

に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

- 3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。
- 4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。
- 5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法(I)（個別療法に限る。）又は理学療法(II)（個別療法に限る。）を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数（15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数）を所定点数に加算するものとする。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法(I)（個別療法に限る。）又は理学療法(II)（個別療法に限る。）を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ 発症後14日以内に行われた場合（1単位につき）	100点
ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合（1単位につき）	80点
ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき）	30点
- 6 鋼線等による直達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、理学療法の所定点数のみにより算定する。
- 7 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った理学療法(IV)を算定すべき理学療法に係る費用は、算定しない。

H002 作業療法

- 1 作業療法(I)

イ 個別療法（1単位）	250点
ロ 集団療法（1単位）	100点
 - 2 作業療法(II)

イ 個別療法（1単位）	180点
ロ 集団療法（1単位）	80点
- 注1 1及び2については別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に当該基準に係る区分に従いそれぞれ算定する。
- 2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
 - 3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。
 - 4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。
 - 5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、作業療法(I)（個別療法に限る。）又は作業療法(II)（個別療法に限る。）を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数（15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした作業療法(I)（個別療法に限る。）又は作業療法(II)（個別療法に限る。）を行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ	発症後14日以内に行われた場合（1単位につき）	100点
ロ	発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合（1単位につき）	80点
ハ	発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき）	30点
H002-2	リハビリテーション総合計画評価料	480点

注 理学療法(I)又は作業療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき理学療法を算定すべき理学療法又は作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該理学療法又は作業療法を最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

H003 言語聴覚療法

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法（1単位）	250点
ロ	集団療法（1単位）	100点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法（1単位）	180点
ロ	集団療法（1単位）	80点

注1 1及び2については別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

H004	摂食機能療法（1日につき）	185点
------	---------------	------

注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。

H005 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

H006	難病患者リハビリテーション料（1日につき）	600点
------	-----------------------	------

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して行われる場合に算定する。

2 当該保険医療機関において、難病患者リハビリテーションを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。

第2節 薬剤料

区分

H100	薬剤	薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
------	----	---

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 精神科専門療法

通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、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。

第1節 精神科専門療法料

区分

- I 0 0 0 精神科電気痙攣療法
- 1 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場合 3,000点
 - 2 1以外の場合 150点
- 注1 1日に1回を限度として算定する。
- 2 1については第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。
- I 0 0 1 入院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1回につき）
- 1 入院精神療法(I) 360点
 - 2 入院精神療法(II)
- イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点
- ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点
- 注1 1については、入院中の患者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下単に「精神保健指定医」という。）が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。
- 2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、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る場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。
 - 3 区分番号A231に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対して入院精神療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。
- I 0 0 2 通院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1回につき）
- 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点
 - 2 1以外の場合
- イ 病院の場合 320点
- ロ 診療所の場合 370点
- 注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
 - 3 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。
- I 0 0 3 標準型精神分析療法（1回につき） 390点
- 注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。
- I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）
- 1 入院中の患者 70点
 - 2 入院中の患者以外

イ	初診時	110点
ロ	再診時	80点
注1	精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。	
	2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
	3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。	
	4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回を限度として算定する。	
I005	入院集団精神療法（1日につき）	100点
注1	入院中の患者について、入院の日から起算して6月に限り週2回を限度として算定する。	
	2 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、所定点数に含まれるものとする。	
I006	通院集団精神療法（1日につき）	270点
注1	入院中の患者以外の患者について、6月に限り週2回を限度として算定する。	
	2 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、所定点数に含まれるものとする。	
I007	精神科作業療法（1日につき）	220点
注	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
I008	入院生活技能訓練療法	
	1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合	100点
	2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合	75点
注1	入院中の患者について、週1回を限度として算定する。	
	2 入院生活技能訓練療法と同一日に行われる他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	
I009	精神科デイ・ケア（1日につき）	
	1 小規模なもの	550点
	2 大規模なもの	660点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
	2 当該保険医療機関において、精神科デイ・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	
I010	精神科ナイト・ケア（1日につき）	500点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。	
	2 当該保険医療機関において、精神科ナイト・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）	1,000点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において算定する。	
	2 当該保険医療機関において、精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。	
	3 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア及び区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケアは算定しない。	
I011	精神科退院指導料	320点

注 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料 380点

注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料(I) 550点

2 精神科訪問看護・指導料(II) 160点

注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。ただし、この場合において、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。

2 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者社会復帰施設等に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。ただし、この場合において、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。

3 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。

4 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

I 0 1 3 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の精神分裂病患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

I 0 1 4 痴呆患者特殊療養料

1 痴呆患者在宅療養指導管理料

2 重度痴呆患者デイ・ケア料

3 重度痴呆患者入院治療料

注 老人医科点数表第2章の例により算定する。この場合において、同章の規定中「老人慢性疾患生活指導」とあるのは「特定疾患療養指導」と、「老人理学療法」とあるのは「理学療法」と、「老人作業療法」とあるのは「作業療法」と、「老人リハビリテーション総合計画評価料」とあるのは「リハビリテーション総合計画評価料」とそれぞれ読み替えるものとする。

第2節 薬剤料

区分

I 1 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第9部 処置

通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 処置に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「

- 特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であって簡単な処置の費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第2節又は第3節の各区分の所定点数のみにより算定する。
 - 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊な処置の処置料は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
 - 5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が、150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注5のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
 - 6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。
 - 7 処置に当たって、腰部固定帯を使用した場合は、初回に限り各区分の所定点数に180点を加算する。

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの | 42点 |
| 2 | 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの | 49点 |
| 3 | 1肢又はこれに準ずる範囲のもの | 75点 |
| 4 | 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの | 140点 |
| 5 | 身体の大部にわたる範囲のもの | 250点 |
- 注1 1については、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
- 2 創傷には熱傷（電撃傷、薬傷及び凍傷を含む。以下この表において同じ。）が含まれるものとする。
 - 3 熱傷に対する処置については、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り、それぞれの所定点数の100分の300に相当する点数により算定する。
 - 4 区分番号C109又はC112に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。

J001 術後創傷処置（1日につき）

- | | | |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの | 42点 |
| 2 | 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの | 49点 |
| 3 | 1肢又はこれに準ずる範囲のもの | 75点 |
| 4 | 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの | 140点 |
| 5 | 身体の大部にわたる範囲のもの | 250点 |
- 注 熱傷に対する処置については、それぞれの所定点数の100分の300に相当する点数により算定する。

J001-2 絆創膏固定術 500点

J002 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 | 42点 |
| 2 | その他のもの | 21点 |

J003 削除

J004 流注膿瘍穿刺 190点

J005 脳室穿刺 300点

	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
J 0 0 6	後頭下穿刺	220点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
J 0 0 7	腰椎穿刺	140点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
J 0 0 8	胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）	220点
J 0 0 9	人工気胸（排気を含む。）	250点
J 0 1 0	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）	230点
J 0 1 1	骨髄穿刺	
	1 胸骨	80点
	2 その他	90点
J 0 1 2	腎嚢胞又は水腎症穿刺	230点
	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
J 0 1 3	ダグラス窩穿刺	230点
J 0 1 4	乳腺穿刺	120点
J 0 1 5	甲状腺穿刺	130点
J 0 1 6	リンパ節等穿刺	120点
J 0 1 7	エタノールの局所注入	1,000点
	注1 甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
	2 甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。	
J 0 1 8	喀痰吸引（1日につき）	48点
	注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	2 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。	
	3 区分番号C103、C107、C109又はC112に掲げる在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	
J 0 1 9	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	550点
	注 持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。	
J 0 2 0	胃持続ドレナージ（開始日）	50点
J 0 2 1	持続的腹腔ドレナージ（開始日）	550点
	注 持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。	
J 0 2 2	高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	42点
J 0 2 2-2	摘便	100点
J 0 2 3	気管支カテーテル薬液注入法	120点
J 0 2 4	酸素吸入（1日につき）	65点
	注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
	4 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工	

- 呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。
- J 0 2 5 酸素テント（1日につき） 65点
- 注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。
- 2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。
- J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点
- 注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。
- 2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。
- J 0 2 6-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 65点
- 注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 3 区分番号C103又はC107に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。
- J 0 2 7 高気圧酸素治療（1日につき）
- 1 救急的なもの
- イ 1人用高圧酸素治療 5,000点
- ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000点
- 2 非救急的なもの 200点
- 注 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- J 0 2 8 インキュベーター 120点
- 注1 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 2 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- J 0 2 9 鉄の肺 260点
- J 0 3 0 食道ブジー法 100点
- J 0 3 1 直腸ブジー法 100点
- J 0 3 2 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点
- J 0 3 3 削除
- J 0 3 4 ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法 150点
- J 0 3 5 削除
- J 0 3 6 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点

J 0 3 7	痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）	290点
J 0 3 8	人工腎臓（1日につき）	
	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）	1,960点
	2 その他の場合	1,590点
	注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に500点を加算する。	
	2 導入期1月に限り1回につき300点を加算する。	
	3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。	
	4 カニューレーション料を含むものとする。	
	5 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。	
	6 1の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤及び生理食塩水の費用は所定点数に含まれるものとする。	
	7 1の場合であつて、人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。	
J 0 3 9	血漿交換療法（1日につき）	5,000点
J 0 4 0	局所灌流（1日につき）	
	1 悪性腫瘍に対するもの	4,300点
	2 骨膜・骨髄炎に対するもの	1,700点
J 0 4 1	吸着式血液浄化法（1日につき）	2,000点
J 0 4 1-2	血球成分除去療法（1日につき）	2,000点
J 0 4 2	腹膜灌流（1日につき）	
	1 連続携行式腹膜灌流	330点
	注1 連続携行式腹膜灌流用腹腔内留置カテーテルを装着した場合は、1,300点を加算する。	
	2 導入期14日に限り1日につき100点を加算する。	
	3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。	
	2 その他の腹膜灌流	1,100点
J 0 4 3	新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき）	140点
J 0 4 3-2	瀉血療法	250点
J 0 4 3-3	ストーマ処置（1日につき）	
	1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合	70点
	2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合	100点
	注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。	
	2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。 （救急処置）	
J 0 4 4	救命のための気管内挿管	400点
J 0 4 5	人工呼吸	
	1 30分までの場合	220点
	2 30分を超えて5時間までの場合	220点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
	3 5時間を超えた場合（1日につき）	745点
	注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。	

2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。

- J046 非開胸的心マッサージ
- 1 30分までの場合 250点
 - 2 30分を超えた場合 250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数
- 注 人工呼吸を併せて行った場合は、所定点数に区分番号J045に掲げる人工呼吸の所定点数を加算する。
- J047 カウンターショック（1日につき） 3,500点
- 注 非開胸的心マッサージを併せて行った場合は、所定点数に区分番号J046に掲げる非開胸的心マッサージの所定点数を加算する。
- J048 心膜穿刺 500点
- J049 食道圧迫止血チューブ挿入法 2,700点
- J050 気管内洗浄 240点
- 注1 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。
- 2 気管内洗浄と同時にいるう喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。
- J051 胃洗浄 250点
- J052 ショックパンツ（1日につき） 150点
- 注 2日目以降については、所定点数にかかわらず1日につき50点を算定する。
- J052-2 熱傷温浴療法（1日につき） 1,740点
- 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に算定する。（皮膚科処置）
- J053 皮膚科軟膏処置
- 1 手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの 42点
 - 2 半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの 49点
 - 3 1肢又はこれに準ずる範囲のもの 75点
 - 4 2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの 140点
 - 5 身体の大部にわたる範囲のもの 250点
- 注1 1については、診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
- 2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。
- J054 皮膚科光線療法
- 1 赤外線又は紫外線療法 45点
- 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
- 2 長波紫外線又は中波紫外線療法 150点
- J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）
- 1 色素レーザー照射療法 2,170点
- 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに所定点数に500点を加算する。ただし、所定点数の100分の400に相当する点数を限度とする。
- 2 Qスイッチ付レーザー照射療法 2,800点
- 注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- J055 いぼ焼灼法
- 1 3か所以下 200点
 - 2 4か所以上 250点
- J056 いぼ冷凍凝固法
- 1 3か所以下 200点