

# 眼科診療報酬点数表

（付 主な施設基準に係る届出書一覧）

令和 6 年 4 月版

# 【目 次】

## I. 眼科診療報酬点数表

1. 基本診療料	1
2. 入院料等	6
3. 短期滞在手術等基本料	9
4. 医学管理等	13
5. 在宅医療	13
6. 検査料	15
7. 投薬	31
8. 注射料	32
9. リハビリテーション料	34
10. 処置料	34
11. 手術料	35
12. 麻酔料	47

## II. 主な施設基準に係る届出書一覧

保険請求に関する実務上のご質問および施設基準に係る届出書の記入方法などは、日本眼科医会事務局ではお答え致しかねます。ご了承ください。

# I. 眼科診療報酬点数表

凡例：各項目の頭についているアルファベットと数字の組み合わせ（ex. K282）は、『医科点数表の解釈』の区分番号を表しています。

## 1. 基本診療料

### (1) A000 初診料

	一般・高齢者		情報通信機器を用いた場合	乳幼児（6歳未満）		情報通信機器を用いた場合
	時間内	291点		253点	時間内 [ + 75点]	
病 院 ・ 診 療 所	時間外 [ + 85点]	376点	338点	時間外 [ + 200点]	491点	453点
	休日 [ + 250点]	541点	503点	休日 [ + 365点]	656点	618点
	深夜 [ + 480点]	771点	733点	深夜 [ + 695点]	986点	948点

参考 注1：保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、253点を算定する。

注7：保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

### 夜間・早朝等加算

診療所	50点
-----	-----

参考 注9：別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

## 医療情報取得加算 1・2（月 1 回）

病 院 ・ 診 療 所	医療情報取得加算 1	3 点
	医療情報取得加算 2	1 点

参考 注 15：別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算 1 として、月 1 回に限り 3 点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算 2 として、月 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。

## (2) A001 再診料

※保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。【情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。】

		一般・高齢者		乳幼児（6歳未満）	
病 院 ・ 診 療 所	時間内	75点	時間内 [ + 38点]	113点	
	時間外 [ + 65点]	140点	時間外 [ + 135点]	210点	
	休日 [ + 190点]	265点	休日 [ + 260点]	335点	
	深夜 [ + 420点]	495点	深夜 [ + 590点]	665点	

参考 注1：保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

注3：同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、38点（注2に規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。

注5：保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

### 夜間・早朝等加算

診療所	50点
-----	-----

参考 注7：A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、この限りでない。

### 外来管理加算

病院	52点
診療所	

参考 注8：入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

通知（留意事項）：オ「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

## 時間外対応加算

診療所	イ 時間外対応加算 1	5 点
	ロ 時間外対応加算 2	4 点
	ハ 時間外対応加算 3	3 点
	ニ 時間外対応加算 4	1 点

参考 注 10：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厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

### 通知（留意事項）

注 1：診療所であること。

注 2：標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

イ 時間外対応加算 1（24 時間常時対応：原則自院で、常勤医、看護職員又は事務職員が電話対応）

ロ 時間外対応加算 2（24 時間常時対応：原則自院の非常勤医、看護職員又は事務職員が電話対応）

ハ 時間外対応加算 3（準夜帯対応：原則自院で、常勤医、看護職員又は事務職員が電話対応）

ニ 時間外対応加算 4（輪番制連携施設数 3 以下）

※イ、ハは非常勤として週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っていただければ基準を満たすものとする。

※いずれも施設基準届け出および情報院内掲示が必要。

## 明細書発行体制等加算

診療所	1 点
-----	-----

参考 注 11：個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1 点を所定点数に加算する。

## 医療情報取得加算 3・4（3 月に 1 回）

病院 診療所	医療情報取得加算 3	2 点
	医療情報取得加算 4	1 点

参考 注 19：別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算 3 として、3 月に 1 回に限り 2 点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算 4 として、3 月に 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。

### (3) A002 外来診療料

※許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

※一部の検査及び一部の処置は外来診療料に含まれる。

	一般・高齢者		情報通信機器を用いた場合	乳幼児（6歳未満）		情報通信機器を用いた場合
	病 院 (200床以上)	時間内	76点	75点	時間内 [ + 38点]	114点
時間外 [ + 65点]		141点	140点	時間外 [+ 135点]	211点	210点
休 日 [+ 190点]		266点	265点	休 日 [+ 260点]	336点	335点
深 夜 [+ 420点]		496点	495点	深 夜 [+ 590点]	666点	665点

参考 注1：許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、75点を算定する。

注5：同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り38点（注2から注4までに規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は算定しない。

注8：保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、A000初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

#### 医療情報取得加算3・4（3月に1回）

病 院 ・ 診 療 所	医療情報取得加算3	2点
	医療情報取得加算4	1点

参考 注10：別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。



## 2. 入院料等（診療所の主要事項のみ）

### (1) A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

- 1 有床診療所入院基本料1（看護職員7人以上、下記の施設基準のうち、(イ)に該当すること又は(ロ)から(ハ)までのうち2つ以上に該当すること）

イ 14日以内の期間	932点
ロ 15日以上30日以内の期間	724点
ハ 31日以上	615点
- 2 有床診療所入院基本料2（看護職員4～6人、下記の施設基準のうち、(イ)を満たしていること）

イ 14日以内の期間	835点
ロ 15日以上30日以内の期間	627点
ハ 31日以上	566点
- 3 有床診療所入院基本料3（看護職員1～3人、下記の施設基準のうち、(イ)を満たしている）

イ 14日以内の期間	616点
ロ 15日以上30日以内の期間	578点
ハ 31日以上	544点
- 4 有床診療所入院基本料4（看護職員7人以上）

イ 14日以内の期間	838点
ロ 15日以上30日以内の期間	652点
ハ 31日以上	552点
- 5 有床診療所入院基本料5（看護職員4～6人）

イ 14日以内の期間	750点
ロ 15日以上30日以内の期間	564点
ハ 31日以上	509点
- 6 有床診療所入院基本料6（看護職員1～3人）

イ 14日以内の期間	553点
ロ 15日以上30日以内の期間	519点
ハ 31日以上	490点

#### ・施設基準

- (イ) 過去1年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同条第10項に規定する短期入所療養介護、同条第23項に規定する複合型サービス、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導若しくは同条第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、同法第8条第29項に規定する介護医療院を併設していること、又は同法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
- (ロ) 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- (ハ) 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- (ニ) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2の届出を行っていること。
- (ホ) 「A001」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。
- (ヘ) 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する保険医療



機関にあっては「A205」に掲げる救急医療管理加算の算定を行っている場合に限るものとする。

- (ト) 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上であること。
- (チ) 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が30件以上であること。
- (リ) 「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。
- (ヌ) 過去1年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上であること。
- (ル) 過去1年間に、「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、「A212」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は「A221-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

注3：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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

注4：夜間の緊急体制確保につき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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

注5：医師配置等につき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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 医師配置加算1	120点
ロ 医師配置加算2	90点

注6：看護配置につき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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護配置加算1	60点
ロ 看護配置加算2	35点
ハ 夜間看護配置加算1	105点
ニ 夜間看護配置加算2	55点
ホ 看護補助配置加算1	25点
ヘ 看護補助配置加算2	15点

注10：栄養管理体制その他の事項につき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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

(2) 入院基本料等加算

	有床診療所入院基本料
A 205 救急医療管理加算 (1日につき)	1 救急医療管理加算 1 1,050 点 2 救急医療管理加算 2 420 点 (乳幼児加算 400 点、小児加算 200 点) (救急医療管理加算に加算)
A 206 在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日)	1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合：2,500 点 2 連携医療機関である場合 (1 の場合を除く。)：2,000 点 3 1 及び 2 以外の場合：1,000 点
A 207 診療録管理体制加算 (入院初日)	1 診療録管理体制加算 1 140 点 2 診療録管理体制加算 2 100 点 3 診療録管理体制加算 3 30 点
A 207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)	1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15 対 1 補助体制加算：1,070 点 ロ 20 対 1 補助体制加算：855 点 ハ 25 対 1 補助体制加算：725 点 ニ 30 対 1 補助体制加算：630 点 ホ 40 対 1 補助体制加算：530 点 ヘ 50 対 1 補助体制加算：450 点 ト 75 対 1 補助体制加算：370 点 チ 100 対 1 補助体制加算：320 点 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15 対 1 補助体制加算：995 点 ロ 20 対 1 補助体制加算：790 点 ハ 25 対 1 補助体制加算：665 点 ニ 30 対 1 補助体制加算：580 点 ホ 40 対 1 補助体制加算：495 点 ヘ 50 対 1 補助体制加算：415 点 ト 75 対 1 補助体制加算：335 点 チ 100 対 1 補助体制加算：280 点
A 207-3 急性期看護補助体制加算 (1日につき)	1 25 対 1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5 割以上)：240 点 2 25 対 1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5 割未満)：220 点 3 50 対 1 急性期看護補助体制加算：200 点 4 75 対 1 急性期看護補助体制加算：160 点
A 208 乳幼児加算・幼児加算 (1日につき)	1 乳幼児加算 (3 歳未満) ハ 診療所の場合：289 点 2 幼児加算 (3 歳以上 6 歳未満) ハ 診療所の場合：239 点
A 210 難病等特別入院診療加算 (1日につき)	1 難病患者等入院診療加算：250 点 2 二類感染症患者入院診療加算：250 点
A 218 地域加算 (1日につき)	1 1 級地：18 点    2 2 級地：15 点    3 3 級地：14 点 4 4 級地：11 点    5 5 級地：9 点    6 6 級地：5 点 7 7 級地：3 点

A 220 HIV 感染者療養環境特別加算 (1日につき)	1 個室の場合：350点 2 2人部屋の場合：150点
A 234 医療安全対策加算 (入院初日)	1 医療安全対策加算1：85点 2 医療安全対策加算2：30点
A 234-2 感染対策向上加算 (入院初日)	1 感染対策向上加算1：710点 2 感染対策向上加算2：175点 3 感染対策向上加算3：75点
A 234-3 患者サポート体制充実加算 (入院初日)	70点
A 243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)	1 後発医薬品使用体制加算1：87点 2 後発医薬品使用体制加算2：82点 3 後発医薬品使用体制加算3：77点
A 243-2 バイオ後続品使用体制加算	100点
A 244 病棟薬剤業務実施加算	1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回)：120点 2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)：100点

※ 注記 各区分とも注記あり、「医科点数表の解釈」(青本)を参照のこと。

### 3. A400 短期滞在手術等基本料

#### 1 短期滞在手術等基本料1(日帰りの場合)

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合

- (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点
- (2) (1)以外の場合 2,718点

※眼科関連の対象手術：

- K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
- K 282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K 282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合

ロ イ以外の場合

- (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点
- (2) (1)以外の場合 1,359点

※眼科関連の対象手術：

- K 202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K 254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの  
(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K 268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの

## 2 短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)

タ	K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの (片側)	8,663 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、8,589 点)	
レ	K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの (両側)	13,990 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、13,916 点)	
ソ	K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法 (片側)	6,524 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、6,450 点)	
ツ	K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法 (両側)	14,425 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、14,351 点)	
ネ	K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法 (片側)	11,000 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、10,926 点)	
ナ	K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法 (両側)	19,357 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、19,283 点)	
ラ	K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの (片側)	10,493 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、10,419 点)	
ム	K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの (両側)	17,249 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、17,175 点)	
ウ	K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (片側)	8,437 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、8,363 点)	
キ	K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (両側)	13,030 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、12,956 点)	
ノ	K242 斜視手術 2 後転法 (片側)	13,877 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、13,803 点)	
オ	K242 斜視手術 2 後転法 (両側)	19,632 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、19,558 点)	
ク	K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (片側)	20,488 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、20,414 点)	
ヤ	K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (両側)	33,119 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、33,045 点)	
マ	K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) (片側)	16,748 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、16,674 点)	
ケ	K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) (両側)	28,464 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、28,390 点)	
フ	K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (片側)	34,516 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、34,442 点)	
コ	K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (両側)	67,946 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、67,872 点)	
エ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	ロ その他のもの (片側) 17,457 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、17,383 点)	
テ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	ロ その他のもの (両側) 31,685 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、31,611 点)	
ア	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)	14,901 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、14,827 点)	
サ	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)	25,413 点
	(生活療養を受ける場合にあつては、25,339 点)	



#### 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準

- (1) 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
- (2) 看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること。
- (3) 手術を行う場合にあっては、当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
- (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
- (5) 術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式8を参考として同意を得ること。

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料1を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

注2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

注3 次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

ニ 血液化学検査

ホ 感染症免疫学的検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

ト 血漿蛋白免疫学的検査

チ 心電図検査

リ 写真診断

ヌ 撮影

ル 麻酔管理料（Ⅰ）

ヲ 麻酔管理料（Ⅱ）

注4 基本診療料及び特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

（以下略）

#### 通知

- (2) 短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であって、当該再入院日が前回入院の退院の日から起算して7日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、基本診療料（短期滞在手術等基本料を除く。）及び特掲診療料に基づき算定する。
- (5) DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3を算定できない。
- (6) DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。（以下略）

タ 「K202」涙管チューブ挿入術の「1」涙道内視鏡を用いるもの

チ 「K217」眼瞼内反症手術の「2」皮膚切開法

- ツ 「K219」眼瞼下垂症手術の「1」眼瞼挙筋前転法
  - テ 「K219」眼瞼下垂症手術の「3」その他のもの
  - ト 「K224」翼状片手術（弁の移植を要するもの）
  - ナ 「K242」斜視手術の「2」後転法
  - ニ 「K242」斜視手術の「3」前転法及び後転法の併施
  - ヌ 「K254」治療的角膜切除術の「1」エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
  - ネ 「K268」緑内障手術の「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
  - ノ 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの
  - ハ 「K282」水晶体再建術の「2」眼内レンズを挿入しない場合
- (7) 以下のアからオまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術等を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合
  - イ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術の中から2以上を実施した場合
  - ウ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術に加えて、手術（特掲診療料手術に掲げるもの）を実施した場合
  - エ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術等を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合
- (8) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、当該患者に対して行った在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、「J038」に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料（薬剤料に掲げる各所定点数をいう。）、第14部その他並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。
- (9) 短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、6日日以降においても入院が必要な場合には、6日日以降の療養に係る費用は、第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (10) 短期滞在手術等を行うことを目的として本基本料1に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料1に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術等の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (11) 短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。
- (12) 短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。
- (13) 短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

## 4. 医学管理等

(1) B001 特定疾患治療管理料

7 難病外来指導管理料 270 点 月 1 回に限り算定

(2) B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（B001-2-2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

(3) B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300 点

(4) 診療情報提供料

B009 診療情報提供料（Ⅰ） 250 点 月 1 回に限り算定（紹介先毎）

B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500 点 月 1 回に限り算定

(5) B011 連携強化診療情報提供料 150 点 月 1 回に限り算定

(6) B011-3 薬剤情報提供料 4 点（手帳に記載した場合は 7 点）

注 月 1 回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定。

(7) B012 傷病手当金意見書交付料 100 点

(8) B014 退院時薬剤情報管理指導料 90 点 退院の日に 1 回に限り算定

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に 1 回に限り算定する。

## 5. 在宅医療

(1) C000 往診料

	昼 間	緊急 [+ 325 点]	夜間又は休日 [+ 650 点]	深夜 [+ 1,300 点]
往 診 料	720 点	1,045 点	1,370 点	2,020 点

通知

- (10) 同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、2 人以上の患者を診療した場合は、2 人目以降の患者については往診料を算定せず、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び特掲診療料のみを算定する。この場合において、2 人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が 1 時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注 2」に規定する加算を算定する。



## (2) C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（1日につき）

- 1 在宅患者訪問診療料 1
  - イ 同一建物居住者以外の場合 888 点
  - ロ 同一建物居住者の場合 213 点
- 2 在宅患者訪問診療料 2
  - イ 同一建物居住者以外の場合 884 点
  - ロ 同一建物居住者の場合 187 点

注 2 2については、C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料又はC003 在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者 1 人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して 6 月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月 1 回に限り算定する。この場合において、A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料又はC000 往診料は、算定しない。

注 4 6 歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400 点を所定点数に加算する。

通知 (7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から 6 月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6 月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

- ア その診療料の医師でなければ困難な診療
- イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

## (3) C014 外来在宅共同指導料

- 1 外来在宅共同指導料 1 400 点
- 2 外来在宅共同指導料 2 600 点

注 1 : 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

注 2 : 2については、注 1 に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。この場合において、A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料、C000 往診料、C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又はC001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

## 6. 検 査 料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	<p>《生体検査料》</p> <p>新生児加算 100分の100 乳幼児加算（3歳未満） 100分の70 幼児加算（3歳以上6歳未満） 100分の40 ※ 幼児加算は本冊子のD220とD238を除くD215～D240まで</p> <p>（眼科学的検査） コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、D282-3コンタクトレンズ検査料のみ算定する。</p>		
D255	精密眼底検査（片側）	56点	◇ 精密眼底検査は、手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。
D255-2	汎網膜硝子体検査（片側） 注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、D255 精密眼底検査（片側）、D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はD273 細隙灯顕微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	150点	◇ 増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙灯顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。
D256	眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合 イ アナログ撮影 ロ デジタル撮影 2 蛍光眼底法の場合 3 自発蛍光撮影法の場合 注1 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。（1のロの場合を除く。） 注2 広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 ※ 眼底カメラ撮影のみではD255 精密眼底検査は算定できない。	54点 58点 400点 510点	◇ 眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。 ◇ 「通常の方法の場合」、「蛍光眼底法の場合」又は「自発蛍光撮影法の場合」のいずれか複数の検査を行った場合においては、主たる検査の所定点数により算定する。 ◇ デジタル撮影とは、画像情報をデジタル処理して管理及び保存が可能な撮影方法をいう。 ◇ デジタル撮影したものをフィルムへプリントアウトした場合、「ロ」のデジタル撮影を算定できるが、当該フィルムの費用は別に算定できない。 ◇ 使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。 ◇ インスタントフィルムを使用した場合

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D256-2	眼底三次元画像解析 注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、D256の1に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	190点	<p>は、フィルムの費用として10円で除した点数を加算する。なお、1回当たり16点を限度とする。</p> <p>◇ アナログ撮影を行ったものをデジタルに変換した場合は、「イ」のアナログ撮影を算定する。</p> <p>◇ 広角眼底撮影加算は、次のいずれかに該当する場合に限り加算する。</p> <p>ア 3歳未満の乳幼児であって、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる患者に対して広角眼底撮影を行った場合</p> <p>イ 糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して蛍光眼底法による観察のために広角眼底撮影を行った場合</p>
D256-3	光干渉断層血管撮影 注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、D256に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	400点	◇ 光干渉断層血管撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。
D257	細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部） 注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。	110点	<p>◇ 散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙灯顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>◇ 細隙灯を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。</p> <p>◇ 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り「D273」により算定する。</p>
D258	網膜電位図（ERG）	230点	◇ 網膜電位図（ERG）は、前眼部又は中間透光体に混濁があつて、眼底検査が

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D258-2	網膜機能精密電気生理検査 (多局所網膜電位図)	500点	<p>不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。</p> <p>◇ 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は「D258」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。</p> <p>(1) 前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）</p> <p>(2) 黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）</p> <p>(3) 網膜手術の前後（それぞれ1回ずつに限る。）</p>
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図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厚生局長等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。	800点	<p>◇ 黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図は、「D258」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。</p> <p>(1) 黄斑局所網膜電図は、黄斑ジストロフィーの診断を目的に、網膜の層別機能解析を行った場合に、患者1人につき年1回に限り算定できる。ただし、当該検査を年2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。</p> <p>(2) 全視野精密網膜電図は、網膜色素変性疾患の鑑別と視機能の評価又は黄斑ジストロフィーの診断を目的に行った場合に、患者1人につき年1回に限り算定できる。ただし、当該検査を年2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。</p> <p>(3) 「D258」網膜電位図（ERG）又は「D258-2」網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）を併せて実施した場合は、主たるものの所定点数を算定する。</p>
D259	精密視野検査（片側）	38点	<p>◇ 精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D260	量的視野検査（片側） 1 動的量的視野検査 2 静的量的視野検査	195点 290点	<p>◇ 河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。</p> <p>◇ 量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、2つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。</p>
D261	屈折検査 1 6歳未満の場合 2 1以外の場合 注 1について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35点を所定点数に加算する。この場合において、D263に掲げる矯正視力検査は算定しない。	69点 69点	<p>◇ 屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。</p> <p>◇ 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として所定点数を算定する。</p> <p>◇ 屈折検査と「D263」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方箋を交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、「1」については、弱視又は不同視等が疑われる場合に限り、3月に1回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回）に限りD263矯正視力検査を併せて算定できる。</p> <p>◇ 「注」に規定する加算は、「1」について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合に、3月に1回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回）に限り、所定点数に加算する。</p>
D262	調節検査	70点	<p>◇ 調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。</p>



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D263	矯正視力検査 1 眼鏡処方箋の交付を行う場合 2 1 以外の場合	69点 69点	◇ 負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の100分の200の点数を限度として算定する。 ◇ 眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。
D263-2	コントラスト感度検査 注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。	207点	◇ コントラスト感度検査は、空間周波数特性(MTF)を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、「K282」水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。
D264	精密眼圧測定 注 水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、負荷測定加算として、55点を所定点数に加算する。	82点	◇ 精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合(眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。)をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。 ◇ 「注」の加算は、水分を多量に摂取させた場合、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、1回のみ所定点数により算定する。
D265	角膜曲率半径計測	84点	
D265-2	角膜形状解析検査 注 角膜形状解析検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行ったD265角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。	105点	◇ 角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視(2ジオプトリー以上)を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。 ◇ 角膜移植後の患者については2か月に1回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各1回に限り算定する。 ◇ 角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。
D266	光覚検査	42点	◇ 光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。
D267	色覚検査		◇ 「2」の場合には、ランターンテスト及

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D268	1 アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合 2 1 以外の場合 眼筋機能精密検査及び輻輳検査	70点 48点 48点	び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。 ◇ 眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、HESS 赤緑試験、輻輳近点検査及び視診での眼球運動検査（遮閉 - 遮閉除去試験、9 方向眼位検査、固視検査、Bielschowsky 頭部傾斜試験及び Parks の 3 ステップテスト）等をいう。
D269 D269-2	眼球突出度測定 光学的眼軸長測定	38点 150点	◇ 光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型 A モード法による場合は、「D215」超音波検査の「1」の A モード法により算定する。
D270-2	ロービジョン検査判断料 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に 1 月に 1 回に限り算定する。  ※眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。	250点	◇ 身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。）に対して、眼科学的検査（D282-3 を除く。）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具（補装具を含む。）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。 ◇ 当該判断料は、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した医師が、眼科学的検査（D282-3 を除く。）を行い、その結果を判断した際に、月に 1 回に限り算定する。
D271 D272	角膜知覚計検査 両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆	38点 48点	◇ 両眼視機能精密検査とは、Worth4 灯



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D273	法又はステレオテスト法による)、網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による) 細隙灯顕微鏡検査(前眼部) 注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。	48点	法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。 ◇ 細隙灯顕微鏡検査(前眼部)とは、細隙灯顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、「D257」細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)と併せて算定できない。 ◇ 細隙灯を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。 ◇ 細隙灯顕微鏡検査(前眼部)を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り算定する。
D274	前房隅角検査	38点	◇ 前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。
D274-2	前眼部三次元画像解析 注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行ったD265-2角膜形状解析検査及びD274前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	265点	◇ 前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剝離の患者に対して、月1回に限り算定する。
D275	圧迫隅角検査	76点	
D275-2	前房水漏出検査 注 緑内障濾過手術後の患者であつて、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。	149点	◇ 前房水漏出検査は、当該検査について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。
D277	涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査	38点	◇ 涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。
D277-2	涙道内視鏡検査 注 同一日にK202涙管チューブ挿入術を実施した場合には、涙道内視鏡検査は算定できない。	640点	
D278	眼球電位図(EOG)	280点	◇ 「D250」平衡機能検査の「4」の電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160点	◇ 眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160点	<p>角膜状態の評価の際に算定する。</p> <p>◇ レーザー前房蛋白細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内の蛋白濃度及び細胞数を測定するものである。</p>
D281	瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）	160点	<p>◇ 視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。</p>
D282	中心フリッカー試験	38点	<p>◇ 視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。</p>
D282-2	<p>行動観察による視力検査</p> <p>1 PL (Preferential Looking) 法</p>	100点	<p>◇ PL 法は4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋—Mohindra 方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。</p> <p>◇ テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。</p> <p>◇ 診療録に検査結果の要点を記載する。</p>
	<p>2 乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）</p>	60点	<p>◇ 乳幼児視力測定は、4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラーカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載する。</p> <p>また、本区分の「1」のPL (Preferential Looking) 法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p>
D282-3	<p>コンタクトレンズ検査料</p> <p>1 コンタクトレンズ検査料1</p> <p>2 コンタクトレンズ検査料2</p> <p>3 コンタクトレンズ検査料3</p> <p>4 コンタクトレンズ検査料4</p> <p>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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1、2又は3を算定し、当該保険医療機関以外の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</p>	<p>200点</p> <p>180点</p> <p>56点</p> <p>50点</p>	<p>◇ コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用者の場合を含む。以下同じ。）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」、「2」、「3」又は「4」により算定する。</p> <p>◇ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」、「2」、「3」又は「4」の他、「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査についても算定できない。</p> <p>◇ コンタクトレンズ検査料を算定する場合においては、「A000」初診料の注9及</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	<p>のにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料4を算定する。</p> <p>2 注1により当該検査料を算定する場合は、A000 初診料の注9及びA001 再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。</p> <p>3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、A000 初診料は算定せず、A001 再診料又はA002 外来診療料を算定する。</p>		<p>び「A001」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。</p> <p>◇ 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場合は、「A000」初診料は算定せず、「A001」再診料又は「A002」外来診療料を算定する。</p> <p>◇ コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、別に「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、9歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者、眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者、ステューヴンス・ジョンソン症候群又は中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあつては、当該点数を算定せず、「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査に</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D215	<p>(超音波検査等)</p> <p>同一患者につき同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>超音波検査（記録に要する費用を含む。）</p>		<p>より算定する。なお、この場合においても、「A000」初診料は算定せず、「A001」再診料又は「A002」外来診療料を算定する。</p> <p>◇ コンタクトレンズ検査料3又は4を算定する医療機関のうち、コンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関においては、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めること。</p>
	<p>1 Aモード法</p> <p>2 断層撮影法</p> <p>ロ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）</p>	<p>150点</p> <p>350点</p>	<p>◇ 超音波検査の「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合、同一月に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。</p> <p>◇ 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。</p> <p>◇ 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。</p>
D220	<p>(監視装置による諸検査)</p> <p>呼吸心拍監視</p> <p>1 1時間以内又は1時間につき</p> <p>2 3時間を越えた場合（1日につき）</p> <p>イ 7日以内の場合</p>	<p>50点</p> <p>150点</p>	
D225-2	<p>非観血的連続血圧測定（1日につき）</p> <p>注 人工呼吸と同時に行った非観血的連続血圧測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。</p>	100点	

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D236	(脳波検査等) 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。) 2 視覚誘発電位	850点	
D238	脳波検査判断料 1 脳波検査判断料1 2 脳波検査判断料2 注1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。 2 1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厚生局長等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。 3 遠隔脳波診断を行った場合については、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厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。	350点 180点	◇ 脳波検査判断料1は、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない(「注3」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。) ◇ 遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料1は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付すること。 ◇ 遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において「D235」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料1を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
D239	(神経・筋検査) D239からD240までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及びD241に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)) 2 誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき) 注1 2については、2神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、1神経を増すごとに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。	320点 200点	◇ 「1」において、顔面及び躯幹は、左右、腹背を問わずそれぞれ1肢として扱う。 ◇ 「2」については、混合神経について、感覚神経及び運動神経をそれぞれ測定した場合には、それぞれを1神経として数える。また、左右の神経は、それぞれを1神経として数える。なお、横隔神経電気刺激装置の適応の判定を目的として実施する場合は、当該検査を横隔膜電極植込術前に1回に限り算定できる。



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D240	神経・筋負荷テスト 1 テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。） 2 瞳孔薬物負荷テスト	130点 130点	◇ テンシロンテストについては、Edrophonium Chloride を負荷して行う検査に伴う全ての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。 ◇ 瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。 なお、使用した薬剤については、「D500」薬剤により算定する。
D241	神経・筋検査判断料 注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。 (耳鼻咽喉科学的検査)	180点	
D250	平衡機能検査 1 標準検査（一連につき） 4 電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき） イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合 ロ その他の場合	20点 400点 260点	◇ 電気眼振図を「D278」眼球電位図（EOG）と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。
	《検体検査料》 (尿・糞便等検査)		
D000	尿中一般物質定性半定量検査 注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	26点	
D004	穿刺液・採取液検査 7 IgE 定性（涙液）	100点	◇ IgE 定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月1回に限り算定できる。
D006-4	遺伝学的検査 2 処理が複雑なもの 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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厚生局長等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 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子	5,000点	◇ 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 イ PCR法による場合に算定できるもの ② 網膜芽細胞腫 ◇ 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び関係学会によ

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D006-20	<p>疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。</p> <p>角膜ジストロフィー遺伝子検査</p> <p>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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	1,200点	<p>る「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」を遵守する。</p> <p>◇ 角膜ジストロフィー遺伝子検査は、角膜混濁等の前眼部病変を有する患者であって、臨床症状、検査所見、家族歴等から角膜ジストロフィーと診断又は疑われる者に対して、治療方針の決定を目的として行った場合に算定する。本検査を実施した場合には、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>◇ 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>
D006-30	<p>遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査</p>	20,500点	<p>◇ 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査は、臨床症状、検査所見、家族歴等からRPE65遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィと疑われる者であって、十分な生存網膜細胞を有することが確認された者に対して、血液を検体とし、次世代シーケンシングを用いてボレチゲンネパールボクタの適応の判定の補助を目的として実施した場合にのみ、患者1人につき1回に限り算定できる。</p> <p>◇ 本検査の実施に当たっては、以下のいずれにも該当する医療機器を用いること。</p> <p>ア 遺伝性網膜ジストロフィの疾患原因遺伝子の情報を取得するものとして薬事承認又は認証を得ている。</p> <p>イ 厚生労働省難治性疾患政策研究事業において、「遺伝性網膜ジストロフィの原因となりうる主な遺伝子」（網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究班網膜ジストロフィにおける遺伝学的検査のガイドライン作成ワーキンググループ作成）リストに記載されている遺伝子の変異の評価が可能であ</p>



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D012	<p>(免疫学的検査)</p> <p>感染症免疫学的検査</p> <p>29 クラミジア・トラコマチス抗原定性</p> <p>38 アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）</p> <p>39 単純ヘルペスウイルス抗原定性</p> <p>47 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）</p>	<p>152点</p> <p>179点</p> <p>180点</p> <p>210点</p>	<p>る。</p> <p>◇ 本検査は、厚生労働省難治性疾患政策研究事業において「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究班 IRD パネル検査における遺伝学的検査運用ガイドライン作成ワーキンググループ」が作成した検査運用指針に従って実施された場合に限り算定する。</p> <p>◇ クラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、本検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。</p> <p>◇ クラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽腔内からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。</p> <p>◇ ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。</p> <p>◇ 角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。</p>
D017	<p>(微生物学的検査)</p> <p>排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査</p> <p>3 その他のもの</p>	<p>67点</p>	
D026	<p>検体検査判断料</p> <p>6 免疫学的検査判断料</p> <p>7 微生物学的検査判断料</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。</p> <p>注6 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（D006-4 遺伝学的検査、D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査、D006-26 に掲げる染色体構造変異</p>	<p>144点</p> <p>150点</p>	<p>◇ 「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査から「D006-9」WT1 mRNA まで、「D006-11」FIP1L1-PDGFR<math>\alpha</math>融合遺伝子検査から「D006-20」角膜ジストロフィー遺伝子検査まで及び「D006-22」RAS 遺伝子検査（血漿）から「D006-30」遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	<p>解析及び D006-30 に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。)又は遺伝性腫瘍に関する検査 (D006-19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング(情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング(難病に関する検査に係るものに限る。)をいう。)を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。</p>		<p>◇ 「注6」に規定する遺伝カウンセリング加算は、「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」のうち、マイクロサテライト不安定性検査(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。),「D006-4」遺伝学的検査、「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査、「D006-20」角膜ジストロフィー遺伝子検査、「D006-26」染色体構造変異解析又は「D006-30」遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>ア 当該検査の実施前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うとともに、その内容を文書により交付する。</p> <p>イ 臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付する。なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」を遵守する。</p> <p>◇ 難病に関する検査(D006-4 遺伝学的検査、D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査、「D006-26」染色体構造変異解析及び「D006-30」遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。)に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング(以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。)を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。</p> <p>ア 患者に対面診療を行っている保険医</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
			<p>療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行う。</p> <p>イ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得る。</p> <p>ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載する。</p> <p>エ 当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリングの施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関である。</p> <p>オ 当該他の保険医療機関の医師は、オンライン指針に沿って診療を行う。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行う。</p> <p>カ 事前の診療情報提供については、「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。</p> <p>キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</p>
D400	<p>《診断穿刺・検体採取料》</p> <p>血液採取（1日につき）</p> <p>1 静脈</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、35点を所定点数に加算する。</p>	40点	
D417	<p>組織試験採取、切採法</p> <p>4 眼</p> <p>イ 後眼部</p> <p>ロ その他（前眼部を含む。）</p>	650点 350点	
D419	その他の検体採取		◇ 「4」の前房水採取については、内眼炎

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
D419-2	4 前房水採取 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。	420点	等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定する。
	眼内液（前房水・硝子体液）検査	1,000点	◇ 眼内液（前房水・硝子体液）検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液（前房水・硝子体液）を採取し、ELISA法によるIL-10濃度と、CLEIA法によるIL-6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。

## 7. 投 薬

		内 用	外 用	3歳未満 加算	特定疾患処方 管理加算
		内服・屯服			処方期間 28日以上 (月1回)
F000 調剤料	1 外来（1回の処方につき）	11点	8点	—	—
	2 入院（1日につき）	7点			
F100 処方料	1 抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬4種類以上及び睡眠薬	18点		3点	56点
	2 1以外の場合であって、内服7種類以上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	29点			
	3 1及び2以外の場合	42点			
	注8 イ 外来後発医薬品使用体制加算1 8点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 7点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 5点 当該基準に係る区分に従い、1処方につき加算する。				
F200 薬 剤	注3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及びA001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又はB001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。				

F400 処方箋料	1 抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬4種類以上及び睡眠薬	20点	3点	56点
	2 1以外の場合であって、内服7種類以上	32点		
	3 1及び2以外の場合	60点		
	注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算1 10点 ロ 一般名処方加算2 8点			
F500 調剤技術 基本料 (月1回)	1 入院(有床診療所・病院)	42点	—	—
	2 外来	14点		

※特定疾患処方管理加算：

ア 特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患（以下、この項において「特定疾患」という。）を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 同一暦月に「F100」処方料と「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、「F100」処方料又は「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 当該加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

オ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

## 8. 注 射 料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25点	◇ 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、薬剤料のみ算定できる。 ◇ 涙のう内薬液注入については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
G001	静脈内注射（1回につき） 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、52点を加算する。	37点	◇ 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、薬剤料のみ算定する。
G004	点滴注射（1日につき） 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） 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、48点を加算する。	105点 102点 53点	
G012	結膜下注射	42点	◇ 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。 ◇ 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。
G012-2	自家血清の眼球注射	27点	◇ 患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。
G013	角膜内注射	35点	
G014	球後注射	80点	
G015	テノン氏嚢内注射	80点	
G016	硝子体内注射 注 未熟児に対して行った場合は、600点を加算する。	600点	◇ 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。 ◇ 未熟児加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に硝子体内注射が行われた場合に限り算定できる。
G018	外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500点	◇ 当該注射の実施に当たっては、関連学会の定める手引きを遵守すること。
G100	薬剤 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合	1点 右参照	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

## 9. リハビリテーション料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
H005	視能訓練（1日につき） 1 斜視視能訓練 2 弱視視能訓練	135点 135点	<p>◇ 視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回のみ算定する。</p> <p>◇ 斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。</p> <p>◇ 実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載又は添付すること。</p>

## 10. 処 置 料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
J086	<p>(眼科処置)</p> <p>眼処置 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 点眼又は洗眼については、基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p>	25点	<p>◇ 両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なる処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。</p> <p>◇ 所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオンフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して1回につき所定点数を算定する。</p> <p>◇ 点眼又は洗眼は、基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することはできない。</p>
J086-2	<p>義眼処置 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p>	25点	
J087	<p>前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 注 顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処理加算として180点を加算する。</p>	180点	
J088	霰粒腫の穿刺	45点	
J089	<p>睫毛抜去 1 少数の場合 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 多数の場合 注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ</p>	25点 45点	<p>◇ 5～6本程度の睫毛抜去は「1」を算定する。また、「1」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。</p>



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	れ処置した場合であっても1回の算定とする。 2 1日に1回に限り算定する。		
J090	結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点	
J091	鼻涙管ブジー法	45点	
J091-2	鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄	45点	
J092	涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）	54点	
J093	強膜マッサージ （一般処置）	150点	
J000	創傷処置 1 100平方センチメートル未満 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	52点	◇ 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。 ◇ 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皴圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。 ◇ 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、1日につき所定の点数のみにより算定する。 ◇ 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
J057-4	（皮膚科処置） 稗粒腫摘除 1 10箇所未満 2 10箇所以上	74点 148点	

## 11. 手 術 料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	通 則 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。		◇ 「通則5」による眼科手術 K204 涙嚢鼻腔吻合術、K229 眼窩内異物除去術（表在性）、K230 眼窩内異物除去術（深在性）、K234 眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、K235 眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、K236 眼窩悪性腫瘍手術、K244 眼筋移動術、K259 角膜移植

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	<p>8. 乳幼児加算（3歳未満） 100分の100 幼児加算（3歳以上6歳未満） 100分の50</p> <p>※極低出生体重児加算、新生児加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>12. 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（K914からK917-5までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合</p>		<p>術、K266毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術、K277-2黄斑下手術、K280硝子体茎頭微鏡下離断術、K281増殖性硝子体網膜症手術</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	<p>(1) 休日加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算 2 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数</p> <p>14 同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術と骨盤骨切り術、白蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとの同時に行った場合又は先天性気管狭窄さく症手術と第 10 部第 1 節第 8 款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>		<p>◇ 同一手術野又は同一病巣における算定方法</p> <p>(1) (前略)「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。</p> <p>(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術(一つに限る。)の所定点数の 100 分の 50 に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。</p> <p>(5) 眼球の手術(第 1 節手術料第 4 款眼に掲げるものをいう。)については、片眼を同一手術野として取り扱う。</p> <p>◇ 厚生労働大臣が定める複数手術に係る費用の特例について</p> <p>(1) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第一の上(左)欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下(右)欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術(一つに限る。)の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数とを合算して算定する。</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項																						
			別表第一																						
			<table border="1"> <tr> <td>K224 翼状片手術 (弁の移植を 要するもの)</td> <td>K260-2 羊膜移植術</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">K 259 角膜移植術</td> <td>K279 硝子体切除術</td> </tr> <tr> <td>K280 硝子体茎顕微鏡下離断術</td> </tr> <tr> <td>K281 増殖性硝子体網膜症手術</td> </tr> <tr> <td></td> <td>K282 水晶体再建術</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">K 268 緑内障手術</td> <td>K280 硝子体茎顕微鏡下離断術</td> </tr> <tr> <td>K281 増殖性硝子体網膜症手術</td> </tr> <tr> <td>K282 水晶体再建術</td> </tr> <tr> <td></td> <td>K284 硝子体置換術</td> </tr> <tr> <td>K 277 網膜冷凍凝固術</td> <td>K276 網膜光凝固術 1 通常 のもの（一連につき）</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">K 282 水晶体再建術</td> <td>K224 翼状片手術（弁の移植 を要するもの）</td> </tr> <tr> <td>K277-2 黄斑下手術</td> </tr> <tr> <td>K279 硝子体切除術</td> </tr> <tr> <td>K280 硝子体茎顕微鏡下離断術</td> </tr> <tr> <td>K281 増殖性硝子体網膜症手術</td> </tr> </table>	K224 翼状片手術 (弁の移植を 要するもの)	K260-2 羊膜移植術	K 259 角膜移植術	K279 硝子体切除術	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術	K281 増殖性硝子体網膜症手術		K282 水晶体再建術	K 268 緑内障手術	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術	K281 増殖性硝子体網膜症手術	K282 水晶体再建術		K284 硝子体置換術	K 277 網膜冷凍凝固術	K276 網膜光凝固術 1 通常 のもの（一連につき）	K 282 水晶体再建術	K224 翼状片手術（弁の移植 を要するもの）	K277-2 黄斑下手術	K279 硝子体切除術	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術	K281 増殖性硝子体網膜症手術
K224 翼状片手術 (弁の移植を 要するもの)	K260-2 羊膜移植術																								
K 259 角膜移植術	K279 硝子体切除術																								
	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術																								
	K281 増殖性硝子体網膜症手術																								
	K282 水晶体再建術																								
K 268 緑内障手術	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術																								
	K281 増殖性硝子体網膜症手術																								
	K282 水晶体再建術																								
	K284 硝子体置換術																								
K 277 網膜冷凍凝固術	K276 網膜光凝固術 1 通常 のもの（一連につき）																								
K 282 水晶体再建術	K224 翼状片手術（弁の移植 を要するもの）																								
	K277-2 黄斑下手術																								
	K279 硝子体切除術																								
	K280 硝子体茎顕微鏡下離断術																								
	K281 増殖性硝子体網膜症手術																								
	21 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として、当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。																								
	(涙 道)																								
K199	涙点、涙小管形成術	660点																							
K200	涙嚢切開術	830点																							
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	760点	◇ 乾性角結膜炎（シルマーテスト第1法変法5mm以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。 ◇ 上下涙点に実施した場合も含め1回のみの算定とする。																						
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720点																							
K202	涙管チューブ挿入術																								
	1 涙道内視鏡を用いるもの	2,350点																							
	2 その他のもの	1,810点																							
K203	涙嚢摘出術	4,590点																							
K204	涙嚢鼻腔吻合術【揭示】	23,490点																							
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720点																							
K206	涙小管形成手術	16,730点																							

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	(眼 瞼)		
K 207	瞼縁縫合術 (瞼板縫合術を含む。)	1,580点	
K 208	麦粒腫切開術	410点	◇ 数か所の切開も同一瞼内にあるものについては1回として算定する。
K 209	眼瞼膿瘍切開術	570点	
K 209-2	外眦切開術	570点	
K 211	睫毛電気分解術 (毛根破壊)	560点	
K 212	兎眼矯正術	6,700点	◇ 兎眼症に対して瞼板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。
K 213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	440点	
K 214	霰粒腫摘出術	700点	◇ 数か所の切開も同一瞼内にあるものについては1回として算定する。
K 215	瞼板切除術 (巨大霰粒腫摘出)	1,730点	
K 215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140点	
K 216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900点	
K 217	眼瞼内反症手術		
	1 縫合法	1,990点	
	2 皮膚切開法	2,590点	
	3 眼瞼下制筋前転法	4,230点	
K 218	眼瞼外反症手術	4,400点	
K 219	眼瞼下垂症手術		
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200点	
	2 筋膜移植法	18,530点	
	3 その他のもの	6,070点	
	(結 膜)		
K 220	結膜縫合術	1,410点	
K 221	結膜結石除去術		
	1 少数のもの (1眼瞼ごと)	260点	
	2 多数のもの (1眼瞼ごと)	390点	
K 222	結膜下異物除去術	470点	
K 223	結膜嚢形成手術		
	1 部分形成	2,250点	
	2 皮膚及び結膜の形成	14,960点	
	3 全部形成 (皮膚又は粘膜の移植を含む。)	16,730点	
K 223-2	内眦形成術	16,730点	
K 224	翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	3,650点	
K 225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800点	
K 225-2	結膜腫瘍摘出術	6,290点	
K 225-3	結膜肉芽腫摘除術	800点	
K 225-4	角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点	
	(眼窩、涙腺)		
K 226	眼窩膿瘍切開術	1,390点	
K 227	眼窩骨折観血の手術 (眼窩ブローアウト)	14,960点	



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
K 228	骨折手術を含む。 眼窩骨折整復術	29,170点	◇ 陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。
K 229	眼窩内異物除去術（表在性）【揭示】	8,240点	
K 230	眼窩内異物除去術（深在性）【揭示】		
	1 視神経周囲、眼窩尖端	27,460点	
	2 その他	14,960点	
K 233	眼窩内容除去術	16,980点	
K 234	眼窩内腫瘍摘出術（表在性）【揭示】	6,770点	
K 235	眼窩内腫瘍摘出術（深在性）【揭示】	45,230点	
K 236	眼窩悪性腫瘍手術【揭示】	51,940点	
K 237	眼窩縁形成手術（骨移植によるもの） （眼球、眼筋）	19,300点	
K 239	眼球内容除去術【極新】	7,040点	
K 241	眼球摘出術【極新】	4,220点	
K 242	斜視手術		
	1 前転法	4,280点	
	2 後転法	4,200点	
	3 前転法及び後転法の併施	10,970点	
	4 斜筋手術	9,970点	
	5 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300点	
	6 調節糸法	12,060点	
K 243	義眼台包埋術【極新】	8,010点	
K 244	眼筋移動術【揭示】	19,330点	
K 245	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術【極新】 （角膜、強膜）	8,790点	
K 246	角膜・強膜縫合術	3,580点	
K 248	角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980点	
K 248-2	顕微鏡下角膜抜糸術	950点	
K 249	角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	1,190点	
K 250	角膜切開術	990点	
K 252	角膜・強膜異物除去術	640点	
K 254	治療的角膜切除術		
	1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	10,000点	
	2 その他のもの	2,650点	
K 255	強角膜瘻孔閉鎖術	11,610点	
K 256	角膜潰瘍結膜被覆術	3,040点	
K 257	角膜表層除去併用結膜被覆術	9,540点	
K 259	角膜移植術【揭示】【極新】	52,600点	◇ 角膜を採取・保存するために要する費

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
K259-2	自家培養上皮移植術	52,600点	<p>用は、所定点数に含まれ別に算定できない。</p> <p>◇ 角膜を移植する場合には、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成12年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球的あっせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）を遵守している場合に限り算定する。</p> <p>◇ 眼科用レーザー角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、レーザー使用加算を併せて算定する。</p> <p>◇ 水疱性角膜症の患者に対して、角膜内皮移植を実施した場合は、内皮移植加算を算定できる。</p> <p>◇ 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合に算定する。</p> <p>◇ 自家培養角膜上皮移植の実施に際して、角膜輪部組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合については、「K246」角膜・強膜縫合術に準じて算定する。</p> <p>◇ 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり、角膜移植術に至らない場合については、「K423」頬腫瘍摘出術の「1」に準じて算定する。</p> <p>◇ 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</p>
K259-3	ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術	52,600点	<p>◇ 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植（羊膜移植を併用した場合を含む。）を行った場合に算定する。</p> <p>◇ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり、ヒト羊膜基質使用</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
K260	強膜移植術	18,810点	<p>自家培養口腔粘膜上皮細胞移植に至らない場合については、「K423」頬腫瘍摘出術の「1」に準じて算定する。</p> <p>◇ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植の実施に際して、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</p> <p>◇ 強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。</p> <p>◇ 強膜を移植する場合においては、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成12年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球的あっせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。</p>
K260-2	羊膜移植術	10,530点	<p>◇ スティーヴンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷瘢痕、再発翼状片、角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む。）、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘢痕、瞼球癒着、結膜上皮内過形成、結膜腫瘍等であって、羊膜移植以外では治療効果が期待できないものに対して実施した場合に算定する。</p> <p>◇ 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している場合に限り算定する。</p> <p>◇ 羊膜採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>◇ 羊膜を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。</p>

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
K261	角膜形成手術【極新】 (ぶどう膜)	3,510点	
K265	虹彩腫瘍切除術	20,140点	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 【揭示】	35,820点	
K268	緑内障手術【極新】		<p>◇ 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術は、1眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、水晶体再建術と同時に眼内ドレーン挿入術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り算定する。なお、水晶体再建術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>◇ 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術を行った際は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。</p> <p>◇ 眼内レンズ及び眼内ドレーンの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>◇ 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、1回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>◇ その他特殊なものとは、裂孔原性網膜剝離、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。</p> <p>◇ 黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を</p>
	1 虹彩切除術	4,740点	
	2 流出路再建術		
	イ 眼内法	14,490点	
	ロ その他のもの	19,020点	
	3 濾過手術	23,600点	
	4 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのないもの)	34,480点	
	5 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	45,480点	
	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	27,990点	
	7 濾過胞再建術 (needle 法)	3,440点	
K269	虹彩整復・瞳孔形成術【極新】	4,730点	
K270	虹彩光凝固術	6,620点	
K271	毛様体光凝固術		
	1 眼内内視鏡を用いるもの	41,000点	
	2 その他のもの	5,600点	
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160点	
K273	隅角光凝固術 (眼房、網膜)	9,660点	
K274	前房、虹彩内異物除去術	8,800点	
K275	網膜復位術【極新】	34,940点	
K276	網膜光凝固術【極新】		
	1 通常のもの(一連につき)	10,020点	
	2 その他特殊なもの(一連につき)	15,960点	
K277	網膜冷凍凝固術【極新】	15,750点	
K277-2	黄斑下手術【揭示】【極新】	47,150点	

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	(水晶体、硝子体)		
K 278	硝子体注入・吸引術【極新】	2,620点	
K 279	硝子体切除術【極新】	15,560点	
K 280	硝子体茎顕微鏡下離断術【揭示】 【極新】		
	1 網膜付着組織を含むもの	38,950点	
	2 その他のもの	29,720点	
K 280-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内 内視鏡を用いるもの）【極新】	47,780点	◇ 高度の角膜混濁あるいは裂傷などにより、眼底の透見が困難な網膜硝子体疾患に対して行った場合に算定する。また、当該手術を行った際には、診療報酬明細書の摘要欄に、当該術式を選択した理由について詳細に記載すること。
K 281	増殖性硝子体網膜症手術【揭示】 【極新】	54,860点	
K 281-2	網膜再建術	69,880点	◇ 未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剝離（主に家族性滲出性硝子体網膜症又は第1次硝子体過形成遺残）及び外傷による眼球破裂に対して実施した場合に算定する。なお、未熟児網膜症及び先天異常に伴う網膜剝離にあつては、線維血管増殖によって起こる、黄斑を脅かす網膜部分剝離又は網膜全剝離の状態をいい、眼球破裂例にあつては強膜の3分の1を超える破裂創があり、眼球内容物の脱出を認める状態をいう。 ◇ 関係学会の定める指針を遵守すること。
K 282	水晶体再建術【極新】		
	1 眼内レンズを挿入する場合		
	イ 縫着レンズを挿入するもの	17,840点	◇ 1眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。
	ロ その他のもの	12,100点	◇ 眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
	2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430点	◇ 「1」の「イ」の縫着レンズを挿入するものについては、眼内レンズを縫着し挿入した場合に算定する。
	3 計画的後嚢切開を伴う場合	21,780点	◇ 「3」の計画的後嚢切開を伴う場合は、16歳未満の患者に対して行われた場合に限り算定する。
	注1 水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。		◇ 「注1」の加算は、チン小帯の脆弱・断裂を有する症例に対して、水晶体嚢拡張
	注2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、		



区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	150点を所定点数に加算する。		リングを用いて水晶体再建術を実施した場合に算定する。なお、水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。 ◇「注2」に規定する加算は、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、「1」の「イ」の縫着レンズを挿入するものの手術の前後それぞれ1回に限り算定する。なお、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位が疑われた場合であっても、当該手術を行わなかったときは、当該加算は算定できない。
K282-2	後発白内障手術	1,380点	◇ 後発白内障切開術（観血的）は当該区分に準じて算定する。
K284	硝子体置換術 （頭蓋、脳）	7,920点	
K158	視神経管開放術	36,290点	
K000	（皮膚、皮下組織） 創傷処理 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） ロ その他のもの 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,400点 1,880点 9,630点 3,090点 530点 950点 1,480点	◇ 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置は「J000」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 1 長径2センチメートル未満 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 3 長径4センチメートル以上	1,660点 3,670点 5,010点	◇ 「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。 ◇ 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、「K005」の所定点数
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）		

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
	1 長径3センチメートル未満 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 4 長径12センチメートル以上	1,280点 3,230点 4,160点 8,320点	により算定し、50%未満の場合は、「K006」の所定点数により算定する。
K950	(特定保険医療材料) 特定保険医療材料 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。	材料価格を10円で除して得た点数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・023 涙液・涙道シリコンチューブ 18,300円 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 24時間以上体内留置した場合に算定できる。</li> <li>◇ ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。</li> </ul> </li> <li>・089 涙点プラグ 3,900円</li> <li>・143 網膜硝子体手術用材料 29,500円</li> </ul>

※短期滞在手術等基本料については、9ページを参照。

## 12. 麻 醉 料

区 分	項 目	点 数	留 意 事 項
L000	《麻醉料》 迷もう麻醉	31点	◇ 迷もう麻醉とは、吸入麻醉であって、実施時間が10分未満のものをいう。なお、迷もう麻醉の実施時間は、麻醉薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。 ◇ ガス麻醉器を使用する10分未満の麻醉は、本区分により算定する。なお、ガス麻醉器を使用する麻醉の実施時間は、麻醉器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻醉器から離脱した時間を終了時間とする。
L006	球後麻醉及び顔面・頭頸部の伝達麻醉 (瞬目麻醉及び眼輪筋内浸潤麻醉を含む。)	150点	◇ 球後麻醉と顔面伝達麻醉を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。
L007	開放点滴式全身麻醉	310点	◇ ガス麻醉器を使用する10分以上20分未満の麻醉は、本区分により算定する。なお、ガス麻醉器を使用する麻醉の実施時間は、麻醉器に接続した時間を開始時間とし、当該麻醉器から離脱した時間を終了時間とする。
L100	《神経ブロック料》 神経ブロック (局所麻醉剤又はボツリヌス毒素使用) 4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 注 上記以外の神経ブロック (局所麻醉剤又はボツリヌス毒素使用) は、L102に掲げる神経幹内注射で算定する。	400点	
L102	神経幹内注射	25点	

※編注：該当手術名の後に【揭示】【極新】印を附した。

【揭示】：施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【極新】：手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

## Ⅱ. 主な施設基準に係る届出書一覧

### 1. 基本診療料の施設基準等に係る届出書

- \* 時間外対応加算 …………… 様式 2
- \* 医療安全対策加算 …………… 様式 35
- \* 後発医薬品使用体制加算 …………… 様式 40 の 3
- \* 病棟薬剤業務実施加算 …………… 様式 40 の 4
- \* 短期滞在手術等基本料 1 …………… 様式 58

### 2. 特掲診療料の施設基準

- \* 地域連携夜間・休日診療料 …………… 様式 7 の 2
- \* ロービジョン検査判断料 …………… 様式 29 の 2
- \* 黄斑局所網膜電図・全視野精密網膜電図 …………… 様式 29 の 3
- \* コンタクトレンズ検査料 1～3 …………… 様式 30
- \* 外来後発医薬品使用体制加算 …………… 様式 38 の 3
- \* 角結膜悪性腫瘍切除手術 …………… 様式 87 の 50
- \* 治療的角膜切除術  
(エキシマレーザーによるものに限る。) …………… 様式 52、様式 54 の 2
- \* 内皮移植加算 …………… 様式 52、様式 54 の 2 の 2
- \* 羊膜移植術 …………… 様式 52、様式 54 の 3
- \* 緑内障手術 (緑内障治療用インプラント挿入術  
(プレートのあるもの)) …………… 様式 52、様式 54 の 4
- \* 網膜付着組織を含む硝子体切除術  
(眼内内視鏡を用いるもの) …………… 様式 52、様式 54 の 5
- \* 網膜再建術 …………… 様式 52、様式 54 の 6
- \* 緑内障手術 [流出路再建術 (眼内法)]、緑内障手術  
(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術) 及び  
緑内障手術 [濾過胞再建術 (needle 法)] …………… 様式 52、様式 54 の 8

