1回)	
※腎代替療法実績加算	100点	腎代替療法に関する届出医療機関において加算	
喘息治療管理料1 1月目 2月目以降	75点 25点	1 外来の喘息患者にビーグルフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合(月1回) 2 外来の喘息患者(6歳未満又は65歳以上)で、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合(初回に限る)	
喘息治療管理料2	280点	診療所において、慢性疼痛に係る疾患有主病とする外来患者に対し、療養上必要な指導を行った場合(月1回)(介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置等の費用は含まれる)	
慢性疼痛疾患管理料	130点	届出医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有する外来患者に対し、医師又は医師の指示に基づき看護師が30分以上の指導を行った場合(月1回)	
糖尿病合併症管理料	170点	15歳未満の渗出性中耳炎(疾患有の反復や遷延がみられるものに限る)の外来患者に対し計画的な医学管理を行い、療養上必要な指導を行った場合(月1回)※耳鼻咽喉科標準	
耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	150点	届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める糖尿病の外来患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して透析予防に関する指導を行った場合(月1回)	
糖尿病透析予防指導管理料	350点	届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める糖尿病の外来患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して透析予防に関する指導を行った場合(月1回)	
情報通信機器を用いた場合	305点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定	

小児運動器疾患指導管理料	250点	届出医療機関において、20歳未満の運動器疾患有する外来患者に対して、必要な指導を行った場合（6月に1回限り、初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）
婦人科特定疾患治療管理料	250点	届出医療機関において、器質性月経困難症であってホルモン剤を投与している外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（3月に1回限り）※婦人科又は産婦人科標榜
一般不妊治療管理料	250点	届出医療機関において、一般不妊治療を実施している不妊症の外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（3月に1回限り）。生殖補助医療管理料との併算定不可
生殖補助医療管理料	1 2 300点 250点	届出医療機関において、生殖補助医療を実施している不妊症の外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（月1回）
二次性骨折予防継続管理料	1,000点	以下の患者に対し、それぞれ骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合 1：大腿骨近位部骨折に対する手術を行った届出病棟の入院患者（入院中1回限り）
二次性骨折予防継続管理料1	750点	2：他の医療機関において1を算定した届出病棟の入院患者（入院中1回限り）
二次性骨折予防継続管理料2	500点	3：届出医療機関において、1を算定した外来患者（初回月から1年を限度、月1回）
アレルギー性鼻炎免 疫療法治療管理料	1月目 2月以降 280点 25点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書で行い、同意を得た上で計画的な治療管理を行った場合（月1回）
下肢創傷処置管理料	500点	届出医療機関において、下肢の潰瘍を有する外来患者に対し、下肢創傷処置の専門の知識を有する医師が、療養上必要な指導を行った場合（下肢創傷処置の算定期間において月1回）

			初診時	再診時	
(4) 小児科外来診療料（1日につき）★	処方箋交付 交付以外	599点 716点	406点 524点	・6歳未満の乳幼児（小児科標榜） ・バリビズマブの投与患者（投与日に限る）には算定しない	
(5) 小児かかりつけ診療料（1日につき）★	1 処方箋交付 交付しない	641点 758点	448点 566点	・届出医療機関において、未就学児（6歳以上の場合は6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の外来患者に診療を行った場合（電話等による再診の場合は算定しない）	
2 処方箋交付 交付しない	630点 747点	437点 555点			
<共通>小児抗菌薬適正使用支援加算※：80点（施設基準を満たす医療機関において、急性感染症又は急性下痢症で受診した患者で抗菌薬を使用しないものに対して、指導及び検査結果の説明を行い文書提供した場合に、初診時・月1回に限り算定）					
<包括除外>初診料の機能強化加算、初再診料・外来診療料の時間外加算等、医学管理等通則の外来感染対策向上加算等、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（I）【5のみ】、診療情報提供料（II）、連携強化診療情報提供料、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）及び電子的診療情報評価料【5のみ】					
(6) 生活習慣病管理料（月1回）	1 脂質異常症 570点	2 高血圧症 620点	3 糖尿病 720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、注射、病理診断	
※外来データ提出加算（要届出）※：50点 ※血糖自己測定指導加算：500点（年1回）					

(7) 地域連携小児夜間・休日診療料	450点	（要届出 ※小児科標榜）6歳未満の外来患者（在宅当番医制で行う夜間・休日診療は不可）
地域連携小児夜間・休日診療料1	600点	1：夜間・休日・深夜の医療機関が定めた時間に応対（応対可能時間を地域に周知）
地域連携小児夜間・休日診療料2		2：24時間診療可能な体制を有し、地域に周知されている
(8) 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
情報通信機器を用いた場合	113点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定
(9) 地域連携夜間・休日診療料	200点	届出医療機関において、夜間に別に定める時間、休日又は深夜に外来患者に診療を行った場合
(10) 夜間休日救急搬送医学管理料	600点	診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く）にあっては夜間に限る）、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（初診料算定期間に限る）
※精神科疾患者等受入加算：400点 ※救急搬送看護体制加算1：400点 ※救急搬送看護体制加算2：200点		
(11) 外来リハビリテーション診療料★	73点 110点	外来患者に対して、リハビリテーションの実施に際して必要な診療を行った場合 算定日から起算して、1は7日以内、2は14日以内の期間においては、リハビリテーションの実施に係る初診料、再診料、外来診療料は算定しない
(12) 地域包括診療料★	1 1,660点 2 1,600点	届出医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないもの）又は認知症のうち2以上の疾患有する外来患者に対して、患者の同意を得て指導及び診療を行った場合
(13) 認知症地域包括診療料★	1 1,681点 2 1,613点	届出医療機関において、認知症以外に1以上の疾患有する認知症患者（1处方につき5種類を超える内服薬の投薬、1处方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を併せて3種類を超えて投薬した場合を除く）に対して、患者等の同意を得て指導・診療を行った場合
※(12)・(13)共通：薬剤適正使用連携加算（下記）及び①～⑥を除き包括 ①再診料の時間外加算等②医学管理等通則の外来感染対策向上加算等 ③地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（II）、連携強化診療情報提供料④在宅医療（訪問診療料、在医経管、施設総管は包括）⑤投薬（处方料、処方箋料は包括）⑥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		
※薬剤適正使用連携加算	30点	他医療機関・介護老人保健施設に入院・入所した患者が減薬した際の処方内容についての連携等
(14) 外来腫瘍化療法診療料★	700点 400点 570点 270点	届出医療機関において、悪性腫瘍を主病とする外来患者に対し、外来化学療法の実施その他必要な治療管理を行った場合（初・再診料及び外来診療料（乳幼児加算・時間外加算等を除く）、がん患者指導管理料のハ又は在宅自己注射指導管理料は併算定不可） ・「イ」は悪性腫瘍剤を投与した場合に月3回、「ロ」は悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に「イ」を算定する日以外の日に週1回算定
※小兒加算：200点（15歳未満） ※連携充実加算：150点（月1回、1のイの算定患者のみ）		
※ハイオ後続品導入初期料：150点（初回使用月から3月を限度に月1回）		

(15) ニコチン依存症管理料	230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である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。別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は70／100を算定。（1は5回限り、2は初回時に1回限り） ・1のロの(2)を算定する場合は、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料(I)(II)は別に算定できない
(16) がん治療連携指導料（月1回）	300点	がん治療連携計画策定料1又は2を算定した外来患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行い、同意を得た上で計画策定病院に患者に係る診療情報を文書により提供した場合*
(17) 認知症専門診断管理料	700点 500点 300点 280点	1は認知症疾患医療センターが、紹介された認知症の疑いのある患者に対し、同意を得て認知症の鑑別診断を行った上で療養方針の決定・認知症療養計画の作成をするとともに、患者・他の医療機関に文書により情報提供した場合（1人につき1回）* 2は認知症の症状が増悪した紹介患者を同意を得て診療の上、療養計画等を説明・提供し、他の医療機関に文書で診療情報を提供した場合（3月に1回）* *診療情報提供料（I）、連携強化診療情報提供料の費用を含む
(18) 認知症療養指導料（月1回）	350点 300点 300点	（治療を行った日の属する月を含め6月を限度） 1 認知症専門診断管理料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等* 2 認知症サポート指導料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等* 3 認知症患者の支援体制確保に協力する認知症サポート医による療養計画に基づく治療等 *診療情報提供料（I）、連携強化診療情報提供料の費用を含む
(19) 遠隔連携診療料	750点 500点	1：診断を目的として難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合（診断確定までの間に3月に1回） 2：てんかん（知的障害を有する者に限る）患者に対し、情報通信機器を用いて他の医療機関の医師と連携して診療を行った場合（初回算定期間から1年限度、3月に1回）

(20) こころの連携指導料（I） ^新	350点	届出医療機関において、精神疾患が増悪するおそれがある又は精神科若しくは心療内科担当医の指導が必要な外来患者に対し、診療及び指導を行い、精神科又は心療内科を標榜する医療機関に対して診療情報の文書による提供等を行った場合（初回算定月から1年限度、月1回）
(21) こころの連携指導料（II） ^新	500点	届出医療機関において、こころの連携指導料（I）を算定し、当該医療機関に紹介された外来患者に対し、精神科又は心療内科を担当する医師が診療及び指導を行い、紹介した医師に対して診療情報の文書による提供等を行った場合（初回算定月から1年限度、月1回）
(22) 薬剤総合評価調整管理料（月1回）	250点	6種類以上の内服薬が処方されていた外来患者の処方内容について、総合的に評価・調整し2種類以上減少した場合
※連携管理加算 情報通信機器を用いた場合 ^新	50点	処方の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
	218点	届出医療機関において、所定点数に代えて算定
(23) 診療情報提供料（I） (1人につき月1回)	250点	<ul style="list-style-type: none"> ・別の医療機関での診療の必要を認めた場合（紹介先ごと） ・市町村又は指定居宅介護支援事業者等若しくは指定特定相談支援事業者等 ・保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認めた場合 ・精神障害者施設等に対し、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（同一敷地内等は除く）又は介護療養院に對し、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 ・小児慢性特定疾病児、医療的ケア児又はアナフィラキシー既往歴若しくは食物アレルギー患者について、通園又は通学する学校等の学校医等に対して必要な情報を提供した場合
※退院時診療状況添付加算：200点 ※ハイリスク妊娠紹介加算：200点 ※認知症専門医療機関紹介加算：100点		
※認知症専門医療機関連携加算：50点 ※精神科医連携加算：200点 ※肝炎インソーフェロン治療連携加算：50点		
※歯科医療機関連携加算（1：100点／2：100点） ※地域連携診療計画加算：50点 ※療養情報提供加算：50点		
※検査・画像情報提供加算（イ 退院患者：200点／ロ 入院中の患者以外の患者：30点）		
(24) 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主要な診療記録を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
(25) 診療情報提供料（II） (1人につき月1回)	500点	診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて患者がセカンドオピニオンを得るために支援を行った場合
(26) 診療情報連携共有料 (1人につき3月に1回)	120点	歯科診療を担う別の医療機関からの求めに応じ、同意を得て、検査結果・投薬内容等を文書により提供した場合（提供する医療機関ごと）
(27) 連携強化診療情報提供料	150点	施設基準を満たす医療機関において、患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて診療状況を文書で提供した場合（提供する医療機関ごとに1人につき月1回、妊娠中の患者で頻回の情報提供を要する場合以外は3月に1回）
(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
(29) 禁煙治療補助システム指導管理加算 ^新 ※禁煙治療補助システム加算	140点 2,400点	届出医療機関において、ニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合（当該管理料算定期間に1回限り） 禁煙治療補助システムを使用した場合は、更に所定点数に加算

3. 在宅医療

外来感染対策向上加算^新：6点 連携強化加算^新：3点 サーベイランス強化加算^新：1点

往診料		昼間	緊急	夜間 休日	深夜	※診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに、100点を加算
① 在宅療養支援診療所（在支診）又は在宅療養支援病院（在支病）で別に厚生労働大臣が定めるもの（「機能強化型」）	有床	720点	1,570点	2,420点	3,420点	※患者で死亡診断を行った場合、200点を加算
	無床	720点	1,470点	2,220点	3,220点	※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
② 在支診又は在支病（①を除く）		720点	1,370点	2,020点	3,020点	※在宅療養実績加算1又は2：②の緊急・夜間・休日・深夜の往診に75点又は50点を加算
③ ①、②以外の場合		720点	1,045点	1,370点	2,020点	
在宅患者訪問診療料（I）★ ※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該施設へ入居している患者に訪問診療を行った場合を除く						
1 在宅患者訪問診療料1（1日につき） イ 同一建物居住者以外の場合 ロ 同一建物居住者の場合		888点 213点	・「1」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週3日を限度（患者の急性増悪等により一時に頻回の訪問診療を行う必要を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度（1月1回に限る））			
2 在宅患者訪問診療料2（月1回） イ 同一建物居住者以外の場合 ロ 同一建物居住者の場合		884点 187点	・「2」は在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼に応じた場合（末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から6月を限度）			
※乳幼児加算		400点	6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合			
※在宅ターミナルケア加算（1の場合に限る）「有料老人ホーム等に入居する患者以外」及び「有料老人ホーム等に入居する患者」						
① 在支診又は在支病（機能強化型）	有床	6,500点	在宅で死亡の患者（往診又は訪問診療後24時間以内の在宅以外での死亡も含む）に死亡日から14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合			
	無床	5,500点	※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算：①に1,000点を加算			
		4,500点	※在宅療養実績加算1又は2：②に750点又は500点を加算			
② 在支診又は在支病（①を除く）		3,500点	※酸素療法加算：2,000点を加算（がん患者に酸素療法を行っていた場合）			
③ ①、②以外の場合		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			
※看取り加算（1を算定する場合に限る）						
在宅患者訪問診療料（II）★ ※有料老人ホーム等の併設医療機関が、当該施設へ入居している患者に訪問診療を行った場合						
イ 在総管、施設総管の算定要件を満たす医療機関（1日につき） ロ イ又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼（月1回）		150点	・「イ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週3日を限度（患者の急性増悪等により一時に頻回の訪問診療を行う必要を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度（1月1回に限る）） ・「ロ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から6月を限度			
※在宅ターミナルケア加算（イの場合に限る）						
① 在支診又は在支病（機能強化型）	有床	6,200点				
	無床	5,200点				
		4,200点	在宅患者訪問診療料（I）の在宅ターミナルケア加算と同様			
② 在支診又は在支病（①を除く）		3,200点				
③ ①、②以外の場合						
※乳幼児加算、看取り加算（イの場合に限る）は、（I）と同様						

在宅がん医療総合診療料（1日につき）		処方箋交付	交付しない	在支診又は在支病において、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 在支診又は在支病（機能強化型）	有床	1,800点	2,000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
	無床	1,650点	1,850点	
② 在支診又は在支病（①を除く）	有床	150点	150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
	無床	1,495点	1,685点	
③ ①、②以外の場合	有床	110点	110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
	無床	75点	75点	

※死亡診断加算：200点 ※小児加算^新（15歳未満、小児慢性対象は20歳未満）（週1回）：1,000点 ※在宅データ提出加算^新（月1回）：50点

		在宅時医学総合管理料（月1回算定）				施設入居時等医学総合管理料（月1回算定）			
訪問診療	単一建物 診療患者	1 在支診又は在支病 (機能強化型)		2 在支診 又は在支 病(1以 外)		1 在支診又は在支病 (機能強化型)		2 在支診 又は在支 病(1以 外)	
		有床	無床	3 1, 2 以外	有床	無床	3 1, 2 以外	有床	無床
(1)月2回以上(別に定める状態の患者)	①1人	5,400点	5,000点	4,600点	3,450点	3,900点	3,600点	3,300点	2,450点
	②2~9人	4,500点	4,140点	3,780点	2,835点	3,240点	2,970点	2,700点	2,025点
	③上記以外	2,880点	2,640点	2,400点	1,800点	2,880点	2,640点	2,400点	1,800点
(2)月2回以上((1)以外)	①1人	4,500点	4,100点	3,700点	2,750点	3,200点	2,900点	2,600点	1,950点
	②2~9人	2,400点	2,200点	2,000点	1,475点	1,700点	1,550点	1,400点	1,025点
	③上記以外	1,200点	1,100点	1,000点	750点	1,200点	1,100点	1,000点	750点
(3)月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	①1人	3,029点	2,789点	2,569点	2,029点	2,249点	2,069点	1,909点	1,549点
	②2~9人	1,685点	1,565点	1,465点	1,180点	1,265点	1,175点	1,105点	910点
	③上記以外	880点	820点	780点	660点	880点	820点	780点	660点
(4)月1回	①1人	2,760点	2,520点	2,300点	1,760点	1,980点	1,800点	1,640点	1,280点
	②2~9人	1,500点	1,380点	1,280点	995点	1,080点	990点	920点	725点
	③上記以外	780点	720点	680点	560点	780点	720点	680点	560点
(5)月1回(2月に1回情報通信機器)	①1人	1,515点	1,395点	1,285点	1,015点	1,125点	1,035点	955点	775点
	②2~9人	843点	783点	733点	590点	633点	588点	553点	455点
	③上記以外	440点	410点	390点	330点	440点	410点	390点	330点
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		①400点	②200点	③100点		①300点	②150点	③75点	
在宅療養実績加算1		①300点	②150点	③75点		①225点	②110点	③56点	
在宅療養実績加算2		①200点	②100点	③50点		①150点	②75点	③40点	

<共通>(3)5は届出必要)> ※処方箋を交付しない場合の加算：300点 ※別に定める基準を満たさない場合：3について、所定点数の80／100で算定 ※在宅移行早期加算(月1回)：100点 ※頻回訪問加算(1人1回)600点 ※在宅療養移行加算(3の算定患者のみ)1：216点、2：116点 ※包括支援加算((2)～(5)のみ)：150点 ※在宅データ提出加算：50点

在同一建物居住者訪問看護・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：在宅患者(末期の悪性腫瘍等の患者以外)について週3日限度(急性増悪等頻回の訪問看護・指導：月1回、別に厚生労働大臣が定めるものは月2回、週7日(診療の日から14日以内)を限度)3：届出医療機関が、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている、真皮を越える褥瘡の状態にある又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な在宅患者に対して、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に同一建物で行った場合○特別地域訪問看護加算：所定点数の50／100				
		同一日2人	3人以上	同一日2人	3人以上	1及び2	3	1及び2	3
1 保健師、助産師又は看護師	イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	580点 680点	580点 680点	293点 343点					
2 准看護師	イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	530点 630点	530点 630点	268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(共通)> ○緊急訪問看護加算(1日につき)：265点 ○長時間訪問看護・指導加算(週1日(別に厚生労働大臣が定める者は週3日)限り)：520点 ○乳幼児加算(6歳未満)(1日につき)：150点 ○在宅患者連携指導加算(月1回)：300点 ○在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回)：200点 ○在宅ターミナルケア加算(イ)在宅又は特別養護老人ホーム等で死亡(看取り介護加算等を算定しているものを除く)：2,500点(ロ)特別養護老人ホーム等で死亡(看取り介護加算等を算定しているもの)：1,000点 ○在宅移行管理加算(患者1人につき1回)：250点(重症度等高の場合)500点 ○夜間・早朝訪問看護加算(午後6時～午後10時又は午前6時～午前8時)：210点 深夜訪問看護加算(午後10時～午前6時)：420点 ○看護・介護職員連携強化加算(月1回)：250点 ○訪問看護・指導体制充実加算(月1回)：150点(届出医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合)<1に係る加算>○専門管理加算(月1回)：250点									
○難病等複数回訪問加算(1日につき)(在宅患者)1日2回：450点 1日3回以上：800点 (同一建物居住者)1日2回 (1)同一建物内1人：450点、(2)同一建物内2人：450点、(3)同一建物内3人以上：400点 1日3回以上 (1)同一建物内1人：800点、(2)同一建物内2人：800点、(3)同一建物内3人以上：720点									

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分超)：700点	※重症患者搬送加算：1,800点
在宅患者訪問点滴注射管理指導料★(1週につき)	100点
介護職員等喀痰吸引等指示料(3月に1回)	240点
訪問看護指示料(月1回) 有効期間6ヶ月以内	300点
※特別訪問看護指示加算(別に定める患者は月2回)	100点
※特別材料等提供加算	80点
※手順書加算(6月に1回)	150点
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料★	(1単位)
1 同一建物居住者以外の場合	300点
2 同一建物居住者の場合	255点
※患者1人につき週6単位を限度(一時的に頻回の訪問リハが必要な患者は6月に1回14日を限度に1日4単位まで算定可)	
外来在宅共同指導料	1 (在宅療養医療機関) (1回限り)
	400点 600点
在宅自己注射指導管理料(月1回)	1,230点
1 複雑な場合	1,070点
2 1以外の場合 イ 月27回以下 ロ 月28回以上	566点 653点
※導入初期加算 580点	※ハイオ後続品導入初期加算 150点

在宅酸素療法指導管理料(月1回)	乳幼児呼吸管理材料加算(3月に3回)	1,500点
注入器加算		300点
間歇注入シリングポンプ加算(2月に2回)		
1 プログラム付きシリングポンプ	2,500点	
2 1以外のシリングポンプ	1,500点	
注入器用注射針加算(月1回)	1 2	200点 130点
酸素ボンベ加算(3月に3回)	1 携帯用 2 1以外	880点 3,950点
酸素濃縮装置加算(3月に3回)		4,000点
呼吸同調式デマンドバルブ加算(3月に3回)		291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 2 その他の場合	780点 100点
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算(3月に3回)		100点
血糖自己測定器加算(3月に3回)		
1 月20回以上 2 月30回以上 3 月40回以上	350点 465点 580点	4 月60回以上 5 月90回以上 6 月120回以上
7 間歇スキャン式持続血糖測定器		1,250点
※血中ケト体自己測定器加算(3月に3回)		40点
在宅持続陽圧呼吸療法用 1 ASVを使用 治療器加算(3月に3回) 2 CPAPを使用		3,750点 1,000点
在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算		2,000点
注入ポンプ加算(2月に2回)		1,250点
在宅経管栄養法用栄養管セット加算		2,000点
特殊カテーテル加算(3月に3回)		
1 再利用型カテーテル 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ 親水性コーティングを有する		400点
(1)60本以上：1,700点 (2)120本以上：2,100点		(2)90本以上：1,900点
ロ イ以外のもの		1,000点
3 間歇バルーンカテーテル		1,000点
在宅ハイフローセラピー材料加算(3月に3回)		100点
在宅ハイフローセラピー装置加算(3月に3回)		1,600点
在宅抗菌薬吸入療法用ネプライザ加算(1月目 2月目以降)		7,480点 1,800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査加算は別に算定できない)
外来迅速検査加算 (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 (I) 判断料	144点
遺伝子関連・染色体検査判断料	100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
		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	37点
	その他	6点
	乳幼児加算 (6歳未満)	30点
	鼻腔・咽頭拭い液採取	25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
尿中蛋白	7点
尿グルコース	9点
尿浸透圧	16点
N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG) (尿)	41点
アルブミン定性 (尿)	49点
黄体形成ホルモン (LH) 定性 (尿)	72点
アルブミン定量 (尿)	99点
トリプシンゲン 2 (尿) ^新	105点
L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)	210点
尿沈渣 (鏡検法) (院内検査)	27点
※染色標本による検査の加算	9点
尿沈渣 (フローサイトメトリー法) (院内検査)	24点
糞便塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む)	20点
糞便中ヘモグロビン定性	37点
糞便中ヘモグロビン	41点
糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56点
ヒューナー検査	20点
閥節液検査 ^新	50点
精液一般検査	70点
頸管粘液一般検査	75点
顆粒球エラスター定性 (子宮頸管粘液), IgE定性 (涙液)	100点
顆粒球エラスター (子宮頸管粘液)	119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 (B C P 改良法・B C G 法), 尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP), コリンエステラーゼ (ChE), γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -GT), 中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチニン、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), クレアチニンキナーゼ (CK), アルドラーーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe), 血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの), 不飽和鉄結合能 (UIBC) (比色法), 総鉄結合能 (TIBC) (比色法)	11点
リン脂質	15点
HDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST), アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	17点
LDL-コレステロール、蛋白分画	18点
銅 (Cu)	23点
リバーゼ	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項目を5項目以上行った場合	
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)	106点
ALP アイソザイム、アミラーゼアイソザイム	48点
アンモニア	50点
CK アイソザイム、グリコアルブミン	55点
フェリチン半定量、フェリチン定量	105点
ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン ^新	276点

(8) 免疫学的検査

梅毒トレボネーマ抗体定性	32点
A群 β 溶連菌迅速定性	124点
インフルエンザウイルス抗原定性	136点
ノロウイルス抗原定性	150点
アデノウイルス抗原定性 (糞便を除く。)	184点
百日咳菌抗原定性 ^新	217点
H B s 抗原定性・半定量	29点
H C V 抗体定性・定量	105点
C反応性蛋白 (C R P)	16点
特異的 I g E 半定量・定量 (特異抗原の種類ごと)	110点
※1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は1,430点を限度	
T A R C	184点
S C C A 2 ^新	300点
s F l t - 1 / P I G F 比 ^新	340点

(5) 血液学的検査

赤血球沈降速度 (ESR) (院内検査)	9点
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
D N A 含有赤血球計数検査 ^新	40点
ヘモグロビン HbA1c	49点
デオキシリミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
骨髄像	788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)	18点
フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量	23点
活性化部分トロンボプラスチック時間 (APTT)	29点
血小板凝集能	50点
アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
フィブリリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定性、フィブリリン・フィブリノゲン分解産物 (F D P) 定量	80点
フィブリリンモノマー複合体定性	93点
Dダイマー定性	122点
Dダイマー半定量	128点
Dダイマー	130点
PIVKA- II	143点
トロンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T)	176点

(7) 生化学的検査 (II)

甲状腺刺激ホルモン (T S H)	101点
遊離サイロキシン (F T 4), 遊離トリヨードサイロニン (F T 3)	124点
脳性N a 利尿ペプチド (B N P)	133点

(9) 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	35点	
その他のもの	64点	
口腔、気道又は呼吸器からの検体	170点	
消化管からの検体	190点	
血液又は穿刺液	220点	
泌尿器又は生殖器からの検体	180点	
その他の部位からの検体	170点	
簡易培養	60点	
1菌種	180点	
2菌種	230点	
3菌種以上	290点	
薬剤耐性菌検出	50点	
クラミジア・トラコマチス核酸検出	193点	
淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	270点	
尿素呼気試験 (U B T)	70点	

(10) 生体検査

超音波検査 断層撮影法 (心臓超音波検査を除く。)	
イ 訪問診療時に行った場合 (月1回)	400点
ロ その他の場合	
(1)胸腹部	530点
(2)下肢血管	450点
(3)その他 (頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350点
超音波減衰法検査 ^新	200点
嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコビー	600点
喉頭ファイバースコビー	600点
胃・十二指腸ファイバースコビー	1,140点
大腸内視鏡検査 1 ファイバースコビーによるもの	
ハ 上行結腸及び盲腸	1,550点
※バルーン内視鏡加算 ^新	450点
膀胱尿道ファイバースコビー	950点

5. 画像診断

[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

(1) エックス線診断料

透視診断		110点		写真診断	撮影 アナログ	撮影 デジタル	間接撮影 [診断料・撮影料]	電子画像 管理加算	新生児・乳幼児・児童加算 [撮影料の加算]
単純撮影	複雑撮影	頭部・胸部・腹部・脊椎	85点						
	その他	43点							乳幼児（3歳未満） 50/100
特殊撮影（一連につき）		96点	260点		270点				児童（3歳以上6歳未満） 30/100
造影剤使用撮影		72点	144点		154点				
乳房撮影（一連につき）		306点	192点		202点				

(2) 造影剤注入手技

腔内注入及び穿刺注入 イ 注腸：300点 ロ その他：120点

(3) 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（頭部外傷は85/100）、乳幼児（3歳未満）加算 50/100（頭部外傷は55/100）、児童（3歳以上6歳未満）加算 30/100（頭部外傷は35/100）	
撮影 イ 64列以上のマルチスライス型	(1)共同利用施設：1,020点 (2)その他の場合：1,000点	1 3テスラ以上 イ 共同利用施設で行われる場合	1,620点
ロ 16列以上64列未満	: 900点	ロ その他の場合	: 1,600点
ハ 4列以上16列未満	: 750点	2 1.5テスラ以上3テスラ未満	: 1,330点
ニ イ、ロ又はハ以外の場合	: 560点	3 1又は2以外の場合	: 900点
加算 造影剤使用加算	500点	造影剤使用加算	250点（脳血管造影は除く）
冠動脈CT撮影加算	600点	肝エラストグラフィ加算	600点
コンピューター断層診断		(月1回) 450点	
電子画像管理加算		（一連の撮影につき1回）120点 ※フィルムの費用は算定できない	

6. 投薬

- 外来患者に治療目的でなくうがい薬のみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。
- 外来患者に、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合には、調剤料、処方料、超過分に係る薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合は、算定できる。

		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	外来後発医薬品 使用体制加算 (診療所のみ)	一般名処方 加算	向精神薬 調整連携 加算
調剤料	外来(1処方につき) 入院(1日につき)	11点 7点		-	1点	-	-	-	-
処方料 (1処方につき)	内服薬6種類以内 内服薬7種類以上等※1 向精神薬の多剤投与※2	42点 29点 18点		3点	1点	(診療所・200 床未満病院) 1 18点 (月2回) 2 66点 (月1回)	1 5点(90%) 2 4点(85%) 3 2点(75%)	-	12点 (月1回 1処方に つき)
処方箋料 (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 28点		3点	-		-	1 7点(※3) 2 5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 14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 内服薬7種類以上（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く）の投薬又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く）を行った場合。

※2 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合。

※3 処方内容について、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合。

7. 注射

[通則]

生物学的製剤注射加算

15点

80点

麻薬注射加算

5点

(1) 外来化学療法加算（1日につき）

外来化学療法加算1	15歳未満 670点	15歳以上 450点	・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師、看護師、常勤薬剤師が勤務
外来化学療法加算2	640点	370点	・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・承認する委員会を開催
バイオ後続品導入初期加算※1 150点（開始月から3月・月1回）			
※静脈内注射、動脈注射、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について、外来患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く）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。			

(2) 注射実施料（※1：外来化学療法加算の対象となる注射実施料）

点滴注射（回路代を含む）（1日につき）※1		1 6歳未満の乳幼児（1日分の注射量が100mL以上） 2 6歳以上の者（1日分の注射量が500mL以上） 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る） ※乳幼児加算（6歳未満） ※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	101点 99点 50点 46点 50点
皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	22点		
静脈内注射（1回につき）※1	34点		
※乳幼児加算（6歳未満）		165点	140点 50点 50点
動脈注射（1回につき）※1	155点		
2 その他の場合		45点	
抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）		1,400点	
中心静脈注射用カテーテル挿入		500点	
※乳幼児加算（6歳未満）			

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき） [※]	125点	結膜下注射	27点
※乳幼児加算（6歳未満）	50点	テノン氏囊内注射	60点
腱鞘内注射	27点	硝子体内注射	580点
関節腔内注射	80点	腋窩多汗症注射（片側につき）	200点

8. リハビリテーション

（1）疾患別リハビリテーション料

	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
（I）（1単位）	205点	245点（147点）	180点（108点）	185点（111点）	175点
（II）（1単位）	125点	200点（120点）	146点（88点）	170点（102点）	85点
（III）（1単位）	—	100点（60点）	77点（46点）	85点（51点）	—
標準的算定日数	150日	180日	120日	150日	90日

・患者1人につき1日6単位（厚生労働大臣が定める患者は9単位）に限り算定できる（個別療法20分を1単位）。

・脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は、所定点数の90/100により算定。

・標準的算定日数を超えた場合、1月13単位に限り算定できる。

・（）内の点数は、入院中の要介護被保険者等に対して必要があつて標準的算定日数を超えて行った場合。

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)	
リハビリテーションデータ提出加算 [※]	50点（月1回）	診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している保険医療機関において、規定の外来患者に対して算定（要届出）

（2）その他の主なリハビリテーション料

リハビリテーション総合計画評価料	1	300点	1は介護リハビリテーションの利用を予定しない患者等、2は介護リハビリテーションの利用を予定している患者が対象（1月1回）。※運動量増加機器加算150点
	2	240点	
リハビリテーション計画提供料	1	275点	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書の提供等をした場合（※電子化連携加算5点）
	2	100点	入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中患者で、発症等から14日以内に退院する者について、医療機関にリハビリテーション実施計画書の提供等をした場合
目標設定等支援・管理料	初回	250点	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）
	2回目以降	100点	
摂食機能療法（月4回限）	30分以上	185点	「30分未満」は脳卒中発症から14日以内に限り算定
	30分未満	130点	※摂食嚥下機能回復体制加算（週1回に限り算定） 1：210点 2：190点 3：120点
視能訓練（1日につき）	1 斜視視能訓練	135点	両眼視機能に障害のある患者に対して、その機能回復のため矯正訓練を行つた場合に1日につき1回のみ算定
	2 弱視視能訓練	135点	
障害児（者）リハビリテーション料（1単位）		※届出医療機関で、厚生労働大臣が定める患者1人につき1日6単位まで算定	
1 6歳未満：225点	2 6歳以上18歳未満：195点	3 18歳以上：155点	

9. 処置

[通則等]

時間外加算1（外来のみ）	80／100	届出医療機関で1,000点以上の処置に限る
休日加算1・深夜加算1（入院・外来とも）	160／100	
時間外加算2（外来のみ）	40／100	150点以上の処置に限る
休日加算2・深夜加算2（外来のみ）	80／100	
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 [※]	60点（1日につき）	耳鼻咽喉科担当医が6歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行った場合（耳垢栓塞除去の乳幼児加算との併算定不可）※耳鼻咽喉科標準
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 [※]	80点（月1回）	施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎で受診した6歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行い、抗菌薬を使用しないで、指導及び処置結果の説明を行って文書提供した場合
腰部、胸部又は頸部固定带加算（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	52点 ^{※2}	135点 ^{※2}	90点 ^{※2}	—
100cm ² ～500cm ² 未満	60点	147点	98点	55点
500cm ² ～3,000cm ² 未満	90点	270点	150点	85点
3,000cm ² ～6,000cm ² 未満	160点	504点 ^{※3}	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点 ^{※3}	1,500点 ^{※3}	500点	270点

※1：電撃傷、薬傷及び凍傷を含む

※2：入院中の患者以外の患者及び手術後の入院患者（手術日から14日を限度）のみ算定可

※3：乳幼児加算（6歳未満） 55点

[ギブス]				
(1) 四肢ギブス包帯				
① 鼻ギブス	310点	(2) 義肢探型法	① 四肢切開の場合（1肢につき）	700点
② 手指及び手、足（片側）	490点	② 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）	1,050点	
③ 半肢（片側）	780点	③ 治療用装具採寸法（1肢につき）	200点	
④ 内反足矯正ギブス包帯（片側）	1,140点	④ 治療用装具探型法		
⑤ 上肢、下肢（片側）	1,200点	① 体幹装具	700点	
⑥ 体幹から四肢にわたるギブス包帯（片側）	1,840点	② 四肢装具（1肢につき）	700点	
		③ その他（1肢につき）	200点	

※乳幼児加算（6歳未満） 55／100

※既装着のギブス包帯をギブ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

人工腎臓（1日につき）	1	2	3	
慢性維持透析を行った場合	1,885点	1,845点	1,805点	※時間外・休日加算：380点 ※障害者等加算：140点
イ 4時間未満	2,045点	2,005点	1,960点	※導入期加算 1：200点 2：400点 3：800点
ロ 4時間以上5時間未満	2,180点	2,135点	2,090点	※透析液水質確保加算：10点 ※長時間加算：150点
ハ 5時間以上				※下肢末梢動脈疾患指導管理加算（月1回）：100点
その他の場合	1,580点			※慢性維持透析濾過加算：50点 ※透析時運動指導等加算 [※] 75点

下肢創傷処置 ^新 （足部は踵を除く）		
1 足部の浅い潰瘍	135点	
2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍	147点	
3 足部の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	270点	
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）	
	イ 14日目まで ロ 15日目以降	950点 815点
※覚醒試験加算（1日につき） ^新		100点
※離脱試験加算（1日につき） ^新		60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	
喀痰吸引（1日につき）		48点
※乳幼児加算（6歳未満）		83点
高位浣腸、高压浣腸、洗腸		65点
※乳幼児加算（3歳未満）		55点
摘便		100点
酸素吸入（1日につき）※使用した精製水の費用を含む		65点
経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法		200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
いぼ等冷凍凝固法	1 3箇所以下	210点
	2 4箇所以上	270点
※脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法は、当該項目で算定		
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
面皰圧出法		49点
鶏眼・胼胝処置（月2回に限り）		170点
膀胱洗浄（1日につき）		60点
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

陰唇癒合剥離 ^新	290点
前立腺液压出法	50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）	○ 56点
子宮腔部薬物焼灼法	100点
子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）	290点
薬物放出子宮内システム処置	挿入術 240点 除去術 150点
眼処置（蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む）※点眼、洗眼は基本診療料に含まれる	○ 25点
睫毛抜去（両側及び上・下眼瞼）1 少数の場合 2 多数の場合	○ 25点 45点
結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点
涙嚢ブジー法（洗浄を含む）	54点
耳処置（両側）	○ 27点
※点耳、簡単な耳垢栓塞除去は基本診療料に含まれる	
鼓室処置（片側）※鼓室洗浄・鼓室内薬液注入を含む	55点
耳管処置 1 カテーテルによる耳管通気法（片側） 2 ポリツツェル球による耳管通気法	○ 36点 24点
鼻処置※鼻洗浄は基本診療料に含まれる	○ 16点
副鼻腔自然口開大処置※処置に用いた薬剤の費用を含む	25点
口腔、咽頭処置	○ 16点
扁桃処置	40点
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）	○ 32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 2 1以外の場合	55点 25点
耳垢栓塞除去（複雑なもの）1 片側 2 兩側	100点 180点
※乳幼児加算（6歳未満）	55点
ネプライザ	○ 12点
超音波ネプライザ（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 2 器具等による療法 3 湿布処置（診療所のみ） (半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上)	35点 35点 ○ 35点
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
肛門処置（1日につき）	○ 24点
関節穿刺（片側） ※乳幼児加算（3歳未満）	120点 110点
鼻腔栄養（1日につき） ※間歇的経管栄養法加算（1日につき）	60点 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
 - ・届出医療機関において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場合、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算^新
 - ・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

(2) 創傷処理、小児創傷処理（6歳未満）	創傷処理	小児創傷処理
筋肉、臓器に達するもの		
1 長径2.5cm未満	1,400点	1,400点
2 長径2.5cm以上5cm未満	1,400点	1,540点
3 長径5cm以上10cm未満	1,880点	2,490点
4 長径10cm以上 頭頸部（長径20cm以上に限る）	9,630点	3,840点
その他	2,690点	
筋肉、臓器に達しないもの		
1 長径2.5cm未満	530点	500点
2 長径2.5cm以上5cm未満	530点	560点
3 長径5cm以上10cm未満	950点	1,060点
4 長径10cm以上	1,480点	1,950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 2 長径10cm以上20cm未満 3 長径20cm以上	640点 1,110点 1,980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 鎮骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440点	

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
(5) 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,800点
2 胸鎖、肘、手、足	1,560点
3 肩鎖、指（手、足）、小兒肘内障	960点
(6) 角膜・強膜異物除去術	640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 ロ その他のもの	17,840点 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 ※水晶体収張リングを使用した場合の加算 ※高次収差解析加算（1のイのみ）	21,780点 1,600点 150点
(8) 後発白内障手術	1,380点
(9) 外耳道異物除去術	1 単純なもの 260点 2 複雑なもの 850点
(10) 鼓膜切開術（1日につき）	830点
(11) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	
1 長径2cm未満	5,000点
2 長径2cm以上	7,000点
※消化管ポリポーラス加算（年1回） ^新	5,000点
(12) 人工授精 ^新	1,820点
(13) 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