

1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650点
2	その他のもの	6,330点
	(精嚢、前立腺)	
K 8 3 9	前立腺膿瘍切開術	2,770点
K 8 4 0	前立腺被膜下摘出術	13,100点
K 8 4 1	経尿道的前立腺手術	17,100点
K 8 4 1 - 2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000点
K 8 4 1 - 3	経尿道的前立腺高温度治療 (一連につき)	17,400点
K 8 4 2	精嚢全摘術	15,100点
K 8 4 3	前立腺精嚢悪性腫瘍手術	31,600点
	第12款 女子性器	
	(外陰、会陰)	
K 8 4 4	バルトリン腺膿瘍切開術	790点
K 8 4 5	処女膜切開術	790点
K 8 4 6	処女膜切除術	980点
K 8 4 7	輪状処女膜切除術	2,230点
K 8 4 8	バルトリン腺嚢胞摘出術・造袋術	2,760点
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	2,340点
K 8 5 0	女子外性器悪性腫瘍手術	
1	切除	18,800点
2	皮膚移植 (筋皮弁使用) を行った場合	27,700点
K 8 5 0 - 2	腔絨毛性腫瘍摘出術	14,100点
K 8 5 1	会陰形成手術	
1	筋層に及ばないもの	2,330点
2	筋層に及ぶもの	4,430点
	(腔)	
K 8 5 2	腔壁裂創縫合術 (分娩時を除く。)	
1	前又は後壁裂創	2,760点
2	前後壁裂創	4,160点
3	腔円蓋に及ぶ裂創	6,370点
K 8 5 3	腔閉鎖術	2,580点
K 8 5 4	腔式旁結合織膿瘍切開術	2,230点
K 8 5 5	腔中隔切除術	
1	不全隔のもの	1,260点
2	全中隔のもの	2,540点
K 8 5 6	腔壁腫瘍摘出術	2,540点
K 8 5 7	腔壁悪性腫瘍手術	22,300点
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術	18,900点
K 8 5 9	造腔術	
1	拡張器利用によるもの	2,130点
2	遊離植皮によるもの	11,300点
3	腔断端挙上によるもの	18,400点
4	腸管形成によるもの	24,200点
5	筋皮弁移植によるもの	31,500点
K 8 6 0	腔壁形成手術	5,650点
	(子宮)	
K 8 6 1	子宮内膜搔爬術	1,180点
K 8 6 2	クレニツヒ手術	7,710点
K 8 6 3	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	17,100点
K 8 6 3 - 2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術 (癒着剝離術を含む。)	11,000点

K 8 6 4	子宮位置矯正術	
	1 アレキサンダー手術	4,040点
	2 開腹による位置矯正術	5,800点
	3 癒着剝離矯正術	8,320点
K 8 6 5	子宮脱手術	
	1 腔壁形成手術及び子宮位置矯正術	10,000点
	2 ハルバン・シャウタ手術	10,000点
	3 マンチェスター手術	10,800点
	4 腔壁形成手術及び子宮全摘術（腔式、腹式）	19,200点
K 8 6 6	子宮頸管ポリープ切除術	990点
K 8 6 7	子宮頸部切除術	3,330点
K 8 6 8	削除	
K 8 6 9	削除	
K 8 7 0	削除	
K 8 7 1	子宮息肉様筋腫摘出術（腔式）	3,980点
K 8 7 2	子宮筋腫核出術	
	1 腹式	14,500点
	2 腔式	8,450点
K 8 7 2-2	腹腔鏡下子宮筋腫核出術	25,300点
K 8 7 2-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730点
K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500点
K 8 7 4	削除	
K 8 7 5	削除	
K 8 7 6	子宮腔上部切断術	7,310点
K 8 7 7	子宮全摘術	17,600点
K 8 7 7-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	29,300点
K 8 7 8	広靱帯内腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるものを含む。）	8,450点
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	39,000点
K 8 8 0	骨盤リンパ節郭清術	14,700点
K 8 8 1	腹壁子宮瘻手術	12,500点
K 8 8 2	重複子宮、双角子宮手術	13,600点
K 8 8 3	子宮頸管形成手術	3,590点
K 8 8 4	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術） （子宮附属器）	12,500点
K 8 8 5	腔式卵巣嚢腫内容排除術	1,350点
K 8 8 6	子宮附属器癒着剝離術（両側）	
	1 開腹によるもの	8,910点
	2 腹腔鏡によるもの	18,300点
K 8 8 7	卵巣部分切除術（腔式を含む。）	
	1 開腹によるもの	4,350点
	2 腹腔鏡によるもの	11,300点
K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	
	1 開腹によるもの	9,300点
	2 腹腔鏡によるもの	16,800点
K 8 8 9	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	33,000点
K 8 9 0	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	16,200点
K 8 9 0-2	卵管鏡下卵管形成術 （産科手術）	23,800点
K 8 9 1	分娩時頸部切開術（縫合を含む。）	2,440点
K 8 9 2	骨盤位娩出術	3,560点

K 8 9 3	吸引娩出術	2,080点
K 8 9 4	鉗子娩出術	
	1 低位（出口）鉗子	2,080点
	2 中位鉗子	3,660点
K 8 9 5	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点
K 8 9 6	会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）	
	1 筋層に及ぶもの	1,650点
	2 肛門に及ぶもの	2,970点
	3 腔円蓋に及ぶもの	3,320点
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310点
K 8 9 7	頸管裂創縫合術（分娩時）	3,770点
K 8 9 8	帝王切開術	
	1 緊急帝王切開	17,800点
	2 選択帝王切開	15,000点
K 8 9 9	胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220点
K 9 0 0	臍帯還納術	1,240点
K 9 0 1	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	1,890点
K 9 0 2	胎盤用手剝離術	2,350点
K 9 0 3	子宮破裂手術	
	1 子宮全摘除を行うもの	14,300点
	2 子宮腔上部切断を行うもの	13,200点
	3 その他のもの	8,580点
K 9 0 4	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	13,200点
K 9 0 5	子宮内反症整復手術（腔式、腹式）	8,180点
K 9 0 6	子宮頸管縫縮術	
	1 マクドナルド法	1,740点
	2 シロッカー法又はラッシュ法	3,090点
	3 縫縮解除術（チューブ抜去術）	1,500点
K 9 0 7	胎児外回転術	670点
K 9 0 8	胎児内（双合）回転術	1,190点
K 9 0 9	流産手術	
	1 妊娠11週までの場合	1,910点
	2 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	3,710点
K 9 1 0	削除	
K 9 1 1	胞状奇胎除去術	4,280点
K 9 1 2	子宮外妊娠手術	
	1 開腹によるもの	9,420点
	2 腹腔鏡によるもの	18,600点
K 9 1 3	新生児仮死蘇生術	
	1 仮死第1度のもの	840点
	2 仮死第2度のもの	2,220点
	第2節 輸血料	
区分		
K 9 2 0	輸血	
	1 自家採血輸血（200mLごとに）	
	イ 1回目	750点
	ロ 2回目以降	650点
	2 保存血液輸血（200mLごとに）	
	イ 1回目	450点
	ロ 2回目以降	350点

- 3 自己血輸血
- イ 6歳以上の患者の場合 (200mLごとに)
 - (1) 液状保存の場合 950点
 - (2) 凍結保存の場合 1,900点
 - ロ 6歳未満の患者の場合 (体重1kgにつき4mLごとに)
 - (1) 液状保存の場合 950点
 - (2) 凍結保存の場合 1,900点
- 4 交換輸血 (1回につき) 5,250点

注1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

- 2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。
- 3 骨髓内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号D404に掲げる骨髓穿刺又は区分番号K601に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。
- 4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第3節に掲げる所定点数を加算する。
- 5 輸血に伴って行った患者の血液型検査 (ABO式及びRh式) の費用として所定点数に56点を、不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に230点をそれぞれ加算する。
- 6 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI (A, B, C) 又はクラスII (DR, DQ, DP) の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。
- 7 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は46点をそれぞれ加算する。
- 8 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。
- 9 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。
- 10 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

K921 移植骨髓穿刺 (一連につき) 16,600点

注 骨髓提供者に係る骨髓採取、組織適合性試験及び骨髓造血幹細胞測定費用並びに骨髓提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。

K922 骨髓移植

- 1 同種移植 37,600点
- 2 自家末梢血幹細胞移植 30,000点
- 3 同種末梢血幹細胞移植 53,000点
- 4 自家造血幹細胞移植 25,000点

注1 骨髓移植において同種移植を行った場合は、骨髓採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

- 2 骨髓移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第3節に掲げる所定点数を加算する。
- 3 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。
- 4 骨髓移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。
- 5 骨髓移植者に係る骨髓採取、組織適合性試験及び骨髓造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。
- 6 同種末梢血幹細胞移植に用いられた末梢血幹細胞に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

K922-2 臍帯血移植 26,900点

注1 臍帯血移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第3節に掲

げる所定点数を加算する。

2 6歳未満の乳幼児の場合は、26点を加算する。

3 臍帯血移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

4 臍帯血移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

5 移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験のコストは、所定点数に含まれる。

K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの） 5,000点

注1 併施される手術の所定点数とは別に算定する。

2 使用した術中術後自己血回収セットのコストは、所定点数に含まれるものとする。

第3節 薬剤料

区分

K930 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4節 特定保険医療材料料

区分

K940 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数とする。

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部 麻酔

通則

1 麻酔のコストは、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、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、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。

3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術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手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、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し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の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、同ただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。

4 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。

5 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。

6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔のコストは、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。

第1節 麻酔料

区分

L000 迷もう麻酔 31点

L001 静脈麻酔 120点

L002 硬膜外麻酔
1 頸・胸部 1,500点

- 2 腰部 800点
 3 仙骨部 340点
 注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。） 80点
 注 精密持続注入を行った場合は、所定点数に1日につき80点を加算する。
- L004 脊椎麻酔 850点
 注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。
- L005 上・下肢伝達麻酔 160点
 L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。） 150点
- L007 開放点滴式全身麻酔 310点
 L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（2時間まで） 6,100点
 注1 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、600点を加算する。
 2 腹腔鏡下手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術（人工心肺を用いる場合を除く。）又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行う場合を除く。）の場合は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。
 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 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
 5 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合は、50点を加算する。
 6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- L009 麻酔管理料
 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点
 2 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 580点
 注 麻酔管理料を算定する旨を当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に対して届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第70条第2項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。

第2節 神経ブロック料

区分

- L100 神経ブロック（局所麻酔剤使用）
 1 トータルスピナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点
 2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点
 3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点
 4 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340点
 5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック

、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック

170点

6 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、正中神経ブロック

90点

注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L101 神経ブロック（神経破壊剤使用）

1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック

3,000点

2 胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック

1,800点

3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック

800点

4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック

340点

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102 神経幹内注射 25点

L103 カテラン硬膜外注射 140点

L104 トリガーポイント注射 50点

L105 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。） 80点

注 精密持続注入を行った場合は、所定点数に1日につき80点を加算する。

第3節 薬剤料

区分

L200 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4節 特定保険医療材料

区分

L300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第12部 放射線治療

通則

放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

放射線治療料

区分

M000 放射線治療管理料

1 1門照射又は対向2門照射を行った場合 2,700点

- 2 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 3,100点
- 3 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 3,400点
- 注1 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射又は組織内照射による治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 2 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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

M001 体外照射

- 1 エックス線表在治療
- イ 1回目 110点
- ロ 2回目 33点
- 2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射
- イ 1回目 700点
- ロ 2回目 210点
- 3 高エネルギー放射線治療
- イ 1回目
- (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点
- (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点
- (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点
- ロ 2回目
- (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点
- (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 410点
- (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

- 注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。
- 2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。
- 3 体外照射用固定器具を使用した場合は、所定点数に1,000点を加算する。

- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 63,000点
- M001-3 直線加速器による定位放射線治療 63,000点
- M002 全身照射（一連につき） 10,000点

注 骨髄移植を目的として行われるものに限る。

- M003 電磁波温熱療法（一連につき）
- 1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点
- 2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点

- M004 密封小線源治療
- 1 外部照射 80点
- 2 腔内照射
- イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 3,000点
- ロ その他の場合 1,500点
- 3 組織内照射
- イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7,500点
- ロ その他の場合 6,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点

- 注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。
- 2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数

を加算する。

- 3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 4 食道用アプリケーション又は気管、気管支用アプリケーションを使用した場合は、それぞれ所定点数に6,700点又は4,500点を加算する。
- 5 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

M005 血液照射

110点

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

前2章の規定にかかわらず、介護老人保健施設の入所者である患者に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、老人医科点数表第3章の例による。

第4章 経過措置

第1部 算定制限

第1章の規定にかかわらず、次の表の第1欄に掲げる診療料は、当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち同表の第2欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第3欄に掲げる患者について、同表の第4欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。

第1欄	第2欄	第3欄	第4欄
区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料のうち入院基本料3、入院基本料4、入院基本料5、入院基本料6及び入院基本料7	平成14年3月31日において、平成14年3月厚生労働省告示第71号（健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件）による改正前のこの告示（以下この表において「改正前の算定告示」という。）別表第一区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料のうち入院基本料3、入院基本料4、入院基本料5、入院基本料6又は入院基本料7を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成15年3月31日までの間
区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料のうち一般病棟に係るもの	特定機能病院である保険医療機関	第1欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	平成15年3月31日までの間において別に厚生労働大臣が定める日までの間
区分番号A107に掲げる老人病棟入院基本料	平成14年3月31日において、改正前の算定告示別表第一区分番号A107に掲げる老人病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第2欄に掲げる病棟に入院している患者	平成15年8月31日までの間
区分番号A217に掲げる特別看護補助加算・特別看護補助長時	平成14年3月31日において、改正前の算定告示別表第一区分番号	第2欄に掲げる有床診療所に入院している患者（区分番号A21	当分の間

間加算	A 2 1 7 に掲げる特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算を算定する有床診療所である保険医療機関	7 に掲げる特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算の注 1 に規定する基準に該当する患者（注 1 に規定する基準による看護が行われるものに限る。）に限る。）	
区分番号 A 3 1 3 に掲げる老人一般病棟入院医療管理料	平成14年 9 月31日において、第 1 欄に掲げる診療料を算定する包括病床群を有する病院である保険医療機関	第 2 欄に掲げる包括病床群に入院している患者	当分の間
区分番号 A 3 1 5 に掲げる老人性痴呆疾患療養病棟入院料	平成14年 9 月31日において、第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟を有する病院である保険医療機関	第 2 欄に掲げる病棟に入院している患者	当分の間

第 2 部 読替規定

次の表の第 1 欄に掲げる期間は、同表の第 2 欄に掲げる規定中同表の第 3 欄に掲げる字句を、それぞれ同表の第 4 欄に掲げる字句に読み替えて同表の第 2 欄に掲げる規定を適用する。

第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄
平成15年 3 月31日までの間	区分番号 A 1 0 1 の注 2 のイ	973点	871点
	区分番号 A 1 0 1 の注 2 のロ	902点	800点
別に厚生労働大臣が定める日までの間	区分番号 A 0 0 1 の注 1	うち同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数	数
	区分番号 A 0 0 2 の注 1	うち医療法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数	数
	区分番号 A 1 0 1 の注 1	に係る病棟	又は医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第 2 条第 3 項第 5 号に規定する経過的旧療養型病床群に係る病棟
別に厚生労働大臣が定める日の翌日から平成15年 8 月31日までの間	区分番号 A 0 0 1 の注 1	一般病床に係るものの数	一般病床及び医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第 2 条第 3 項第 4 号に規定する経過的旧その他の病床に係るものの数
	区分番号 A 0 0 2 の注 1	一般病床に係るものの数	一般病床及び医療法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 3 項第 4 号に規定する経過的

		旧その他の病床に係る ものの数
区分番号A101の 注1	に係る病棟	又は医療法等の一部 を改正する法律附則第 2条第3項第5号に規 定する経過的旧療養型 病床群に係る病棟

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

第2部 入院料等

通則

第1節 入院基本料

第2節 入院基本料等加算

第3節 特定入院料

第4節 短期滞在手術基本料

第2章 特掲診療料

第1部 指導管理等

第2部 在宅医療

第3部 検査

通則

第1節 検査料

第2節 薬剤料

第4部 画像診断

通則

第1節 診断料

第2節 撮影料

第3節 基本的エックス線診断料

第4節 フィルム及び造影剤料

第5部 投薬

通則

第1節 調剤料

第2節 処方料

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第5節 処方せん料

第6節 調剤技術基本料

第6部 注射

通則

第1節 注射料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第7部 リハビリテーション

通則

第1節 リハビリテーション料

第2節 薬剤料

第8部 処置

通則

第1節 処置料

第2節 特定薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第9部 手術

通則

第1節 手術料

- 第2節 輸血料
- 第3節 薬剤料
- 第4節 特定薬剤料
- 第5節 特定保険医療材料料

第10部 麻酔

通則

- 第1節 麻酔料
- 第2節 薬剤料
- 第3節 特定保険医療材料料

第11部 放射線治療

通則

放射線治療料

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 第1節 歯冠修復及び欠損補綴料
- 第2節 特定保険医療材料料

第13部 歯科矯正

通則

- 第1節 歯科矯正料
- 第2節 特定保険医療材料料

第3章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第43条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、初診料（かかりつけ歯科医初診料を含む。）又は再診料（かかりつけ歯科医再診料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料（かかりつけ歯科医初診料を含む。）又は再診料（かかりつけ歯科医再診料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

区分

A000 初診料

- | | |
|------------|------|
| 1 歯科初診料 | 180点 |
| 2 病院歯科初診料1 | 250点 |
| 3 病院歯科初診料2 | 218点 |

注1 歯科初診料は、保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

2 病院歯科初診料1及び病院歯科初診料2は、病院である保険医療機関であって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ものにおいて初診を行った場合に、当該基準に係る区分に従いそれぞれ算定することができる。ただし、この場合において歯科初診料は算定できない。

3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。

4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合においては、初診料は1回とし、第1回の初診の時に算定する。

5 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に40点を加算する。