

改定診療報酬点数表の概要（令和 6 年 6 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
◆ 時間内 一般	291点 376点 541点 771点 521点 341点	◆ 時間内 一般	75点 140点 265点 495点 255点 125点	1（常勤常時）：5点 2（非常勤常時）：4点 3（常勤準夜帯）：3点 4（輪番制対応）：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場合等 全患者の再診料に加算	76点 141点 266点 496点 256点 —
◆ 6歳未満幼児	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例 時間・早朝等加算	◆ 6歳未満幼児	時間内 時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外特例加算		114点 211点 336点 666点 326点

(3)その他の加算等 ◇は要届出	初診料	再診料	外来診療料	
情報通信機器を用いた場合◇	253点	75点	75点	※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以上の疾患を有する患者
機能強化加算◇	80点	—	—	※2：防止策を講じて感染症疑い患者を診療した場合，更に発熱患者等対応加算（※20点）（月1回）
外来管理加算	—	52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 ※2に更に加算（月1回）
明細書発行体制等加算	—	◎ 1点	—	※4：サーベイランスに参加 ※2に更に加算（月1回）
地域包括診療加算1/2◇ ※1	—	◎ 28点/21点	—	※5：抗菌薬の適正使用の実績を有する場合 ※2に加算（月1回）
認知症地域包括診療加算1/2	—	◎ 38点/31点	—	※6：1・3はマイナ保険証利用なし，2・4は利用ありの場合。初診は月1回，再診等は3月に1回に限り算定
外来感染対策向上加算◇ ※2	◎ 6点	◎ 6点	—	※7：医療DX推進に係る体制を整備した場合（月1回）
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	—	
抗菌薬適正使用体制加算◇ ※5	◎ 5点	◎ 5点	—	
医療情報取得加算1・3/2・4 ※6	3点/1点	2点/1点	2点/1点	
医療DX推進体制整備加算◇ ※7	8点	—	—	
看護師等遠隔診療補助加算◇	—	50点	50点	
(4)ベースアップ評価料等 いずれも1日につき	初診	再診等	訪問診療※11	※8：主として医療に従事する職員（医師を除く）の賃金改善を行う場合 ※9：※8による賃金改善が一定水準未満の場合 ※10：入院基本料等を算定する医療機関が賃金改善に必要な評価の165区分に応じ算定 ※11：同一建物居住者等以外の場合イ，それ以外はロを算定
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）◇ ※8	6点	2点	イ28点/ロ7点	
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）◇ ※9	8点～64点	1点～8点	8点～64点	
看護職員処遇改善評価料◇ ※10	—	1点～340点	—	
入院ベースアップ評価料◇ ※9 ※10	—	1点～165点	—	

2. 医学管理等 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

(1) 通則	外来感染対策向上加算：6点 発熱患者等対応加算：20点 連携強化加算：3点 サーベイランス強化加算：1点 抗菌薬適正使用体制加算：5点
(2) 特定疾患療養管理料	診療所 225点 [196点] 病院 許可病床100床未満 147点 [128点] 許可病床100床以上200床未満 87点 [76点]
(3) 生活習慣病管理料（Ⅰ）（月1回）	1 脂質異常症 2 高血圧症 3 糖尿病 包括：外来管理加算，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
(4) 生活習慣病管理料（Ⅱ）（月1回）	333点 [290点] 包括：外来管理加算，医学管理等（糖尿病透析予防指導管理料等を除く）・（Ⅰ）の算定月から起算して6月以内は算定不可
※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）	

(5) 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 ロ その他 1項目 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，ロについては，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回の検査及び治療管理を行ったとき）腫瘍マーカー（ロに規定）の検査を行った場合，1回目の治療管理算定月に限りロに加算
※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
(1) 初回	(2) 初回日後1年以内	(3) 初回日から2年以内	(4) 初回日から4年以内
—	月の1回目 月の2回目	月の1回目 月の2回目	—
800点 [696点]	600点 [522点]	500点 [435点]	400点 [348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（初回日から起算して2年以内は月2回，2年超は4年限度で月1回）※小児科又は心療内科標榜。小児科若しくは心療内科の担当医師が行う。			
小児科療養指導料	270点 [235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）※小児科標榜	
てんかん指導料	250点 [218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，心療内科標榜	
難病外来指導管理料	270点 [235点]	難病法に規定する指定難病等の難病外来患者（月1回）	
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点 [218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，皮膚泌尿器科標榜	
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点 [87点]	帯状疱疹，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，皮膚泌尿器科標榜	
外来栄養食事指導料	初回 1 260点 [235点] 2 250点 [225点]	2 回目以降 200点 [180点] 190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 ・外来化学療法実施患者に専門管理栄養士の指導月1回に限り260点
慢性維持透析患者外来医学管理料 ※腎代替療法実績加算	2,211点 100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	75点	1 外来の喘息患者にピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合(月1回)
喘息治療管理料 2	2月目以降	25点	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)
慢性疼痛疾患管理料		130点	診療所において、慢性疼痛に係る疾患を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)
糖尿病合併症管理料		170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)
耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料		150点	15歳未満の滲出性中耳炎(疾患の反復や遷延がみられるものに限る)の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) ※耳鼻咽喉科標榜
糖尿病透析予防指導管理料		350点 [305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)
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を有する外来患者に対して、必要な指導を行った場合(6月に1回限り、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		300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)
アレルギー性鼻炎炎 1		250点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等疫学法治療管理料
アレルギー性鼻炎炎 2	1月目	280点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等疫学法治療管理料
アレルギー性鼻炎炎 3	2月目以降	25点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等疫学法治療管理料
慢性腎臓病透析予防指導管理料			届出医療機関において、慢性腎臓病の患者(糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く)で、医師が認めた外来患者に対し、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合(月1回)
イ 初回日から起算して1年以内		300点	[261点]
ロ 初回日から起算して1年超		250点	[218点]

			初診時	再診時	
(6) 小児科外来診療料(1日につき)			604点	410点	・6歳未満の乳幼児(小児科標榜)
			交付以外	528点	・バリビズマブの投与患者(投与日に限る)には算定しない
(7) 小児かかりつけ診療料(1日につき)	1	処方箋交付	652点	458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	交付しない	769点	576点	
		処方箋交付	641点	447点	
		交付しない	758点	565点	
<共通>※小児抗がん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、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症で受診した患者で抗がん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)(Ⅶのみ)、診療情報提供料(Ⅱ)、連携強化診療情報提供料、往診料及び電子の診療情報評価料(Ⅶのみ)					

(8) 地域連携小児夜間・休日診療料			(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	450点		1:夜間・休日・深夜の医療機関が定めた時間に対応(対応可能時間を地域に周知)
地域連携小児夜間・休日診療料 2	600点		2:24時間診療可能な体制を有し、地域に周知されている
(9) 乳幼児児栄養指導料	130点 [113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
(10) 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
(11) 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 ※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			
(12) 外来リハビリテーション診療料			外来患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合
1(7日間に1回限り)	73点		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
2(14日間に1回限り)	110点		
(13) 地域包括診療料			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以上の疾患を有する外来患者に対して、患者の同意を得て指導及び診療を行った場合
(14) 認知症地域包括診療料			届出医療機関において、認知症以外に1以上の疾患を有する認知症患者(1処方につき5種類を超える内服薬の投薬、1処方につき抗うつ薬、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
※(13)・(14)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、在医総管、施設総管は包括) ⑤投薬(処方料、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

(15) 外来腫瘍化学療法診療料		1	2	3	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与	i 初回から3回目まで	800点	600点	540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の必要な治療管理を行った場合に算定(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)
	ii 4回目以降	450点	320点	280点	・「1」～「3」の「イ」の「i」は抗悪性腫瘍剤を投与した場合に月3回、同「ii」は抗悪性腫瘍剤を投与した場合、同「i」を算定する日以外の日に週1回算定
ロ イ以外の必要な治療管理を実施		350点	220点	180点	・「1」の「ロ」は、次のいずれかの場合に週1回算定 a. 「1」の「イ」を算定する日以外の日に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 b. 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
※小児加算:200点(15歳未満)・「1」の「イ」の「i」の算定患者には下記を加算					
※連携充実加算:150点(月1回)					
※がん薬物療法体制充実加算:100点(月1回)					
(16) ニコチン依存症管理料					
1 禁煙	イ 初回	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)
	ロ 2～4回目まで	184点			・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
	(1)対面	155点			
	(2)情報通信機器	180点			
	ハ 5回目	800点			
2 (一連につき)					
(17) 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
(18) 認知症療養指導料(月1回)					(治療を行った日の属する月を含め6月を限度)
1 認知症療養指導料1		350点			1 認知症専門診断管理料1を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
2 認知症療養指導料2		300点			2 認知症サポート指導料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
3 認知症療養指導料3		300点			3 認知症患者の支援体制確保に協力する認知症サポート医による療養計画に基づく治療等

(19) プログラム医療機器等指導管理料 [㊟] (月1回)	90点	届出医療機関において、主に患者自らが使用するもの(特定保険医療材料に限る)に係る指導管理を行った場合 ※導入期加算(初回月): 50点
(20) 薬剤総合評価調整管理料 (月1回)	250点 [218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: 50点
(21) 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) ・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)又は介護医療院に対し、患者の紹介を行った場合 ・認知症に関する専門の医療機関等での鑑別診断等の必要を認めた場合 ・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 ※ハイリスク妊婦紹介加算: 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 ※肝炎インタ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(Ⅰ 退院患者: 200点/Ⅱ 入院中の患者以外の患者: 30点)		
(22) 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
(23) 診療情報提供料 (Ⅱ)	500点	診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて患者がセカンドオピニオンを得るための支援を行った場合(1人につき月1回)
(24) 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)
(25) 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)
(26) 薬剤情報提供料(月1回) ※手帳記載加算	4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
(27) 栄養情報連携料(入院中1回) ※退院時共同指導料2との併算 定不可	70点	・入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養指導及び入院中の栄養情報を文書で説明し、他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合 ・上記に該当せず、転院又は入所する患者で、栄養管理計画を策定し、入院中の栄養管理情報を文書で他の保険医療機関等の管理栄養士と共有した場合

*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

3. 在宅医療

外来感染対策向上加算: 6点 発熱患者等対応加算[㊟]: 20点 連携強化加算: 3点
サーベイランス強化加算: 1点 抗菌薬適正使用体制加算[㊟]: 5点

※①～③は別に厚生労働大臣が定める患者に行う場合		①在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で別に厚生労働大臣が定めるもの（「機能強化型」）		②在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院（①以外）	③保険医療機関（①、②以外）	④①～③で定める以外の患者 [㊟]	※患家診療時間加算：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 ※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（①～③のみ） ※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（①～③のみ） ※看取り加算 [㊟] ：3,000点（在宅ターミナルケア加算を算定する場合のみ） ※死亡診断加算：200点（看取り加算との併算定不可） ※往診時医療情報連携加算 [㊟] ：200点 ※介護保険施設等連携往診加算 [㊟] ：200点
		有床	無床				
往診料	昼間	720点	720点	720点	720点	720点	※往診料と在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算は併算定不可 ・（往診の場合）在宅で死亡の患者（往診後24時間以内の在宅以外での死亡も含む）に死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導料1を算定し、かつ往診を実施した場合 ・（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は（Ⅱ）の「Ⅰ」の場合）の在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合
	緊急	1,570点	1,470点	1,370点	1,045点	1,045点	
	夜間休日	2,420点	2,220点	2,020点	1,370点	1,125点	
	深夜	3,420点	3,220点	3,020点	2,020点	1,205点	
※在宅ターミナルケア加算	往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅰに限る）	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点		
	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（Ⅰに限る）	6,200点	5,200点	4,200点	3,200点		
※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算：1,000点を加算 ※在宅療養実績加算1又は2：750点又は500点を加算 ※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）							

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）			在宅患者訪問診療料（Ⅱ）		※在宅ターミナルケア加算については上記を参照 ・（Ⅰ）の「1」、（Ⅱ）の「イ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週3日を限度（患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度（1月1回に限る）） ・（Ⅰ）の「2」、（Ⅱ）の「ロ」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）
	1（1日につき）	2（月1回）	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）	
イ 同一建物居住者以外の場合	888点	884点	150点	150点	
ロ 同一建物居住者の場合	213点	187点			
※乳幼児加算 400点 ※看取り加算（（Ⅰ）の「1」、（Ⅱ）の「イ」を算定する場合に限る） 3,000点					

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	在宅がん医療総合診療料（1日につき） 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
① 在宅がん医療（機能強化型）	有床	1,798点	2,000点		
	無床	1,648点	1,850点		
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	150点	150点		
② 在宅がん医療（①を除く）		1,493点	1,685点		
	在宅療養実績加算1	110点	110点		
	在宅療養実績加算2	75点	75点		
※死亡診断加算：200点 ※小児加算（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（月1回）：50点 ※在宅医療DX情報活用加算㊟（月1回）：10点 ※在宅医療情報連携加算㊟（月1回）：100点 ※在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料㊟（月1回）：200点					

訪問診療	単一建物 診療患者	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）				
		1 在支診又は は在支病 (機能強化型)		2 在支診又 は在支病 (1以外)	3 1, 2 以外		1 在支診又は は在支病 (機能強化型)		2 在支診又 は在支病 (1以外)	3 1, 2 以外	
		有床	無床				有床	無床			
(1)月2回以上 (別に 定める状 態の患 者)	①1人	5,385点	4,985点	4,585点	3,435点		3,885点	3,585点	3,285点	2,435点	
	②2～9人	4,485点	4,125点	3,765点	2,820点		3,225点	2,955点	2,685点	2,010点	
	③10人～19人	2,865点	2,625点	2,385点	1,785点		2,865点	2,625点	2,385点	1,785点	
	④20人～49人	2,400点	2,205点	2,010点	1,500点		2,400点	2,205点	2,010点	1,500点	
	⑤上記以外	2,110点	1,935点	1,765点	1,315点		2,110点	1,935点	1,765点	1,315点	
(2)月2回以上 (1以外)	①1人	4,485点	4,085点	3,685点	2,735点		3,185点	2,885点	2,585点	1,935点	
	②2～9人	2,385点	2,185点	1,985点	1,460点		1,685点	1,535点	1,385点	1,010点	
	③10人～19人	1,185点	1,085点	985点	735点		1,185点	1,085点	985点	735点	
	④20人～49人	1,065点	970点	875点	655点		1,065点	970点	875点	655点	
	⑤上記以外	905点	825点	745点	555点		905点	825点	745点	555点	
(3)月1回	①1人	2,745点	2,505点	2,285点	1,745点		1,965点	1,785点	1,625点	1,265点	
	②2～9人	1,485点	1,365点	1,265点	980点		1,065点	975点	905点	710点	
	③10人～19人	765点	705点	665点	545点		765点	705点	665点	545点	
	④20人～49人	670点	615点	570点	455点		670点	615点	570点	455点	
	⑤上記以外	575点	525点	490点	395点		575点	525点	490点	395点	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		①400点	②200点	③100点	④85点	⑤75点	①300点	②150点	③75点	④63点	⑤56点
在宅療養実績加算1		①300点	②150点	③75点	④63点	⑤56点	①225点	②110点	③56点	④47点	⑤42点
在宅療養実績加算2		①200点	②100点	③50点	④43点	⑤38点	①150点	②75点	③40点	④33点	⑤30点

＜共通＞ ※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）初回：800点、2回目以降：300点 ※在宅療養移行加算（3の算定患者のみ）1：316点、2：216点、3：216点、4：116点 ※包括的支援加算（②～⑤のみ）：150点 ※在宅データ提出加算：50点 ※在宅医療情報連携加算：100点（月1回） ※在宅が患者緊急時医療情報連携指導料（月1回）：200点

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：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同で行った場合 ○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	
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（月14日まで）/200点（月15日以後） ○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（1日につき）：130点（別に厚生労働大臣が定める者は180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（重症度等高的の場合）500点 ○夜間・早朝訪問看護加算：210点、深夜訪問看護加算：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 ○訪問看護医療DX情報活用加算^{（※）}（月1回）：5点 ○遠隔死亡診断補助加算^{（※）}：150点 <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		
救急患者連携搬送料（救急搬送診療料との併算定不可）		
1 入院以外	1,800点	2 入院初日 1,200点
3 入院2日目	800点	4 入院3日目 600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月以内		300点
※特別訪問看護指示加算（別に定める患者は月2回）		100点
※衛生材料等提供加算		80点
※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
外来在宅共同指導料 1（在宅療養医療機関） （1回限り） 2（外来診療医療機関）		400点 600点
在宅自己注射指導管理料（月1回）		
1 複雑な場合	1,230点	情報通信機器 1,070点
2 1以外の場合	イ 月27日以下 650点 ロ 月28日以上 750点	566点 653点
※導入初期加算 580点 ※バイオ後続品導入初期加算 150点		
在宅酸素療法指導 1 チアノーゼ型先天性心疾患 管理料（月1回） 2 その他の場合		520点 2,400点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2の算定患者）		150点
在宅中心静脈栄養法指導管理料		3,000点
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料		2,500点
在宅寝たきり患者処置指導管理料（月1回）		1,050点
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）		1 2,250点 2 250点
情報通信機器を用いた場合（「2」のみ）		218点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2のCPAP患者）		150点
在宅自己導尿指導管理料		1,400点
在宅自己腹膜灌流指導管理料		4,000点
頻回指導管理（月2回）		2,000点
※遠隔モニタリング加算（月1回）		115点
在宅ハイフローセラピー指導管理料		2,400点
在宅腫瘍化学療法注射指導管理料		1,500点
在宅強心剤持続投与指導管理料		1,500点

在宅療養指導管理材料加算	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
	間歇注入シリジポンプ加算（2月に2回）	1 プログラム付き 2 1以外	2,500点 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 1 チアノーゼ型先天性心疾患 加算（3月に3回） 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		350点	4 月60回以上 830点
2 月30回以上		465点	5 月90回以上 1,170点
3 月40回以上		580点	6 月120回以上 1,490点
7 間歇スキャン式持続血糖測定器			1,250点
※血中ケトン体自己測定器加算（3月に3回）			40点
持続皮下注入シリジポンプ加算（2月に2回）			
1 月5個以上		2,330点	2 月10個以上 3,160点
3 月15個以上		3,990点	4 月20個以上 4,820点
在宅持続陽圧呼吸療法用 1 ASVを使用			3,750点
治療器加算（3月に3回） 2 CPAPを使用			960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			400点
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 (1)60本～1,700点 (2)90本～1,900点 (3)120本～2,100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 自動給水加湿チャンバーを用いる場合			3,500点
2 1以外の場合			2,500点

4. 検 査

参 考	新型コロナウイルス感染症にかかる検査料 (令和6年6月1日から)	SARS-CoV-2核酸検出	700点
		SARS-CoV-2抗原検出 (定性) (定量)	150点 560点

(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 (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 その他	40点 6点
鼻腔・咽頭拭い液採取	乳幼児加算 (6歳未満)	35点 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
尿中特殊物質定性定量検査	
尿蛋白	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
トリプシノーゲン 2 (尿)	105点
L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (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
関節液検査	50点
精液一般検査	70点
頸管粘液一般検査	75点
顆粒球エラスターゼ定性 (子宮頸管粘液), IgE定性 (涙液)	100点
顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	116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 (BCP改良法・BCG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、ロイシニアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンブ法・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
HDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	17点
LDL-コレステロール、蛋白分画	18点
銅 (Cu)	23点
リパーゼ	24点
イオン化カルシウム	26点
マンガン (Mn)	27点
注: 1回に採取した血液を用いて上記項目を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)	103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	102点
ロイシンリッチ α_2 グリーコプロテイン	268点

(8) 免疫学的検査

梅毒トレポネーマ抗体定性	32点
A群 β 溶菌菌迅速試験定性	121点
インフルエンザウイルス抗原定性	132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。)	179点
百日咳菌抗原定性	217点
HBs抗原定性・半定量	29点
HCV抗体定性・定量	102点
C反応性蛋白 (CRP)	16点
特異的IgE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	
TARC	179点
SCCA2	300点
sFlt-1/PlGF比	340点

(5) 血液学的検査

血液形態・機能検査	
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)	37点
DNA含有赤血球計数検査	40点
ヘモグロビンA1c (HbA1c)	49点
デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
骨髄像	788点
※特殊染色加算 (特殊染色ごと)	60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ン時間 (APTT)	29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) 定量	80点
フィブリンモノマー複合体定性	93点
Dダイマー定性	121点
Dダイマー	127点
Dダイマー半定量	128点
PIVKA-II	143点
トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	171点
血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの ^①	450点
ロ その他のもの	50点

(7) 生化学的検査 (Ⅱ)

甲状腺刺激ホルモン (TSH)	98点
遊離サイロキシ (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール	121点
脳性Na利尿ペプチド (BNP)	130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 ※集菌塗抹法加算 その他のもの	50点 35点 67点
細菌培養同定検査 (※嫌気性培養加算122点、質量分析装置加算40点)	口腔、気道又は呼吸器からの検体 消化管からの検体 血液又は穿刺液 泌尿器又は生殖器からの検体 その他の部位からの検体	180点 200点 225点 190点 180点
細菌薬剤感受性検査	簡易培養 1菌種 2菌種 3菌種以上 薬剤耐性菌検出	60点 185点 240点 310点 50点
クラミジア・トラコマチス核酸検出		188点
淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出		262点
尿素呼吸試験 (UBT)		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 (2)下肢血管 (3)その他 (頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	530点 450点 350点
超音波減衰法検査		200点
嗅覚部・鼻腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ		600点
喉頭ファイバースコープ		600点
胃・十二指腸ファイバースコープ		1,140点
大腸内視鏡検査 1 ファイバースコープによるもの ハ 上行結腸及び盲腸 ※バルーン内視鏡加算		1,550点 450点
膀胱尿道ファイバースコープ		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							
単 撮 影	イ 頭部・胸部・腹部・脊椎 ロ その他	写真診断	撮 影		間接撮影 [診断料・撮影料]	電子画像 管理加算	撮影料の加算		
			アナログ	デジタル					
特 殊 撮 影（一連につき） 造影剤使用撮影 乳房撮影（一連につき）		85点	60点	68点	所定点数の 50/100により 算定	57点 58点 66点 54点	新生児 80/100 乳幼児 50/100 幼児 30/100 乳房トモシンセシス加算 [※] 100点		
		43点							
		96点							
		72点							
		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）、幼児（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 ロ 16列以上64列未満 ハ 4列以上16列未満 ニ イ、ロ又はハ以外の場合		1 3テスラ以上 イ 共同利用施設で行われる場合 ロ その他の場合 2 1.5テスラ以上3テスラ未満 3 1又は2以外の場合	
	(1)共同利用施設：1,020点 (2)その他の場合：1,000点 900点 750点 560点		1,620点 1,600点 1,330点 900点	
加算	造影剤使用加算 冠動脈CT撮影加算		造影剤使用加算 肝エラストグラフィ加算	
	500点 600点		250点（脳血管造影は除く） 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枚を超えて貼付剤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)	11点	8点	－	1点	－	－	－	－
	入院(1日につき)	7点							
処 方 料 (1処方につき)	内服薬6種類以内	42点	3点	1点	(診療所・200 床未満病院) 56点 (月1回)	1 8点 (90%)	－	12点 (月1回 1処方につ き)	
	内服薬7種類以上等※1	29点				2 7点 (85%)			
	向精神薬の多剤投与※2	18点				3 5点 (75%)			
処方箋料 (1交付につき)	内服薬6種類以内	60点	3点	－		－	1 10点(※3) 2 8点		
	内服薬7種類以上※1	32点							
	向精神薬の多剤投与※2	20点							
調剤技術基本料 (月1回)	入院中の患者	42点	－	－	－	－	－	－	
	※院内製剤加算	10点							
	その他の患者	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 施設基準を満たす医療機関において、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 麻薬注射加算	15点 5点	精密持続点滴注射加算（1日につき）	80点
------	----------------------	-----------	-------------------	-----

(1) 外来化学療法加算（1日につき）

	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、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・承認する委員会を開催 ・ 化学療法の経験を有する専任の看護師、当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務
外来化学療法加算1	670点	450点	
外来化学療法加算2	640点	370点	
バイオ後継品導入初期加算 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（㊸：外来化学療法加算の対象となる注射実施料）

皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25点	1	6歳未満の乳幼児（1日分の注射量が100mL以上）	105点
静脈内注射（1回につき）㊸	37点	2	6歳以上の者（1日分の注射量が500mL以上）	102点
※乳幼児加算（6歳未満）	52点	3	その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る）	53点
動脈注射（1日につき）㊸1 内臓の場合	155点		※乳幼児加算（6歳未満）	48点
2 その他の場合	45点		※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	50点
抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）	165点		中心静脈注射（1日につき）㊸	140点
中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400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		※乳幼児加算（6歳未満）	50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	結膜下注射	42点
※乳幼児加算（６歳未満）	50点	テノン氏囊内注射	80点
腱鞘内注射	42点	硝子体内注射	600点
関節腔内注射	80点	※未熟児加算㊦	600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）。 ・いずれの実施者による場合も同一の点数を算定。 ・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っ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、初期加算、早期リハビリテーション加算については、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）	25点（１単位） （初期加算との併算定可）	
急性期リハビリテーション加算㊦	50点（１単位）	
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 2 240点	1 は介護リハビリテーションの利用を予定しない患者等、2 は介護リハビリテーションの利用を予定している患者が対象（１月１回）。※運動量増加機器加算150点
目標設定等支援・管理料	初回 250点 ２回目以降 100点	脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に対し、必要な指導等を行った場合（３月に１回限り算定）
摂食機能療法（月４回限度）	30分以上 185点 30分未満 130点	「30分未満」は脳卒中発症から14日以内に限り算定 ※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 2 弱視視能訓練 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った場合に１日につき１回のみ算定
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

○は入院中の患者以外の患者のみ算定可

〔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）※耳鼻咽喉科標榜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
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	80点（月１回）	
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	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	337点	150点	85点
3,000cm ² ～6,000cm ² 未満	160点	630点※3	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点※3	1,875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) 義肢採型法	
(1) 四肢ギプス包帯		① 四肢切断の場合（１肢につき）	700点
① 鼻ギプス	310点	② 股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）	1,050点
② 手指及び手、足（片側）	490点	(3) 治療用器具採寸法（１肢につき）	200点
③ 半肢（片側）	780点	(4) 治療用器具採型法	
④ 内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点	① 体幹装具	700点
⑤ 上肢、下肢（片側）	1,200点	② 四肢装具（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）	1,840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			

人工腎臓（１日につき）				※時間外・休日加算：380点 ※障害者等加算：140点
慢性維持透析を行った場合	1	2	3	※導入期加算 1：200点 2：410点 3：810点
イ ４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点	※透析液水質確保加算：10点 ※長時間加算：150点
ロ ４時間以上５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点	※下肢末梢動脈疾患指導管理加算（月１回）：100点
ハ ５時間以上	2,171点	2,126点	2,081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
その他の場合	1,580点			

下肢創傷処置（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	302点
1 30分までの場合	302点
2 30分を超えて5時間までの場合	
※30分又はその端数ごとに50点を加算	
3 5時間を超えた場合（1日につき）	
イ 14日目まで	950点
腹臥位療法加算（1回につき） [㊦]	900点
ロ 15日目以降	815点
※覚醒試験加算（1日につき）	100点
※離脱試験加算（1日につき）	60点
爪甲除去（麻酔を要しないもの）	○ 70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
局所降圧閉鎖処置（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、高圧浣腸、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	290点
前立腺液圧出法	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 300点
	除去術 150点
眼処置（蒸気電法、熱気電法、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 ○ 25点
	2 多数の場合 45点
結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点
涙囊プジー法（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	62点
耳管処置	1 カテーテルによる耳管通気法（片側）○ 36点
	2 ポリツェル球による耳管通気法 ○ 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	55点
2 1以外の場合	25点
耳垢栓塞除去（複雑なもの）	1 片側 90点
	2 両側 160点
※乳幼児加算（6歳未満）	55点
ネブライザ	○ 12点
超音波ネブライザ（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	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
肛門処置（1日につき）（診療所のみ）	○ 24点
関節穿刺（片側）	120点
※乳幼児加算（3歳未満）	110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

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、硬膜外麻酔又は脊髄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 ・外皮用殺菌剤の費用は手術点数に含まれる
- ・届出医療機関において再製造単回使用医療機器を手術に使用した場合、再製造単回使用医療機器使用加算として、所定点数の10/100に相当する点数を加算[㊦] ※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

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5cm未満	1,400点	1,540点
2 長径5cm以上10cm未満	1,880点	2,860点
3 長径10cm以上		4,410点
頭頸部（長径20cm以上に限る）	9,630点	—
その他	3,090点	—
筋肉、臓器に達しないもの		
1 長径5cm未満	530点	560点
2 長径5cm以上10cm未満	950点	1,060点
3 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	640点
	2 長径10cm以上20cm未満	1,110点
	3 長径20cm以上	2,270点
(4) 骨折非観血的整復術		
1 肩甲骨、上腕、大腿		1,840点
2 前腕、下腿		2,040点
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他		1,440点

時間外加算1（外來のみ）	80/100
休日加算1・深夜加算1（入院・外來とも）	160/100
時間外加算2（外來のみ）	40/100
休日加算2・深夜加算2（入院・外來とも）	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）、小児肘内障	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 17,840点
	ロ その他のもの 12,100点
2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430点
3 計画的後囊切開を伴う場合	21,780点
※水晶体囊拡張リングを使用した場合の加算	1,600点
※高次収差解析加算（1のイのみ）（手術前後1回限り）	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) 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術	
1 長径2cm未満	5,000点
2 長径2cm以上	7,000点
※消化管ポリポーシス加算（年1回）	5,000点
※病変検出支援プログラム加算 [㊦]	60点
(12) 人工授精	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