

産婦人科社会保険診療報酬点数早見表

日本産婦人科医会編
令和8年6月

診察料

㊦ 届出た医療機関
㊧ 施設基準を満たす医療機関

I. 初診料

診 察 料		時間内	時間外	休 日	深 夜	
初診料	病 院	普通の場合	291	376	541	771
	診療所	6歳未満	366	491	656	986

1. 情報通信機器を用いた初診253
5. 同一医療機関・他疾患・同一日・他診療科
(1つのみ)146(加算なし)
9. 夜間・早朝等加算(診療所のみ)50
10. 機能強化加算㊦80
11. 外来感染対策向上加算(診療所のみ)㊦6
発熱患者等対応加算20
12. 連携強化加算(月1回)3
13. サーベイランス強化加算1
14. 抗菌薬適正使用体制加算5
15. 特定機能病院等紹介患者受入加算60
16. 電子的診療情報連携体制整備加算(月1回)
イ 電子的診療情報連携体制整備加算115
ロ 電子的診療情報連携体制整備加算29
ハ 電子的診療情報連携体制整備加算34

II. 外来診療料・再診料

診 察 料		時間内	時間外	休 日	深 夜	
再診料	病 院 (200床未満)	普通の場合	76	141	266	496
	診療所	6歳未満	114	211	336	666
外来診療料 (200床以上病院)		普通の場合	77	142	267	497
		6歳未満	115	212	337	667

1. 情報通信機器を用いた再診
(再診料・外来診療料の算定医療機関)76
3. 同一医療機関・他疾患・同一日・他診療科
(一つのみ)39(加算なし)
7. 夜間・早朝等加算(診療所のみ)50
8. 外来管理加算(200床以上の病院は除く)52
10. 時間外対応体制加算(診療所のみ)㊦ (イ) 加算17
(ロ) 加算25
(ハ) 加算34
(ニ) 加算42
11. 明細書発行体制等加算(診療所のみ)1
12. 地域包括診療加算(診療所のみ)㊦ (イ) 加算1 (2)28
(ロ) 加算2 (2)21
13. 外来データ提出加算(診療所のみ)㊦ (月1回)10
14. 薬剤適正使用連携加算(3月に1回)30
15. 外来感染対策向上加算(診療所のみ)㊦6
発熱患者等対応加算20
16. 連携強化加算(月に1回)3
17. サーベイランス強化加算(月に1回)1
18. 抗菌薬適正使用体制加算(月に1回)5
19. 電子的診療情報連携体制整備加算(月に1回)2
㊦明細書発行体制等加算は出来ない
20. 看護師等遠隔診療補助加算㊦50

入院料

診療所(療養病床を除く)1日につき

入院基本料 ㊦	有床診療所 (看護職員 7人以上)	イ. 14日以内 ロ. 15日以上30日以内 ハ. 31日以上	入院基本料1	入院基本料4
			1027	933
			819	747
			710	647
	有床診療所 (看護職員 4~6人)	イ. 14日以内 ロ. 15日以上30日以内 ニ. 31日以上	入院基本料2	入院基本料5
			930	845
			722	659
			661	604
	有床診療所 (看護職員 1~3人)	イ. 14日以内 ロ. 15日以上30日以内 ニ. 31日以上	入院基本料3	入院基本料6
			711	648
			673	614
			639	585

2. 重症児(者)受入連携加算(入院初日に限る)2000
3. 有床診療所急性期患者支援病床初期加算
(1日につき。21日を限度)㊦150
有床診療所在宅患者支援病棟初期加算
(1日につき。21日を限度)㊦300
4. 夜間緊急体制確保加算㊦15
5. (イ) 医師配置加算1㊦120
(ロ) 医師配置加算2㊦90
6. (イ) 看護配置加算1(看護師3人を含む10人以上)㊦60
(ロ) 看護配置加算2(10人以上)㊦35
(ハ) 夜間看護配置加算1(夜間の看護要員の数が看護職員1人を含む2人以上)㊦105
(ニ) 夜間看護配置加算2(夜間の看護職員の数1人以上)㊦55
(ホ) 看護補助配置加算1㊦25
(ヘ) 看護補助配置加算2㊦15
7. 看取り加算(入院の日から30日以内)㊦1000
10. 栄養管理実施加算(1日につき)㊦12
11. 有床診療所在宅復帰機能強化加算
(入院してから15日以降に1日につき)㊦20
- 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)㊦7000
- 医療安全対策加算1(入院初日)㊦160
- 医療安全対策加算2(入院初日)㊦70
- 感染対策向上加算3(入院初日)㊦75
- 医師事務作業補助体制加算1㊦
(ヘ) 50対1補助体制加算450
(ト) 75対1補助体制加算370
(チ) 100対1補助体制加算320
- 医師事務作業補助体制加算2㊦
(ヘ) 50対1補助体制加算415
(ト) 75対1補助体制加算335
(チ) 100対1補助体制加算280
- ハイリスク妊娠管理加算(1日につき。20日を限度)㊦1200
- ハイリスク分娩管理加算・地域連携分娩管理加算
(1日につき。8日を限度。)㊦3200

医学管理等

特定疾患療養管理料

1. 診療所 ……225
2. 許可病床数100床未満の病院 ……147
3. 許可病床数100～200床未満の病院 ……87

特定疾患治療管理料

1. ウイルス疾患指導料
(イ) ウイルス疾患指導料1 ……240
(ロ) ウイルス疾患指導料2 ……330
3. 悪性腫瘍特異物質治療管理料
(イ) 尿中BTAに係るもの ……220
(ロ) その他のもの (1) 1項目の場合 ……360
(2) 2項目以上の場合 ……400
初回月加算 ……150

9. 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回
① 対面で行った場合 ……260
② 情報通信機器等を用いた場合 ……235
- (2) 2回目以降
① 対面で行った場合 ……200
② 情報通信機器等を用いた場合 ……180
③ (1) の①又は②の追加的な指導を行った場合 ……50

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回
① 対面で行った場合 ……250
② 情報通信機器等を用いた場合 ……225
- (2) 2回目以降
① 対面で行った場合 ……190
② 情報通信機器等を用いた場合 ……170
③ (1) の①又は②の追加的な指導を行った場合 ……45

10. 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ 入院栄養食事指導料1

- ① 初回 ……260
- ② 2回目 ……200

ロ 入院栄養食事指導料2

- ① 初回 ……250
- ② 2回目 ……190

11. 集団栄養食事指導料 ……80

22. がん性疼痛緩和指導管理料[㊦] ……200

29. 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料1[㊦]

- (1) 初回 ……500
- (2) 2回目から4回目まで ……150

ロ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2[㊦]

- (1) 初回 ……500
- (2) 2回目から8回目まで ……200

30. 婦人科特定疾患治療管理料 (3月に1回)[㊦] ……250

32. 一般不妊治療管理料 (3月に1回)[㊦] ……250

33. 生殖補助医療管理料

- (イ) 生殖補助医療管理料1 (月1回)[㊦] ……300
- (ロ) 生殖補助医療管理料2 (月1回)[㊦] ……250

地域連携夜間・休日診療料[㊦] ……200

手術前医学管理料 ……1192

- 手術後医学管理料 (1日につき) 1. 病院 ……1188
2. 診療所 ……1056

肺血栓塞栓症予防管理料 ……305

リンパ浮腫指導管理料 ……100

臍ヘルニア圧迫指導管理料 ……100

ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)[㊦] ……800 (ハイリスク妊産婦を紹介した医療機関が算定。)

ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)[㊦] ……500 (ハイリスク妊産婦の紹介を受けた医療機関が算定。)

がん治療連携指導料 (情報提供時) [㊦] ……	300
ハイリスク妊産婦連携指導料1 [㊦] (月1回、産科・産婦人科で算定) ……	1000
診療情報提供料 (I) ……	250
ハイリスク妊産婦紹介加算 (ハイリスク妊産婦共同管理料 (I) [㊦] の施設に限る) ……	200
診療情報提供料 (II) (セカンドオピニオンのための紹介の場合) ……	500
診療情報連携共有料 (歯科との連携、3月に1回) ……	120
連携強化診療情報提供料 [㊦] (月1回) ……	150
薬剤情報提供料 (外来のみ) ……	4
手帳記載加算 ……	3
傷病手当金意見書交付料 ……	100

在宅医療

往診料 (死亡診断を行った場合200点加算) ……720

救急搬送診療料 ……1300

長時間加算 (30分超) ……700

新生児加算 ……1500

6歳未満の乳幼児加算 (新生児を除く) ……700

在宅自己注射指導管理料

1. 複雑な場合 ……1230

2. 1以外の場合

(イ) 月27回以下の場合 ……650

(ロ) 月28回以上の場合 ……750

導入初期加算 (3月を限度、処方変更時1回) ……580

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 ……150

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 ……150

在宅自己導尿指導管理料 ……1400

検査料

検体検査実施料

● 時間外緊急院内検査加算 (1日につき) ……200

● 外来迅速検体検査加算 (5項目まで) ……各項目に10点加算
(入院外の患者に実施した定められた検査について検査実施日のうちに結果を説明した上で文書により情報を提供し、診療が行われた場合)

1. 尿・糞便等検査

尿中一般物質定性半定量検査 (当該医療機関内で検査を行った場合) ……26

尿中特殊物質定性定量検査

1. 尿蛋白 ……7

2. 尿グルコース ……9

3. ウロビリノゲン (尿) ……16

5. N-アセチルグルコサミニダーゼ (NAG) (尿) ……41

6. アルブミン定性 (尿) ……49

7. 黄体形成ホルモン (LH) 定性 (尿) ……72

10. アルブミン定量 (尿) ……99

尿沈渣 (鏡検法) (当該医療機関内での検査に限る) ……27

④ 染色標本による検査を行った場合は、9点を加算する。

糞便検査

1. 虫卵検出 (集卵法) (糞便)、ウロビリルン (糞便) ……15

2. 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

穿刺液・採取液検査

1. ヒューナー検査 ……20

4. 精液一般検査 ……70

5. 頸管粘液一般検査 ……75

7. 顆粒球エラスターゼ定性 (子宮頸管粘液) ……100

8. 顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液) ……113

9. マイクロバブルテスト ……200

2. 血液学的検査

血液形態・機能検査

1. 赤血球沈降速度 (ESR) (当該医療機関内での検査に限る) ……9

2. 網赤血球数 ……12

3. 血液浸透圧、末梢血液像 (自動機械法) ……15

2) 腫瘍マーカー	28. ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無莢膜型） 抗原定性、SARS-CoV-2抗原定性	98	150
2. α -フェトプロテイン（AFP）	33. HTLV-I 抗体	98	159
3. 癌胎児性抗原（CEA）	42. 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	99	180
4. 扁平上皮癌関連抗原（SCC抗原）	45. グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	101	200
5. 組織ポリペプチド抗原（TPA）	46. グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目あたり）	110	200
6. CA15-3	㊦同一検体については、2項目を限度として算定する。	112	
8. エラスターゼ1	49. 単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）	120	210
9. CA19-9	50. 百日咳菌抗原定性	121	217
10. PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	53. SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	131	225
11. CA125	58. HIV-1抗体（ウエスタンブロット法）	136	280
13. シアリアルLex-i抗原（SLX）	61. HIV-2抗体（ウエスタンブロット法）	140	380
15. SPan-1	63. SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・ インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	144	420
16. CA72-4、シアリアルTn抗原（STN）	64. HTLV-I 抗体（ウエスタンブロット法及びびラインブロッ ト法）、トキソプラズマIgG抗体アビディティ	146	425
25. CA54/61	66. HIV抗原	184	600
28. CA602、組織因子経路インヒビター2（TFPI2）	3) 肝炎ウイルス関連検査	190	
29. ヒト精巣上体蛋白4（HE4）	1. HBs抗原定性・半定量	200	29
33. 癌胎児性抗原（CEA）定性（乳頭分泌液）、癌胎児性抗 原（CEA）半定量（乳頭分泌液）	2. HBs抗体定性／半定量	305	32
㊦1回に採取した血液等を用いて、2から36までに掲げる項 目を2項目以上行った場合。但し、1回を限度として算定 し、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している場合は算 定しない。	3. HBs抗原、HBs抗体		88
（イ）2項目	4. HBe抗原、HBe抗体	230	98
（ロ）3項目	5. HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白	290	102
（ハ）4項目以上	6. HBc抗体半定量・定量	385	130
※CA125・CA602を併せて測定した場合は、主たるもののみ 算定する。	7. HCVコア抗体		143
5. 免疫学的検査	8. HA抗体		146
1) 免疫血液学的検査	㊦1回に採取した血液を用いて肝炎ウイルス関連検査の3か ら14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定 点数にかかわらず、		
1. ABO血液型、Rh（D）血液型	（イ）3項目	39	290
2. Coombs試験 イ. 直接	（ロ）4項目	34	360
ロ. 間接	（ハ）5項目以上	47	425
3. Rh（その他の因子）血液型	4) 自己抗体検査	163	
4. 不規則抗体	2. リウマトイド因子（RF）定量	174	30
㊦性器手術のうち帝王切開術等を行った場合に算定。	3. 抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクロゾーム 抗体半定量		37
6. 血小板関連IgG（PA-IgG）	5. 抗核抗体（蛍光抗体法）定性／半定量／定量	190	99
2) 感染症免疫学的検査	10. 抗サイログロブリン抗体		136
1. 梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO） 定性／半定量／定量	11. 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	15	138
2. トキソプラズマ抗体定性／半定量	15. 抗SS-B／La抗体定性／半定量／定量	26	153
4. 梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性／半定量	17. 抗DNA抗体定量／定性	32	159
5. 梅毒血清反応（STS）半定量／定量	18. 抗SS-A／Ro抗体定性／半定量／定量	34	161
6. 梅毒トレポネーマ抗体半定量／定量	26. 抗TSHレセプター抗体（TRAb）	53	208
11. ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目あたり）	28. 抗カルジオリピン β 2グリコプロテインI複合体抗体	79	223
㊦同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量） の測定を行った場合は、8項目を限度。	33. ループスアンチコアグラント定量／定性		265
12. ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日 咳菌抗体半定量	39. 甲状腺刺激抗体（TSAb）	80	330
13. HTLV-I 抗体定性／半定量	㊦10から16まで、18、19、23、35及び36に掲げる検査を2又 は3項目以上行った場合、所定点数にかかわらず、それ ぞれ320点又は490点を算定する。	85	
14. トキソプラズマ抗体	5) 血漿蛋白免疫学的検査	93	
15. トキソプラズマIgM抗体	1. C反応性蛋白（CRP）定性、C反応性蛋白（CRP）	95	16
16. HIV-1、2抗体定性／半定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測 定定性	4. 血清補体価（CH50）、免疫グロブリン	109	38
17. HIV-1抗体	7. トランスフェリン（Tf）	113	60
18. A群 β 溶連菌迅速試験定性	8. C3、C4	121	70
19. HIV-1、2抗体定量	22. 癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腔分泌液）	124	204
21. HIV-1、2抗原・抗体同時測定定量	6. 微生物学的検査	127	
22. インフルエンザウイルス抗原定性	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	132	
23. カンジダ抗原定性／半定量／定量、梅毒トレポネーマ抗 体（FTA-ABS試験）定性／半定量	1. 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	134	65
24. RSウイルス抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性	㊦集菌塗抹法を行った場合には、所定点数に35点を加算する。	138	67
25. ヒトメタニューモウイルス抗原定性	3. その他のもの	141	
26. 肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）	細菌培養同定検査	146	
27. マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）	1. 口腔、気道又は呼吸器からの検体	148	180
	2. 消化管からの検体		200
	3. 血液又は穿刺液		240

4. 泌尿器又は生殖器からの検体	190	超音波検査（記録に要する資用を含む）	
5. その他の部位からの検体	180	2. 断層撮影法（心臓超音波検査を除く）	
6. 簡易培養	60	ロ その他の場合	
⑩ 1～6までについては、同一検体について、一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は137点、一般培養と併せて真菌培養を行った場合は122点を加算する。入院患者で質量分析装置を用いた場合は、所定点数に40点加算する。		(1) 胸腹部	530
細菌薬剤感受性検査		(2) 下肢血管	450
1. 1菌種	185	(3) その他（頭頸部、四肢、体表、抹消血管等）	350
2. 2菌種	240	3. 心臓超音波検査	
3. 3菌種以上	310	(二) 胎児心エコー法⑩（月1回）	300
抗酸菌分離培養検査		胎児心エコー法診断加算として所定点数に1200点加算する。	
1. 抗酸菌分離培養（液体培地法）	315	4. ドブラ法（1日につき）	
2. 抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	224	(イ) 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20
抗酸菌同定（種目にかかわらず一連につき）	376	⑩パルスドブラ法を行った場合は150点を加算する。	
抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）	415	残尿測定検査	
⑩ 4薬剤以上使用した場合に限り算定。		1. 超音波検査によるもの	55
微生物核酸同定・定量検査		2. 導尿によるもの	45
1. クラミジア・トラコマチス核酸検出	188	⑩残尿測定検査は患者1人につき月に2回に限り算定する。	
2. 淋菌核酸検出	198	骨塩定量検査（4月に1回）	
3. A群β溶血連鎖球菌核酸検出	204	1. DEXA法による腰椎撮影	360
4. HBV核酸定量	256	⑩同一日にDEXA法による大腿骨撮影を行った場合は、所定点数に90点を加算する。	
5. 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	262	4. 超音波法	80
9. HCV核酸検出	330	10. 監視装置による諸検査	
10. HPV核酸検出⑩（⑩）（ASC-USと判定された患者又は過去に子宮頸部（腔部）切除術、子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に限り）	347	分娩監視装置による諸検査	
11. HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）⑩（ASC-USと判定された患者又は過去に子宮頸部（腔部）切除術、子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に限り）	347	1. 1時間以内の場合	510
12. 腔トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出	350	2. 1時間を超え1時間30分以内の場合	700
15. HCV核酸定量	412	3. 1時間30分を超えた場合	890
17. HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量（HTLV-1抗体（ウエスタンプロット法及びラインプロット法）判定保留となった妊婦の場合）	450	ノンストレステスト（一連につき）	210
21. サイトメガロウイルス核酸検出	777	経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）	35
27. HPVジェノタイプ判定	2000	⑩人工呼吸と同時にを行った場合の費用は、人工呼吸の点数に含まれる。	
7. 検体検査判断料		11. 負荷試験等	
1. 尿・糞便等検査判断料	34	肝及び腎のクリアランステスト	150
2. 遺伝子関連・染色体検査判断料	100	⑩ 1. 尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は、膀胱尿道鏡検査を行った場合はその所定点数を併せて算定する。	
3. 血液学的検査判断料	125	2. 検査に伴う注射、採血、検体測定の費用を含む。	
4. 生化学的検査（Ⅰ）判断料	144	内分泌負荷試験	
5. 生化学的検査（Ⅱ）判断料	144	1. 下垂体前葉負荷試験	
6. 免疫学的検査判断料	144	(イ) 成長ホルモン（GH）（一連として）	1200
7. 微生物学的検査判断料	150	⑩患者1人につき月2回に限り算定	
⑩ 1. 検体検査判断料は該当する検体検査の種類、回数にかかわらず各々月1回に限り算定する。		(ロ) ギナドトロピン（LH及びFSH）（一連として月1回）	1600
2. 尿中一般物質定性半定量検査については尿・糞便検査判断料は算定しない。		(ハ) 甲状腺刺激ホルモン（TSH）（一連として月1回）	1200
4. 1人につき月1回に限り、所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。⑩		(ニ) プロラクチン（PRL）（一連として月1回）	1200
イ 検体検査管理加算（Ⅰ）	40	(ホ) 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）（一連として月1回）	1200
8. 呼吸循環機能検査等		2. 下垂体後葉負荷試験（一連として月1回）	1200
心電図検査		3. 甲状腺負荷試験（一連として月1回）	1200
1. 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	4. 副甲状腺負荷試験（一連として月1回）	1200
9. 超音波検査等		5. 副腎皮質負荷試験	
⑩超音波検査において同一検査を同一月に2回以上実施した場合は、2回目以降は所定点数の100分の90を算定する。		(イ) 鉱質コルチコイド（一連として月1回）	1200
		(ロ) 糖質コルチコイド（一連として月1回）	1200
		6. 性腺負荷試験（一連として月1回）	1200
		⑩ 1. 1月に3600点を限度とする。	
		2. 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数、測定回数にかかわらず所定点数に含まれるものとする。	
		糖負荷試験	
		1. 常用負荷試験（血糖、尿糖検査を含む）	200
		卵管通気・通水・通色素検査・ルビンテスト	100
		尿失禁定量テスト（パッドテスト）	100
		12. 内視鏡検査	
		⑩ 2. 同一月において同一検査を2回以上実施した場合は、2回目以降は所定点数の100分の90を算定する。	
		腹腔鏡検査	2724
		腹腔ファイバースコープ	2160

クルドスコーピー	400
膀胱尿道ファイバースコーピー	950
ヒステロスコーピー	620
コルポスコーピー	210
子宮ファイバースコーピー	800

13. 診断穿刺・検体採取料

血液採取（1日につき）（外来患者のみ）（6歳未満の乳幼児30点加算）	
1. 静脈	40
2. その他	6
ダグラス窩穿刺	240
内視鏡下生検法（1臓器につき）	310
子宮腔部等からの検体採取	
1. 子宮頸管粘液採取	40
2. 子宮腔部組織採取	200
3. 子宮内膜組織採取	370
留意事項：子宮全摘後の断端細胞診は1で算定	
その他の検体採取	
2. 胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む）	220
3. 動脈血採取（1日につき）	60

(1) 共同利用施設において行われる場合	1120
(2) その他の場合	1100
(ロ) 64列以上のマルチスライス型の機器 [㊦]	
(1) 共同利用施設において行われる場合	1020
(2) その他の場合	1000
(ハ) 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器 [㊦]	900
(ニ) 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器 [㊦]	750
(ホ) イからニまで以外の場合	560
造影剤加算	500
2. MRI撮影（一連につき）	
1. 3テスラ以上の機器 [㊦]	
(イ) 共同利用施設において行われる場合	1720
(ロ) その他の場合	1700
2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器 [㊦]	1330
3. 1又は2以外	900
造影剤加算	250
乳房MRI撮影加算 [㊦]	100
3. コンピューター断層診断（月1回）	450

画像診断料

時間外緊急院内画像診断加算（外来1日につき）	110
画像診断管理加算	
加算1（月1回） [㊦]	70
加算2（月1回） [㊦]	175
加算3（月1回） [㊦]	235
加算4（月1回） [㊦]	340

1. エックス線診断料

エックス線診断料は①診断料、②撮影料、③造影剤注入手技料、④薬剤料、⑤フィルム料、⑥特定保険材料に分かれており、その組み合わせによって算定する。

$$\begin{aligned} & \text{①診断料} + \text{②撮影料} + \text{③造影剤注入手技料} \left\{ \begin{array}{l} \text{注腸 (300)} \\ \text{その他 (120)} \end{array} \right. + \\ & \frac{\text{④薬剤 (造影剤等) の価格 (円)}}{10} + \frac{\text{⑤フィルム料 (円)}}{10} + \frac{\text{⑥特定保険材料の価格 (円)}}{10} \end{aligned}$$

区分	部位	電子化管理・保存加算	フィルム数	①診断料	②撮影料	
					アナログ	デジタル
単純撮影	頭・胸部・腹部・脊椎	57	1	85	60	68
			2	128	90	102
			3	170	120	136
	その他		1	43	60	68
			2	65	90	102
			3	96	120	136
特殊撮影	骨盤計測等	58	一連につき	96	260	270
造影剤使用	消化管、その他の臓器	66	1	72	144	154
			2	108	216	231
			3	144	288	308
乳房撮影	乳房	54	一連につき	306	192	202

②電子化して管理・保存した場合はフィルム料は算定できない。

③フィルム料（円）

	1枚		1枚
四ツ切	62	半切	120
大角	115	マンモグラフィ用 18×24cm	121, 135

（6歳未満に対する胸部又は腹部単純撮影の場合のフィルム料は10%増し。）

2. コンピューター断層撮影診断料[㊦]

同一月に2回以上行った場合の2回目以降の断層撮影（一連につき）所定点数の80/100を算定する

電子化管理保存加算（一連の撮影につき1回）……………120

④フィルムの費用は算定できない

新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の乳児に対して、それぞれ所定点数に80/100、50/100、30/100を加算する

1. CT撮影（一連につき）

(イ) 128列以上のマルチスライス型の機器[㊦]

投薬料

調剤料

1. 外来患者に対して投薬を行った場合	
(イ) 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき）	11
(ロ) 外用薬（1回の処方に係る調剤につき）	8
2. 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき）	7
④麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、外来患者に係る場合には1処方につき1点、入院中の患者の場合には1日につき1点を加算する。	
処方料（外来患者のみ）	

1. 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やむを得ず投与するものを除く。）を行った場合	18
2. 7種類以上の内服薬の投薬（(1)以外の場合）	29
3. 1及び2以外の場合	42
④麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を加算する	
乳幼児加算（3歳未満）（1処方につき）	3
特定疾患処方管理加算（月1回）（28日以上処方）（200床未満）（主病）	56
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	
(イ) 加算1（90%以上が後発医薬品） [㊦]	8
(ロ) 加算2（85%以上90%未満） [㊦]	7
(ハ) 加算3（75%以上85%未満） [㊦]	5
向精神薬調整連携加算（月1回）	12

処方箋料

1. 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	20
2. 7種類以上の内服薬の投薬または不安若しくは不眠に1年以上継続して既定の薬剤を投薬した場合（(1)以外）	32
3. 1及び2以外の場合	60
乳幼児加算（3歳未満）（1処方につき）	3
特定疾患処方管理加算（月1回）（28日以上処方の場合）（200床未満）	56
一般名処方加算1（2品目以上の全ての医薬品の場合） [㊦]	8
一般名処方加算2（1品目以上） [㊦]	6

注射料

生物学的製剤注射加算	15
精密持続点滴注射加算（1日につき）	80
麻薬注射加算	5

反応試験の費用は、所定点数に含まれる。

注射実施料

皮内、皮下及び筋肉内注射（1日につき）（外来患者のみ）	25
静脈内注射（6歳未満の乳幼児52点加算）（外来患者のみ）	37
点滴注射（1日につき）（6歳未満の乳幼児48点加算）	
1. 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100ml以上の場合）	105
2. 1に掲げる者以外に対するもの（1日分の注射量が500ml以上の場合）	102
3. その他の場合（外来患者に限る）	53
⑨1回目の血漿成分製剤の注射の場合、患者に必要性、危険性等を文書により説明した場合50点を加算する。	
中心静脈注射（1日につき）	140
⑨1回目の血漿成分製剤の注射の場合、患者に必要性、危険性等を文書により説明した場合50点を加算する。	
中心静脈注射用カテーテル挿入（6歳未満の乳幼児600点加算）	1400
末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入（6歳未満の乳幼児600点加算）	700

処置料

創傷処置

1. 100平方cm未満	52
2. 100平方cm以上500平方cm未満	60
3. 500平方cm以上3,000平方cm未満	90
4. 3,000平方cm以上6,000平方cm未満	160
5. 6,000平方cm以上	275
⑨1. は入院外及び手術後の患者（入院中）に限る。手術後の患者については手術日から起算して14日を限度。	
ダグラス窩穿刺	240
乳腺穿刺	200
リンパ節等穿刺	240
喀痰吸引（1日につき）〈6歳未満の乳幼児83点加算〉	48
高位浣腸、高圧浣腸、洗腸（3歳未満の乳幼児55点加算）	65
摘便	100
酸素吸入（1日につき）（使用した精製水の費用は所定点数に含まれる）	65
酸素テント（1日につき）	65
インキュベーター（1日につき）	120
痔核嵌頓整復法（脱肛を含む）	290
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
救命のための気管内挿管（6歳未満の乳幼児55点加算）	500
人工呼吸	
1. 30分までの場合	302
2. 30分を超え5時間までの場合、302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算。	
3. 5時間を超えた場合（1日につき）	
（イ）14日まで	1140
（ロ）15日目以降	815
⑨使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に呼吸心拍監視、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。	
気管内洗浄（1日につき）〈6歳未満の乳幼児110点加算〉	510
⑨同時に喀痰吸引又は酸素吸入の費用を含む。	
胃洗浄（3歳未満の乳幼児110点加算）	450
皮膚科軟膏処置	
1. 100平方cm以上500平方cm未満	55
2. 500平方cm以上3,000平方cm未満	85
3. 3,000平方cm以上6,000平方cm未満	155
4. 6,000平方cm以上	270
臍肉芽腫切除術	220
血腫、膿腫穿刺	80

膀胱洗浄（1日につき）	60
（同時に行う留置カテーテル設置中の膀胱洗浄及び薬液注入の費用は所定点数を含む。）	
留置カテーテル設置	40
羊水穿刺（羊水過多症の場合）	173
腔洗浄（熱性洗浄を含む）（入院中以外）	56
子宮腔洗浄（薬液注入を含む）	56
卵管内薬液注入法	60
陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法	408
子宮頸管内への薬物挿入法	45
子宮出血止血法	780
1. 分娩時のもの	
2. 分娩外のもの	45
子宮腔頸管部薬物焼灼法	100
子宮腔部焼灼法	180
子宮頸管拡張及び分娩誘発法	
1. ラミナリア	120
2. コルポイリント	120
3. 金属拡張器（ヘガール等）	180
4. メトロイリント	340
分娩時鈍性頸管拡張法	456
子宮脱非観血的整復法（ベッサリー）	290
薬物放出子宮内システム処置	
1. 挿入術	300
2. 除去術	150
妊娠子宮嵌頓非観血的整復法	290
胎盤圧出法	45
クリステル胎児圧出法	45
人工羊水注入法	864
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
2. 器具等による療法	35
3. 湿布処置（半肢の大部分又は頭部及び顔面の大部以上）	35
鼻腔栄養（1日につき）	60

手術料

1. 緊急手術

1. 緊急手術を行った場合	
（イ）届出た医療機関	
（1）休日加算1	所定点数の160/100加算
（2）時間外加算1（外来患者）	所定点数の80/100加算
（3）深夜加算1	所定点数の160/100加算
（4）外来患者に対し、規定する時間に手術を行った場合	所定点数の80/100加算
（ロ）（イ）以外の医療機関	
（1）休日加算2	所定点数の80/100加算
（2）時間外加算2（外来患者）	所定点数の40/100加算
（3）深夜加算2	所定点数の80/100加算
（4）外来患者に対し、規定する時間に手術を行った場合	所定点数の40/100加算

2. 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児

所定点数の100/100又は50/100を加算する

3. 皮膚、皮下組織

創傷処理

1. 筋肉・臓器に達するもの（長径5cm未満）	1400
2. 筋肉・臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	1880
4. 筋肉・臓器に達しないもの（長径5cm未満）	530
5. 筋肉・臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	950

皮膚切開術

1. 長径10cm未満	640
2. 長径10cm以上20cm未満	1110

皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）

1. 長径2cm未満	1660
------------	------

2. 長径2cm以上4cm未満	3670
皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部以外）	
1. 長径3cm未満	1280
2. 長径3cm以上6cm未満	3230
3. 長径6cm以上12cm未満	4160
4. 乳腺	
乳腺腫瘍切開術	980
乳腺腫瘍摘出術	
1. 長径5cm未満	3190
2. 長径5cm以上	6730
5. 動脈	
血管露出術	530
6. 腹壁、ヘルニア	
試験開腹術	6660
限局性腹腔腫瘍手術	
1. 横隔膜下膿瘍	10690
2. ダグラス窩膿瘍	5710
3. 虫垂周囲膿瘍	5340
4. その他のもの	10380
経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	10800
⑩挿入時に行う画像診断、検査費用は算定しない。	
7. 脾	
虫垂切除術	
1. 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6740
2. 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8880
8. 婦人科手術	
膀胱脱手術	
1. メッシュを使用するもの	30880
2. その他のもの	23260
バルトリン腺膿瘍切開術	940
処女膜切開術	790
処女膜切除術	980
輪状処女膜切開術	2230
バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む）	3310
女子外性器腫瘍摘出術	2810
女子外性器悪性腫瘍手術⑩	
1. 切除	29190
2. 皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合	63200
陰絨毛性腫瘍摘出術	23830
会陰形成手術	
1. 筋層に及ばないもの（性同一性障害の患者の場合⑩）	2330
2. 筋層に及ぶもの	6910
外陰・陰血腫除去術	1920
癒合陰唇形成手術	
1. 筋層に及ばないもの	2670
2. 筋層に及ぶもの	6240
陰壁裂創縫合術（分娩時を除く）	
1. 前又は後壁裂創	2760
2. 前後壁裂創	6330
3. 陰門蓋に及ぶ裂創	8280
4. 直腸裂傷を伴うもの	31940
陰閉鎖術	
1. 中央陰閉鎖術（子宮全脱）	7410
2. その他	2580
腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術	2230
後陰門蓋切開（異所性妊娠）	2230
陰中隔切除術	
1. 不全隔のもの	1510
2. 全中隔のもの	2540
陰壁腫瘍摘出術	2540
陰壁嚢腫切除術	2540
陰ポリープ切除術	1040
陰壁尖圭コンジローム切除術	1250
陰壁悪性腫瘍手術⑩⑪	44480

陰腸瘻閉鎖術	
1. 内視鏡によるもの⑩	10300
2. その他のもの	35130
造陰術、陰閉鎖症術	
1. 拡張器利用によるもの	2130
2. 遊離植皮によるもの（性同一性障害の患者の場合⑩）	18810
3. 陰断端挙上によるもの⑩	28210
4. 腸管形成によるもの（性同一性障害の患者の場合⑩）	47040
5. 筋皮弁移植によるもの（性同一性障害の患者の場合⑩）	55810
腹腔鏡下造陰術	38690
陰壁形成手術	7880
陰断端挙上術（腔式・腹式）	29190
腹腔鏡下陰断端挙上術	43870
子宮内膜搔爬術	1420
腹腔鏡下子宮内膜症巣除去術	20610
子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剥離術を含む）	18590
子宮鏡下子宮内膜焼灼術⑩	17810
子宮位置矯正術	
1. 開腹による位置矯正術	8140
2. 癒着剥離矯正術	16420
子宮脱手術	
1. 陰壁形成手術及び子宮位置矯正術	16900
2. ハルバン・シャウタ手術⑩	16900
3. マンチェスター手術	14110
4. 陰壁形成手術及び子宮全摘術（腔式・腹式）	28210
腹腔鏡下仙骨陰固定術⑩	48240
⑩メッシュを使用した場合に算定する	
内視鏡手術用支援機器加算	15000
子宮頸管ポリープ切除術	1190
子宮陰部冷凍凝固術	1190
子宮頸部（陰部）切除術	3330
子宮陰部糜爛等子宮陰部乱切除術	470
子宮頸部摘出術（陰部切断術を含む）	3330
子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3330
子宮息肉様筋腫摘出術（腔式）	3810
子宮筋腫摘出（核出）術	
1. 腹式	24510
2. 腔式	14290
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	37620
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	
1. 電解質溶液利用のもの	6630
2. 組織切除回収システム利用によるもの	6630
3. その他のもの	4730
痕跡副角子宮手術	
1. 腹式	15240
2. 腔式	8450
子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8450
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	
1. 電解質溶液利用のもの	19000
2. その他のもの	17100
子宮陰上部切断術	10390
腹腔鏡下子宮陰上部切断術	17540
子宮全摘術（*）	28210
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（*）	42050
*性同一性障害の患者に対して行う場合に限り「通則4」の基準を満たす必要がある	
広靱帯内腫瘍摘出術	16120
腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	28130
子宮悪性腫瘍手術	69440
内視鏡手術用支援機器加算（子宮体がんに限る）	15000
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術⑩	70200
腹壁子宮瘻手術	23290
重複子宮、双角子宮手術	25280
腹腔鏡下子宮癒着痕部修復術	32290
子宮頸管形成手術	3590

子宮頸管閉鎖症手術		脱垂肢整復術	1240
1. 非観血的	180	子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む）	2950
2. 観血的	3590	胎盤用手剥離術	2350
奇形子宮形成術（ストラスマン手術）	23290	子宮破裂手術	
人工授精	1820	1. 子宮全摘除を行うもの	29190
胚移植術		2. 子宮腔上部切断を行うもの	29190
1. 新鮮胚移植の場合	7500	3. その他のもの	16130
2. 凍結・融解胚移植の場合	12000	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	33120
（治療開始日が40歳未満で、6回まで。40歳以上43歳未満は、3回まで）		子宮内反症整復手術（腔式、腹式）	
アシテッドハッチング実施1000点加算。高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合1000点加算。		1. 非観血的	468
腔式卵巣嚢腫内容排除術	1350	2. 観血的	15490
経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1860	子宮頸管縫縮術	
子宮附属器癒着剥離術（両側）		1. マクドナルド法	2020
1. 開腹によるもの	13890	2. シロッカー法又はラッシュ法	3090
2. 腹腔鏡によるもの	21370	3. 縫縮解除術（チューブ抜去術）	1800
卵巣部分切除術（腔式を含む）		子宮頸管縫縮術（開腹）	12000
1. 開腹によるもの	6150	腹腔鏡下子宮頸管縫縮術	15000
2. 腹腔鏡によるもの	18810	胎児外回転術	800
卵管結紮術（腔式を含む）（両側）		胎児内（双合）回転術	1190
1. 開腹によるもの	4350	流産手術	
2. 腹腔鏡によるもの	18810	1. 妊娠11週までの場合	
卵管口切開術		（イ）手動真空吸引法によるもの	4000
1. 開腹によるもの	5220	（ロ）その他のもの	2000
2. 腹腔鏡によるもの	18810	2. 妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5110
腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	24130	子宮内容除去術（不全流産）	1980
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者の場合㊦）		内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術㊦	40000
1. 開腹によるもの	17080	胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）㊦	11880
2. 腹腔鏡によるもの	25940	㊦手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない	
卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）		無心体双胎焼灼術（一連につき）	40000
1. 開腹によるもの	13960	㊦手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない	
2. 腹腔鏡によるもの	25540	胎児輸血術（一連につき）	13880
子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）㊧	58500	㊦1. 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	27380	2. 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。	
卵管鏡下卵管形成術㊨	46410	臍帯穿刺 ㊦手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない	3800
腹腔鏡下卵管形成術	46410	胞状奇胎除去術	4120
採卵術	3200	異所性妊娠手術	
㊩採取された卵子の数に応じて、点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。		1. 開腹によるもの	14110
（イ）1個の場合	2400	2. 腹腔鏡によるもの	22950
（ロ）2個から5個までの場合	3600	新生児仮死蘇生術	
（ハ）6個から9個までの場合	5500	1. 仮死第1度のもの	1010
（ニ）10個以上の場合	7200	2. 仮死第2度のもの	2700
9. 産科手術		「通則7」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。	
分娩時頸部切開術（縫合を含む）	3170	体外受精・顕微授精管理料	
骨盤位娩出術	3800	1. 体外受精	3200
吸引娩出術	2550	2. 顕微授精	
鉗子娩出術		（イ）1個の場合	3800
1. 低位（出口）鉗子	2700	（ロ）2個から5個までの場合	5800
2. 中位鉗子	4760	（ハ）6個から9個までの場合	9000
会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1710	（ニ）10個以上の場合	11800
会陰（腔壁）裂創縫合術（分娩時）		㊦1. 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定	
1. 筋層に及ぶもの	1980	㊦2. 2について、卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算	
2. 肛門に及ぶもの	5560	㊦3. 新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算	
3. 腔門蓋に及ぶもの	4320	受精卵・胚培養管理料	
4. 直腸裂創を伴うもの	8920	1. 1個の場合	4500
頸管裂創縫合術（分娩時）	7060	2. 2個から5個までの場合	6000
帝王切開術		3. 6個から9個までの場合	8400
1. 緊急帝王切開	22200	4. 10個以上の場合	10500
2. 選択帝王切開	20140	㊦胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算	
㊦複雑な場合については、2000点を所定点数に加算		（イ）1個の場合	1500
胎児縮小術（娩出術を含む）	3220		
臍帯還納術	1240		

- (ロ) 2個から5個までの場合2000
- (ハ) 6個から9個までの場合2500
- (ニ) 10個以上の場合3000

胚凍結保存管理料

1. 胚凍結保存管理料（導入時）

- (イ) 1個の場合5000
- (ロ) 2個から5個までの場合7000
- (ハ) 6個から9個までの場合10200
- (ニ) 10個以上の場合13000

2. 胚凍結保存維持管理料3500

① 1については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定

採取精子調整管理料5000

精子凍結保存管理料

1. 精子凍結保存管理料

- (イ) 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合1500
- (ロ) (イ) 以外の場合1000

2. 精子凍結保存維持管理料700

① 1については、精子の凍結保存を開始した場合に算定
2については、精子凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定

複数手術の特例（主なもの）

腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	子宮附属器癒着剥離術（両側） 2 腹腔鏡によるもの
子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	子宮附属器癒着剥離術（両側） 2 腹腔鏡によるもの
	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 2 腹腔鏡によるもの
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
子宮全摘術	広靱帯内腫瘍摘出術
	子宮附属器癒着剥離術（両側） 1 開腹によるもの
	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術
	子宮附属器癒着剥離術（両側） 2 腹腔鏡によるもの
	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 2 腹腔鏡によるもの
帝王切開術	子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式
	広靱帯内腫瘍摘出術
	子宮附属器癒着剥離術（両側） 1 開腹によるもの
	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの
異所性妊娠手術	子宮附属器癒着剥離術（両側）
	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）

点数の高い手術が主たる手術

従たる手術（1つのみ）50 / 100 を加算

輸血料

輸血

1. 自家採血輸血（200mlごとに） 1回目750
2回目以降650
2. 保存血液輸血（200mlごとに） 1回目450
2回目以降350
3. 自己血貯血
 - 6歳以上（200mlごとに）
 - 液状保存の場合300
 - 凍結保存の場合600
 - 6歳未満（体重1kgにつき4mlごとに）
 - 液状保存の場合300
 - 凍結保存の場合600
4. 自己血輸血
 - 6歳以上（200mlごとに）
 - 液状保存の場合750
 - 凍結保存の場合1500
 - 6歳未満（体重1kgにつき4mlごとに）
 - 液状保存の場合750
 - 凍結保存の場合1500
5. 希釈式自己血輸血
 - (イ) 6歳以上の患者の場合（200mlごとに）1000
 - (ロ) 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mlごとに）1000
6. 交換輸血（1回につき）5250

① 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. 骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、骨髄穿刺又は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、薬剤の費用を加算する。
5. 輸血に伴って行った患者の血液型（ABO式及びRh式）の費用として所定点数に54点を加算する。
6. 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197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として、197点を所定点数に加算する。
7. 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1000点又は1400点を加算する。
8. 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験、間接クームス検査加算は算定できない。
9. 6歳未満の乳幼児の場合は、55点を所定点数に加算する。
10. 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。
11. 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。
12. 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、580点を所定点数に加算する。

輸血管理料①

1. 輸血管理科 I242
2. 輸血管理科 II121

術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）

1. 濃縮及び洗浄を行うもの5500
2. 濾過を行うもの3500

麻酔料

吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静

1. 10分未満のもの ……120
2. 10分以上20分未満のもの ……310

硬膜外麻酔

1. 頸・胸部 ……1500
2. 腰部 ……800
3. 仙骨部 ……340

⑨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に、それぞれ750点、400点、170点加算する。

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

⑨精密持続注入を行った場合は所定点数に一日につき80点を加算する。

脊椎麻酔 ……850

⑨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に128点を加算する。

吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）

4. 1から3まで以外の場合 ……600

声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔

4. 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合

(イ) 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 ……9015

(ロ) イ以外の場合 ……6500

5. その他の場合

(イ) 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 ……8300

(ロ) イ以外の場合 ……6000

⑨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、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

(ニ) 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 ……650

(ホ) 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 ……600

⑨酸素と窒素は購入価格/10を加算できる。

⑨同一日に行われた呼吸心拍監視は所定点数に含まれる。

⑨硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

(イ) 頸・胸部 ……750

(ロ) 腰部 ……400

(ハ) 仙骨部 ……170

⑨全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、上記にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。

麻酔管理料（Ⅰ）

1. 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合⑩ ……250

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⑩ ……1050

⑩(Ⅰ)で帝王切開術の麻酔を行った場合、帝王切開術時麻酔加算として所定点数に700点を加算する。

麻酔管理料（Ⅱ）

1. 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合⑩ ……150

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⑩ ……450

⑩1. 緊急手術時の麻酔料 緊急手術の項参照

2. 同一の目的のために2つ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。

3. 薬剤料は（（使用薬価－15円）÷10円）＋1点とする。15円以下は算定しない。

4. 麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤などの投薬、注射及び麻酔の副作用防止の目的で行う注射等は麻酔料の薬剤料として算定する。

なお、別に偶発的事故に対する処置、注射などは算定ができる。

病理診断

⑩1. 3臓器を限度とする。

2. リンパ節は所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器にある場合は当該複数の所属リンパ節を1臓器と数える。

病理組織標本作製

1. 組織切片によるもの（1臓器につき） ……860

2. セルブロック法によるもの（1部位につき） ……860

免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1. エストロゲンレセプター ……720

2. プロジェステロンレセプター ……690

8. p16タンパク ……720

9. その他（1臓器につき） ……400

⑩1. 2. については、同一月に併せて実施した場合、主たる病理組織標本作製の所定点数に180点加算する。

9. については、4種類以上の免疫染色を要した場合は1200点を加算

術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） ……1990

迅速細胞診

1. 手術の場合（1手術につき） ……450

2. 検査中の場合（1検査につき） ……450

細胞診（1部位につき）

1. 婦人科材料等によるもの ……150

2. 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの ……190

⑩1. 1 については、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、45点を所定点数に加算する。

2. 2 については、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。

病理診断料

1. 組織診断料 ……520

2. 細胞診断料 ……200

病理診断管理加算1⑩

1. 組織診断を行った場合 ……138

2. 細胞診断を行った場合 ……69

病理診断料管理加算2⑩

1. 組織診断を行った場合 ……368

2. 細胞診断を行った場合 ……184

病理判断料（病理診断料を算定した場合には算定しない。月1回） ……130