

早見表

目次

【医療保険・患者負担・公費一覧 早見表】

① 医療保険・後期高齢者医療制度における患者負担割合	2
② 医療保険・後期高齢者医療制度の法別番号	2
③ 自己負担限度額（1 か月につき）	3
④ 高額介護合算療養費（年間の負担上限額）	3
⑤ 入院時の食事の費用等と標準負担額	4
⑥ 公費負担医療制度（適用優先順）	5

【医科診療報酬 点数早見表】

① 初診料	6
② 再診料（一般病床数200床未満の病院、診療所）	6
③ 外来診療料（一般病床数200床以上の病院）	7
④ 入院基本料	8
⑤ 入院基本料等加算	12
⑥ 特定入院料	16
⑦ 短期滞在手術等基本料	20
⑧ 医学管理等	21
【資料】特定疾患療養管理料／厚生労働大臣が定める疾患（抜粋）	26
⑨ 在宅医療	27
⑩ 検査／検査料の一般的事項、検体検査料、診断穿刺・検体採取料	31
【資料】検査略称一覧（抜粋）	43
⑪ 画像診断	46
⑫ 投薬	48
⑬ 注射	50
⑭ リハビリテーション	51
⑮ 精神科専門療法	52
⑯ 処置	54
⑰ 手術	54
【資料】手術料の通則一覧	56
⑱ 麻酔	57
⑲ 放射線治療	59
⑳ 病理診断	60
参考 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な臨時的な取扱い等	61
付 調剤報酬 点数早見表	62

医療保険・患者負担・公費一覧 早見表

1 医療保険・後期高齢者医療制度における患者負担割合^{注1}

患者の年齢	所得区分	負担割合
0歳～義務教育修学前 「6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日」まで		2割
義務教育修学以後～70歳未満 「6歳の誕生日の前日以後の最初の4月1日」から「70歳の誕生日の前日が属する月の最終日」まで		3割
70歳以上～75歳未満（高齢受給者） 「70歳の誕生日の前日が属する月の翌月1日」から「75歳の誕生日の前日」まで	現役並み所得者 ^{注2} 以外	2割
	現役並み所得者 ^{注2}	3割
	現役並み所得者 ^{注2} 以外 うち一定以上の所得者 ^{注3}	1割 2割
75歳以上（後期高齢者医療） 「75歳の誕生日」から ※65歳以上で一定の障害の状態にあり、後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者は、 「認定を受けた日」から	現役並み所得者 ^{注2}	3割

注1 国保組合（国民健康保険組合）については、この表によらず、各組合で定めるところによる。

注2 現役並み所得者＝①被用者保険（健保・共済）では、月収（標準報酬月額）28万円以上である70歳以上の被保険者（とその70歳以上の被扶養者）、②国民健康保険・後期高齢者医療では、年間課税所得額145万円以上の70歳以上の被保険者（と同一世帯の70歳以上の被保険者）。ただし①②とも、収入額によっては現役並み所得者にならない場合がある（この場合は被保険者が保険者に届出を行う）。

注3 令和4年10月1日から、従前の1割負担該当者のうち、世帯内に課税所得が28万円以上である後期高齢者医療の被保険者がいて、かつ、「年金収入＋その他の合計所得金額」が200万円以上（被保険者が1人のみの世帯）又は「年金収入＋その他の合計所得金額」の合計額が320万円以上（被保険者が2人以上の世帯）である被保険者について、負担割合を1割から2割へと引上げ（配慮措置あり、3頁参照）。

2 医療保険・後期高齢者医療制度の法別番号

法別番号	制度〔通称〕	略称・備考
01	全国健康保険協会管掌健康保険〔協会けんぽ〕	（協会）
02	船員保険	（船）
03	日雇特例被保険者の保険（一般療養）	（日）
04	日雇特例被保険者の保険（特別療養費）	（日 特）又は（特）
06	組合管掌健康保険〔組合健保〕	（組）
07	自衛官等の療養の給付	（自）
31	国家公務員共済組合	（共）
32	地方公務員等共済組合	
33	警察共済組合	
34	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	（退） ※健康保険組合又は共済組合・私立学校共済に加入していた退職高齢者に対し、退職後も引き続き現役の加入者と同様の保険給付を行うものとして、一定の要件を満たし、認可を受けた健康保険組合等
63	特定健康保険組合	
72	国家公務員特定共済組合	
73	地方公務員等特定共済組合	
74	警察特定共済組合	
75	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	
—	国民健康保険	
67	退職者医療（国民健康保険）	（高）
—	国民健康保険組合	
39	後期高齢者医療	

3 自己負担限度額（1か月につき）

(1)70歳未満

所得区分 （年収の目安）			自己負担限度額 〈 〉内は多数回該当 ^{注1} の場合	
旧上位所得者	ア	約1,160万円～	健保：標準報酬月額83万円以上 国保：旧ただし書所得901万円超	252,600円＋（医療費－842,000円）×1％ 〈140,100円〉
	イ	約770万円～ 約1,160万円	健保：標準報酬月額53万～79万円 国保：旧ただし書所得600万～901万円	167,400円＋（医療費－558,000円）×1％ 〈93,000円〉
旧一般	ウ	約370万円～ 約770万円	健保：標準報酬月額28万～50万円 国保：旧ただし書所得210万～600万円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈44,400円〉
			健保：標準報酬月額26万円以下 国保：旧ただし書所得210万円以下	
	エ	～約370万円		57,600円 〈44,400円〉
オ 低所得者（市町村民税非課税） ^{注2}				35,400円 〈24,600円〉

(2)70歳以上

所得区分 （年収の目安）〔健保・国保 ^{注3} の基準〕			世帯の自己負担限度額（月単位）	
			外来（個人）	〈 〉＝多数回該当 ^{注1}
現役並み所得者	Ⅲ	（約1,160万円～）〔健保：標準報酬月額83万円以上／国保：課税所得690万円以上〕	－	252,600円＋（医療費－842,000円）×1％ 〈140,100円〉
	Ⅱ	（約770万円～約1,160万円）〔健保：標準報酬月額53～79万円／国保：課税所得380万円以上〕	－	167,400円＋（医療費－558,000円）×1％ 〈93,000円〉
	Ⅰ	（約370万円～約770万円）〔健保：標準報酬月額28～50万円／国保：課税所得145万円以上〕	－	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈44,400円〉
一般	（約156万～約370万円）〔健保：標準報酬月額26万円以下／国保：課税所得145万円未満〕 ^{注4}		18,000円 【年間上限 14.4万円】	57,600円 〈44,400円〉
得低者所	市町村民税非課税 ^{注2}		8,000円	24,600円
	年金収入80万円以下など			15,000円

注1 多数回該当の場合＝同一世帯、当該月以前12か月に高額療養費の支給月が3月以上ある場合の4月以降の限度額

注2 健保では被保険者が市町村民税非課税の場合、国保では世帯主と世帯の被保険者全員が市町村民税非課税の場合などが該当

注3 後期高齢者医療も同様

注4 収入額によっては現役並み所得者にならない場合がある（この場合は被保険者が保険者に届出を行う）

＊ 令和4年10月1日から、後期高齢者で2割負担となる場合の時間的な配慮措置あり（令和7年9月30日まで、1月の外来の負担増加額を3,000円までに抑制）

(3)高額長期疾病患者

対象者	自己負担限度額
①人工腎臓（透析）を実施している慢性腎不全の患者	10,000円／月 70歳未満・所得区分「ア・イ」の①の患者は20,000円／月
②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は第Ⅸ因子障害の患者	
③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の患者（HIV感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている者に限る）	

4 高額介護合算療養費（年間の負担上限額）

所得区分		70歳以上	70歳未満	○医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。 注1 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円
現役並み所得者	Ⅲ	212万円	212万円	
	Ⅱ	141万円	141万円	
	Ⅰ	67万円	67万円	
一般		56万円	60万円	
低所得者	市町村民税非課税	31万円	34万円	
		所得が一定以下		

医科診療報酬 点数早見表

【共通】診療報酬点数表の告示内容に基づき、表中に表示している略称は次のとおりです。

- 診

診療所のみ算定
- 外

外来のみ算定
- 入

入院のみ算定
- 施

施設基準届出医療機関において算定
- 基

施設基準を満たす医療機関において算定
- 屈

「施」、「基」以外で届出医療機関において算定

1 初診料

A000 初診料						
	時間内	時間外	休 日	深 夜	時間外特例	同一日2科目
一 般	288	(+85) 373	(+250) 538	(+480) 768	(+230) 518	144
6歳未満	(+75) 363	(+200) 488	(+365) 653	(+695) 983	(+345) 633	
情報通信機器を用いた初診 施			251 (同一日2科目125)			
紹介状非持参患者の初診料 *1			214 / 情報通信機器186 (同一日2科目107 / 情報通信機器93)			
特定妥結率初診料 基 (許可病床200床以上)			214 / 情報通信機器186 (同一日2科目107 / 情報通信機器93)			
注9 夜間・早朝等加算 基 診			+50			
注10 機能強化加算 施 (許可病床200床未満又は診療所)			+80			
注11 外来感染対策向上加算 施 診			+6 (月1回)			
注12 連携強化加算 施 診			+3 (月1回)			
注13 サーベイランス強化加算 施 診			+1 (月1回)			
注14 電子的保健医療情報活用加算 基			+7 (診療情報等の取得困難等は+3) (月1回)			

- *1 下記のa又はbの保険医療機関において、他の保険医療機関からの文書による紹介がなく初診を行った場合に算定する(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く)。
- a. 特定機能病院、一般病床数200床以上の地域医療支援病院及び一般病床数200床以上の紹介受診重点医療機関であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの
- b. 許可病床数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関及び一般病床数が200床未満の病院を除く)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの

2 再診料（一般病床数200床未満の病院，診療所）

A001 再診料							
(病院・診療所共通)		所定点数*1	時間外加算	休日加算	深夜加算	時間外特例	同一日2科目
一 般		73	+65	+190	+420	+180	37
6歳未満	時間内	(+38) 111	－	－	－	－	
	時間外等*2	73	+135	+260	+590	+250	
特定妥結率再診料 基 (許可病床200床以上)			54 (同一日2科目27)				
注7 夜間・早朝等加算 基 診			+50	注15 外来感染対策向上加算 施 診			+6 (月1回)
注8 外来管理加算			+52	注16 連携強化加算 施 診			+3 (月1回)
注10 時間外対応加算 施 診	1	+5	注17 サーベイランス強化加算 施 診			+1 (月1回)	
	2	+3	注18 電子的保健医療情報活用加算 基			+4 (月1回)	
	3	+1					
注11 明細書発行体制等加算 基 診			+1				
注12 地域包括診療加算 施 診	1	+25				注14 薬剤適正使用連携加算 +30 (退院(所)月から2月目までに1回限り)	
	2	+18					
注13 認知症地域包括診療加算 基 診	1	+35					
	2	+28					

- *1 届出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。
- *2 時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例保険医療機関の場合の加算、小児科(小児外科を含む)標榜保険医療機関における夜間等の診療に係る特例について算定する場合。

3 外来診療料（一般病床数200床以上の病院）

A002 外来診療料							
		所定点数	時間外加算	休日加算	深夜加算	時間外特例	同一日2科目
一 般		74	+65	+190	+420	+180	37
6歳未満	時間内	(+38) 112	－	－	－	－	
	時間外等*1	74	+135	+260	+590	+250	
情報通信機器を用いた再診 施			73				
他医療機関へ文書紹介の申出を行っている患者*2				55 (同一日2科目27)			
特定妥結率外来診療料 基			55 (同一日2科目27)				
注10 電子的保健医療情報活用加算 基			+4 (月1回)				

- *1 時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例保険医療機関の場合の加算、小児科(小児外科を含む)標榜保険医療機関における夜間等の診療に係る特例について算定する場合。
- *2 下記のa又はbの保険医療機関において、他の病院(一般病床数200床未満に限る)又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず受診した場合に算定する(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く)。
- a. 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの
- b. 許可病床数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの

【特定妥結率初診料，特定妥結率再診料，特定妥結率外来診療料】

医療用医薬品の取引価格の妥結率*に関して厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る)において算定する。

- *当該保険医療機関において購入された、薬価基準収載医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したもの)に占める、卸売販売業者(医薬品医療機器等法に規定される卸売販売業者)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた、薬価基準収載医療用医薬品の薬価総額の割合をいう

【紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収した場合の控除について】(令和4年10月1日施行)

特定機能病院、一般病床数200床以上の地域医療支援病院及び一般病床数200床以上の紹介受診重点医療機関*1において、紹介状なしで受診した患者等から、厚生労働大臣が定める金額*2以上の支払いを求めた場合は、次の点数を控除した点数で算定する。

控除額 初診：初診に係る所定点数から200点 再診：再診に係る所定点数から50点

- *1 外来機能報告対象病院等であって、厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの
- *2 初診の場合 7,000円 再診の場合 3,000円

7 短期滞在手術等基本料

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 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947 ロ イ以外の場合 2,718	短期滞在手術等基本料2 （1泊2日の場合）は廃止
2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）下記の点数（（ ）内の点数は生活療養を受ける場合） D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3」1及び2以外の場合 「イ」安全精度管理下で行うもの 10,549 (10,475) D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3」1及び2以外の場合 「ロ」その他のもの 8,744 (8,670) D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3」1及び2以外の場合 「イ」安全精度管理下で行うもの 10,549 (10,475) D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3」1及び2以外の場合 「ロ」その他のもの 8,744 (8,670) D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT） 11,485 (11,411) D287 内分泌負荷試験「1」下垂体前葉負荷試験「イ」成長ホルモン（GH）（一連として） 8,312 (8,238) D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,040 (4,966) D413 前立腺針生検法「2」その他のもの 10,197 (10,123) K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572 (33,498) K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術「2」手，足（手に限る。） 16,224 (16,150) K046 骨折観血的手術「2」前腕，下腿，手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937 (32,863) K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術「3」前腕，下腿（前腕に限る。） 20,611 (20,537) K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術「4」鎖骨，膝蓋骨，手，足，指（手，足）その他（鎖骨に限る。） 21,057 (20,983) K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術「4」鎖骨，膝蓋骨，手，足，指（手，足）その他（手に限る。） 15,180 (15,106) K070 ガングリオン摘出術「1」手，足，指（手，足）（手に限る。） 13,878 (13,804) K093-2 関節鏡下手根管開放手術 17,621 (17,547) K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663 (35,589) K202 涙管チューブ挿入術「1」涙道内視鏡を用いるもの 11,312 (11,238) K217 眼瞼内反症手術「2」皮膚切開法 10,654 (10,580) K219 眼瞼下垂症手術「1」眼瞼挙筋前転法 18,016 (17,942) K219 眼瞼下垂症手術「3」その他のもの 16,347 (16,273) K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの） 9,431 (9,357) K242 斜視手術「2」後転法 18,326 (18,252) K242 斜視手術「3」前転法及び後転法の併施 22,496 (22,422) 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。） 20,426 (20,352) K268 緑内障手術「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155 (37,081) 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） 17,888 (17,814) 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） 32,130 (32,056) K282 水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059 (14,985) K282 水晶体再建術「2」眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312 (25,238) K318 鼓膜形成手術 30,571 (30,497) K333 鼻骨骨折整復固定術 18,809 (18,735) K389 喉頭・声帯ポリープ切除術「2」直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312 (26,238) K474 乳腺腫瘍摘出術「1」長径5センチメートル未満 17,302 (17,228)	K474 乳腺腫瘍摘出術「2」長径5センチメートル以上 25,366 (25,292) K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術「1」初回 28,842 (28,768) K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術「2」1の実施後3月以内に実施する場合 28,884 (28,810) K617 下肢静脈瘤手術「1」抜去切除術 19,798 (19,724) K617 下肢静脈瘤手術「2」硬化療法（一連として） 9,149 (9,075) K617 下肢静脈瘤手術「3」高位結紮術 9,494 (9,420) K617-2 大伏在静脈抜去術 23,090 (23,016) K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130 (20,056) K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252 (22,178) K633 ヘルニア手術「5」鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。） 33,785 (33,711) K633 ヘルニア手術「5」鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。） 24,296 (24,222) K633 ヘルニア手術「5」鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。） 21,275 (21,201) K633 ヘルニア手術「5」鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648 (23,574) K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。） 70,492 (70,418) K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。） 53,309 (53,235) K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 41,081 (41,007) K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934 (48,860) K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「1」長径2センチメートル未満 12,560 (12,486) K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「2」長径2センチメートル以上 16,258 (16,184) K743 痔核手術（脱肛を含む。）「2」硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,604 (10,530) K747 肛門良性腫瘍，肛門ポリープ，肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,792 (10,718) K747 肛門良性腫瘍，肛門ポリープ，肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 8,415 (8,341) K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,894 (25,820) K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 24,703 (24,629) K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870 (23,796) K867 子宮頸部（腔部）切除術 14,607 (14,533) K872-3 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「1」電解質溶液利用のもの 21,709 (21,635) K872-3 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「2」その他のもの 18,652 (18,578) K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術「1」電解質溶液利用のもの 35,191 (35,117) K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術「2」その他のもの 33,460 (33,386) K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 109,045 (108,971) M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496 (58,422)

8 医学管理等

通則3 外来感染対策向上加算 施診外+6（月1回），通則4 連携強化加算 施+3（月1回），通則5 サーベイランス強化加算 施+1（月1回）

医学管理料等（特定地域）＝厚生労働大臣が定める地域

区分番号	項目名	点数	備考
B000	特定疾患療養管理料	診療所 225 病院 100床未満 147 100～200床未満 87	月2回 厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者
	注5 情報通信機器を用いた場合	診療所 196 病院 100床未満 128 100～200床未満 76	
	1 ウイルス疾患指導料	1 240 2 330	
		注3 情報通信機器を用いた場合 施 1 209 2 287	
	2 特定薬剤治療管理料	イ 特定薬剤治療管理料1 470 ロ 特定薬剤治療管理料2 100	
3 悪性腫瘍特異物質治療管理料	イ 尿中BTA ロ その他1項目 その他2項目以上	220 360 400	月1回 月1回 注3 初回加算+150
4 小児特定疾患カウンセリング料	イ 医師 外	(1) 月の1回目 500 (2) 月の2回目 400	月2回（2年限度） 小児科・心療内科標榜
		ロ 公認心理師 200	
5 小児科療養指導料	注6 情報通信機器を用いた場合	外 270 施 235	月1回，15歳未満 小児科標榜 注5 人工呼吸器導入時相談支援加算+500（文書提供月から1月限度で1回限り）
6 てんかん指導料	注6 情報通信機器を用いた場合	外 250 施 218	月1回 小児科・神経科・神経内科・精神科・脳神経外科・心療内科標榜
7 難病外来指導管理料	注6 情報通信機器を用いた場合	外 270 施 235	月1回，厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者 注5 人工呼吸器導入時相談支援加算+500（文書提供月から1月限度で1回限り）
8 皮膚科特定疾患指導管理料	外	(I) 250 (II) 100	月1回 皮膚科・皮膚泌尿器科標榜
	注4 情報通信機器を用いた場合	(I) 218 (II) 87	
9 外来栄養食事指導料	1 外	(1) 初回 ① 対面 260 ② 情報通信機器等 235 (2) 2回目以降 ① 対面 200 ② 情報通信機器等 180	月1回（初回月は2回） 当院の管理栄養士 注3 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する専門管理栄養士の指導 施 260（月1回）
		(1) 初回 ① 対面 250 ② 情報通信機器等 225 (2) 2回目以降 ① 対面 190 ② 情報通信機器等 170	
	2 診	(1) 初回 ① 対面 260 (2) 2回目 200 (1) 初回 250 (2) 2回目 190	
	入	(1) 初回 260 (2) 2回目 200 (1) 初回 250 (2) 2回目 190	週1回，入院中2回（「2」は当院以外の管理栄養士） 注3 栄養情報提供加算+50（入院中1回）（厚生労働大臣が定める患者）
11 集団栄養食事指導料			月1回

付 調剤報酬 点数早見表

区分番号	項 目 名 称	点 数	備 考
調剤技術料			
00	調剤基本料 (処方箋の受付 1 回につき)		
	1 調剤基本料 1 施	42	※ 1 厚生労働大臣の定める医療資源が少ない等の地域は調剤基本料 1 を算定
	2 調剤基本料 2 施	26	※ 2 複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、受付が 2 回目以降は100分の80で算定
	3 調剤基本料 3 施 イ ロ ハ	21 16 32	※ 3 ①妥結率 5 割以下等又は②かかりつけ薬局の基本的機能に係る業務を 1 年未実施の場合 (処方箋受付回数 600 回以下／月を除く) は100分の50で算定
	注 2 特別調剤基本料	7	
	注 5 ※ 5		
	イ 地域支援体制加算 1 施	39	※ 4 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い場合 (処方箋受付回数 600 回以下／月を除く) は 5 点を減算
	ロ 地域支援体制加算 2 施	47	
	ハ 地域支援体制加算 3 施	17	
	ニ 地域支援体制加算 4 施	39	
	注 6 連携強化加算 施 (注 5 に該当する場合に限る)	2	
	注 7 ※ 5		
	イ 後発医薬品調剤体制加算 1 施	21	※ 5 特別調剤基本料を算定する場合は100分の80で算定
	ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 施	28	
	ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 施	30	
01	注 9 長期投薬分割調剤 (2 回目以降、 1 分割調剤につき) ※ 6	5	※ 6 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い場合 (処方箋受付回数 600 回以下／月を除く) は 5 点を減算
	注 10 後発医薬品に係る分割調剤 (2 回目以降のうちの 2 回目に限る)		
	注 11 医師の指示に伴う分割調剤を実施した場合 (注 9 ・注 10 の場合を除く) ※ 8	5	※ 7 特別調剤基本料を算定する場合は100分の80で算定
	薬剤調製料		
	1 内服薬 (浸煎薬及び湯薬を除く (1 剤につき))	24	※ 4 剤以上は 3 剤として算定
	注 2 嚥下困難者用製剤加算	80	※ 自家製剤加算は併算定不可
	2 屯 服 薬	21	※ 剤数にかかわらず所定点数を算定
	3 浸煎薬 (1 調剤につき)	190	※ 4 調剤以上は 3 調剤として算定
	4 湯薬 (1 調剤につき)		※ 4 調剤以上は 3 調剤として算定
	イ 7 日分以下の場合	190	
	ロ 8 日分以上 28 日分以下の場合	10	
	(1) 7 日目以下の部分	190	
	(2) 8 日目以上の部分 (1 日分につき)	10	
	ハ 29 日分以上の場合	400	
	5 注 射 薬	26	※ 調剤数にかかわらず所定点数を算定
	6 外用薬 (1 調剤につき)	10	※ 4 調剤以上は 3 調剤として算定
	注 1 内服用滴剤 (1 調剤につき)	10	
	注 2 注射薬の無菌製剤処理加算 (1 日につき) 施		※ 6 歳未満の場合は下記の点数
	中心静脈栄養法用輸液無菌製剤処理加算	69	137
	抗悪性腫瘍剤無菌製剤処理加算	79	147
	麻薬無菌製剤処理加算	69	137
	注 3 麻薬加算 (1 調剤につき)	70	
	向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算 (1 調剤につき)	8	
	注 4 時間外加算	100/100	※ 加算点数の基礎額
	時間外特例加算	100/100	各種加減算適用後の調剤基本料、薬剤調製料、無菌製剤処理加算、在宅患者調剤加算
	休日加算	140/100	
	深夜加算	200/100	
	注 5 開局時間内の夜間・休日等加算 (処方箋受付 1 回につき)	40	
	注 6 自家製剤加算 (1 調剤につき・イ(1)は投与日数 7 日又はその端数を増すごとに)		※ 予製剤又は分割した錠剤の場合は、所定点数の100分の20に相当する点数
	イ 内服薬及び屯服薬		※ 重複算定不可
	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬	20	薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤は、当該加算は算定不可
	(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の屯服薬	90	
	(3) 液 剤	45	
	ロ 外 用 薬		
	(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤	90	
	(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤	75	
	(3) 液 剤	45	
	注 7 計量混合調剤加算 (1 調剤につき)		※ 予製剤による場合は、所定点数の100分の20に相当する点数
	(1) 液剤の場合	35	
	(2) 散剤又は顆粒剤の場合	45	※ 自家製剤加算を算定した場合、当該加算は算定不可
	(3) 軟・硬膏剤の場合	80	
	注 8 在宅患者調剤加算 施 (処方箋受付 1 回につき)	15	

区分番号	項 目 名 称	点 数	備 考
薬学管理料			
10の2	調剤管理料		
	1 内服薬 (内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く) を調剤した場合 (1 剤につき)		※ 4 剤以上は 3 剤として算定
	イ 7 日分以下	4	
	ロ 8 日分以上 14 日分以下	28	
	ハ 15 日分以上 28 日分以下	50	
	ニ 29 日分以上	60	
	2 1 以外の場合	4	
	注 3 重複投薬・相互作用等防止加算		
	イ 残薬調整に係るもの以外	40	※ 処方に変更が行われた場合。15、15の2及び15の3と併算定不可
	ロ 残薬調整に係るもの	30	
	注 4 調剤管理加算		
	イ 初めて処方箋を持参	3	
	ロ 2 回目以降で処方内容変更による薬剤の変更・追加	3	※ 月 1 回に限り算定
	注 5 電子的保健医療情報活用加算 施	3	※ 令和 6 年 3 月 31 日まで、3 月に 1 回に限り算定
	薬剤情報等の取得が困難な場合等の加算	1	
10の3	服薬管理指導料		
	1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者	45	※ 手帳非提示患者は、1 の場合は 2 により算定、4 のイの場合は 4 のロにより算定
	2 1 以外の患者	59	
	3 特別養護老人ホームに入所している患者 (訪問)	45	※ 交通費患者負担 (特別養護老人ホーム入所の患者)
	4 情報通信機器を用いた服薬指導		
	イ 原則 3 月以内に再度処方箋を提出した患者	45	
	ロ イ以外の患者	59	
	注 13 服薬管理指導料の特例	13	※ 手帳の活用実績が相当程度認められない場合
	注 14 服薬管理指導料の特例	59	※ かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合
	注 4 麻薬管理指導加算	22	
	注 5 特定薬剤管理指導加算 1 (ハイリスク薬)	10	
	注 6 特定薬剤管理指導加算 2 施 (抗悪性腫瘍剤)	100	※ 月 1 回に限り算定
	注 7 乳幼児服薬指導加算 (6 歳未満)	12	
	注 8 小児特定加算	350	
	注 9 吸入薬指導加算	30	※ 3 月に 1 回に限り算定
	注 10 調剤後薬剤管理指導加算 施	60	※ 月 1 回に限り算定
	13の2 かかりつけ薬剤師指導料 施	76	※ 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1 ・2、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算→「10の3」と同様
	13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 施	291	※ 次のもの以外は包括 ①時間外等加算、夜間・休日等加算 ②在宅医療に係る点数及び経管投薬支援料 ③薬剤料 ④特定保険医療材料料
	14の2 外来服薬支援料		
	1 外来服薬支援料 1	185	※ 1 は、服薬管理をした場合に月 1 回に限り算定。2 は、2 剤以上の内服薬又は 3 種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な指導を行い服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定
	2 外来服薬支援料 2	34	
	イ 42 日分以下の場合 (投与日数 7 日又はその端数を増すごとに)		
	ロ 43 日分以上の場合	240	
	14の3 服用薬剤調整支援料		
	1 服用薬剤調整支援料 1	125	※ 6 種類以上の内服薬 (一部除く) の処方について、1 は、保険薬剤師の提案により 2 種類以上減少した場合に月 1 回に限り算定。2 は、処方医に文書で重複投薬解消を提案した場合に 3 月に 1 回に限り算定
	2 服用薬剤調整支援料 2	110	
	イ 施設基準を満たす場合 施	90	
	ロ イ以外の場合		
	15 在宅患者訪問薬剤管理指導料 施		
	1 単一建物診療患者が 1 人の場合	650	※ 患者 1 人につき、1 ～ 3 まで並びに注 2 の指導料を合わせて月 4 回 (末期の悪性腫瘍及び中心静脈栄養法の患者は週 2 回かつ月 8 回) に限り、また保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定
	2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	320	※ 交通費患者負担
	3 1 及び 2 以外の場合	290	※ 保険薬局と患者との距離が 16km を超える場合は、特殊の事情の場合を除き算定不可
	注 2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料	59	
	注 3 麻薬管理指導加算 (1 回につき)	100	
	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合	22	
	注 4 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 (1 回につき) 施	250	
	注 5 乳幼児加算 (1 回につき)	100	
	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合	12	
	注 6 小児特定加算 (1 回につき)	450	
	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合	350	
	注 7 在宅中心静脈栄養法加算 (1 回につき) 施	150	

■凡例（点数表のみかた）

各頁の**左欄**には、「診療報酬の算定方法」（点数表告示）による点数表をそのままの順番で掲載しています。

各頁の**右欄**には、左欄の点数表に対応した算定に関する留意事項等について適宜掲載しています。

A231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

- 30日以内 200点
- 31日以上60日以内 100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入院している患者

算定の際に重要となるキーワードを色文字で強調しています。

ものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

D003 糞便検査

- 虫卵検出（集卵法）（糞便）、ウロビリソ（糞便） 15点
- 糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。） 20点
- 虫体検出（糞便） 23点
- 糞便中脂質 25点
- 糞便中ヘモグロビン定性 37点

- 虫卵培養（糞便） 40点
- 糞便中ヘモグロビン▲ 41点

- 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量 56点
- カルプロテクチン（糞便） 270点

D007 血液化学検査

- 総ビリルビン▲、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白▲、アルブミン（BCP改良法・BCG法）▲、尿素窒素▲、クレアチニン▲、尿酸▲、アルカリホスファターゼ（ALP）▲、コリンエステラーゼ（ChE）▲、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）▲、中性脂肪▲、ナトリウム及びクロール▲、カリウム▲、カルシウム▲、マグネシウム、クレアチン、グルコース▲、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）▲、アミラーゼ、ロイシニンアミノペプチダー

◇ 摂食障害入院医療管理加算について

- 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。

- 算定する者について、留意事項等とは別に定められている規定の内容については、右欄で青網をかけて示しています。

- 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

◆ 摂食障害入院医療管理加算の対象患者

重度の摂食障害により著しい体重の減少が認められる患者

- 糞便中の細菌、原虫検査は、D017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。

区分全体に係る留意事項等はその区分の頭に、区分中の各項目のみに係る留意事項等はその項目の横に『◇』等を付けて掲載。例えば上の『◇』は区分全体、下の『◇』は「7」のみに係る留意事項等となります。

- ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、糞便中ヘモグロビン定性により算定する。

- ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、糞便中ヘモグロビンにより算定する。

左欄で『▲』が附された項目は、外来迅速検体検査加算の対象となる検査項目です。

- クレアチニンについて、ヤッフェ法を用いて実施した場合は算定できない。

- ナトリウム及びクロールは、いずれか一方のみを測定した場合、測定した方のみを算定する。

- カルシウム及び本区分「7」の項目は、いずれか一方のみを測定した場合は、測定した方のみを算定する。

- 総鉄結合能（TIBC）（比色法）を同時に実施した場合は、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）又は総鉄結合能（TIBC）（比色法）の所定点数を算定する。

◆ 経過措置（アルブミン（BCG法））→第4章 経過措置参照。

右欄の『◆』で示されているものは、告示の通則等で定められた規定や経過措置について表示したものです。（ここでは経過措置）

18 コレステロール分画

57点

※ 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、本区分「18」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、本区分「13」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれも算定しない。

右欄の項目の頭に『※』があるものは、対応する左欄の項目の点数を準用するものです。

26 リポ蛋白（a）

107点

27 ヘパリン、エタノール

108点

- リポ蛋白（a）は、3月に1回を限度として算定できる。
- ヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合においては、算定は1回とし、1回目の測定結果を算定する。

28 KL-6

111点

- KL-6は、3月に1回を限度として算定できる。
- 検査項目自体に破線（下線）が附してあるものは、その検査項目のみの点数が変更となった場合です。下線が附してあるものは追加・変更があった場合です。

点数の変更

63 血管内皮増殖因子（VEGF）

460点

- 血管内皮増殖因子（VEGF）は、クロウ・深瀬症候群（POEMS症候群）の診断又は診断後の経過観察の目的として、ELISA法により測定した場合に、月1回を限度として算定できる。

D217 骨塩定量検査

1 DEXA法による腰椎撮影

360点

- 注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。

2 REMS法（腰椎）

140点

- 注 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

3 MD法、SEX A法等

140点

4 超音波法

80点

- 注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき1回を限度として算定する。

注に規定する点数や加算名等を太字で強調しています。

◇ 骨塩定量検査について

- 骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4月に1回を限度とする。
- 「1」の「注」はDEXA法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。
- 「2」のREMS法（腰椎）は、REMS法（Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry）による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合に算定する。
- 「2」の「注」は、REMS法により腰椎及び大腿骨の骨塩定量検査を同一日に行った場合にのみ算定できる。
- 「3」の「MD法、SEX A法等」の方法には、DEXA法（dual Energy X-ray Absorptiometry）単一光子吸収法（SPA：Single Photon Absorptiometry）二光子吸収法（DIP法（Digital Photon Absorptiometry））による骨塩定量装置による測定及びpQCT（peripheral Quantitative Computed Tomography）による測定が算定される。

令和4年度改定で追加・変更となった部分には下線を附しています。（削除となったものについては表示していません。）

K654-3 腹腔鏡下胃局所切除術

◆ 施設基準設定手術→通則5

→K931超音波凝固切開装置等加算対象

→K936自動縫合器加算対象（3個限度）

◇ 腹腔鏡下胃局所切除術について

- 「1」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

- 「1」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定しない。

1 内視鏡処置を併施するもの

28,500点

2 その他のもの

20,400点

右欄の『◆』で示されているものは、告示の通則等で定められた規定や経過措置について表示したものです。（ここでは通則の規定）

右欄の『→』で示されているものは、告示等による加算の対象となることを示したもので、その加算名と区分番号を明示しています。

医科診療報酬点数表 目次

第1章 基本診療料	35	第4節 薬 剤 料	509
第1部 初・再診療	35	第5節 特定保険医療材料料	509
通 則	35	第5部 投 薬	511
第1節 初 診 料	36	通 則	511
第2節 再 診 料	44	第1節 調 剤 料	512
第2部 入院料等	54	第2節 処 方 料	512
通 則	54	第3節 薬 剤 料	518
第1節 入院基本料	67	第4節 特定保険医療材料料	520
第2節 入院基本料等加算	101	第5節 処方箋料	520
第3節 特定入院料	147	第6節 調剤技術基本料	523
第4節 短期滞在手術等基本料	194	第6部 注 射	524
第2章 特掲診療料	212	第7部 リハビリテーション	534
第1部 医学管理等	212	第8部 精神科専門療法	564
通 則	212	第9部 処 置	597
第1節 医学管理料等	213	通 則	597
第2節 プログラム医療機器等医学管理加算	295	第1節 処 置 料	599
第3節 特定保険医療材料料	296	第2節 処置医療機器等加算	640
第2部 在宅医療	297	第3節 薬 剤 料	644
通 則	297	第4節 特定保険医療材料料	644
第1節 在宅患者診療・指導料	298	第10部 手 術	645
第2節 在宅療養指導管理料	345	通 則	645
第3節 薬 剤 料	372	第1節 手 術 料	656
第4節 特定保険医療材料料	373	第2節 輸 血 料	787
第3部 検 査	374	第3節 手術医療機器等加算	791
通 則	374	第4節 薬 剤 料	797
第1節 検体検査料	378	第5節 特定保険医療材料料	797
第2節 削除		第11部 麻 酔	798
第3節 生体検査料	444	第12部 放射線治療	809
第4節 診断穿刺・検体採取料	486	第13部 病理診断	819
第5節 薬 剤 料	490	通 則	819
第6節 特定保険医療材料料	491	第1節 病理標本作製料	820
第4部 画像診断	492	第2節 病理診断・判断料	823
通 則	492	第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料	825
第1節 エックス線診断料	494	第4章 経過措置	832
第2節 核医学診断料	499		
第3節 コンピューター断層撮影診断料	504		

区分番号 詳細目次

令和4年4月改定により追加となった項目には【新】を、名称変更となった項目には【変】を付しています。

A 第1章 基本診療料		
第1部 初・再診療		
第1節 初 診 料		
A000	初診料	36
第2節 再 診 料		
A001	再診料	44
A002	外来診療料	51
第2部 入院料等		
第1節 入院基本料		
A100	一般病棟入院基本料	67
A101	療養病棟入院基本料	71
A102	結核病棟入院基本料	77
A103	精神病棟入院基本料	80
A104	特定機能病院入院基本料	83
A105	専門病院入院基本料	87
A106	障害者施設等入院基本料	90
A108	有床診療所入院基本料	95
A109	有床診療所療養病床入院基本料	98
第2節 入院基本料等加算		
A200	総合入院体制加算	101
A200-1	急性期充実体制加算【新】	102
A204	地域医療支援病院入院診療加算	102
A204-1	臨床研修病院入院診療加算	102
A204-3	紹介受診重点医療機関入院診療加算【新】	103
A205	救急医療管理加算	103
A205-1	超急性期脳卒中加算	104
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	105
A206	在宅患者緊急入院診療加算	106
A207	診療録管理体制加算	107
A207-1	医師事務作業補助体制加算	107
A207-3	急性期看護補助体制加算	108
A207-4	看護職員夜間配置加算	108
A208	乳幼児加算・幼児加算	109
A210	難病等特別入院診療加算	109
A211	特殊疾患入院施設管理加算	110
A212	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	110
A213	看護配置加算	112
A214	看護補助加算	112
A218	地域加算	113
A218-1	離島加算	113
A219	療養環境加算	114
A220	HⅠⅤ感染者療養環境特別加算	114
A220-1	二類感染症患者療養環境特別加算	114
A221	重症者等療養環境特別加算	114
A221-1	小児療養環境特別加算	115
A222	療養病棟療養環境加算	115
A222-1	療養病棟療養環境改善加算	115
A223	診療所療養病床療養環境加算	115
A223-1	診療所療養病床療養環境改善加算	116
A224	無菌治療室管理加算	116
A225	放射線治療病室管理加算	116
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	117

A226-2	緩和ケア診療加算	117
A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算	118
A227	精神科措置入院診療加算	118
A227-2	精神科措置入院退院支援加算	118
A228	精神科応急入院施設管理加算	119
A229	精神科隔離室管理加算	119
A230	精神病棟入院時医学管理加算	120
A230-2	精神科地域移行実施加算	120
A230-3	精神科身体合併症管理加算	120
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	121
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	122
A231-3	依存症入院医療管理加算【変】	122
A231-4	摂食障害入院医療管理加算	123
A232	がん拠点病院加算	123
A233-2	栄養サポートチーム加算	124
A234	医療安全対策加算	125
A234-2	感染対策向上加算【変】	126
A234-3	患者サポート体制充実加算	127
A234-4	重症患者初期支援充実加算【新】	127
A234-5	報告書管理体制加算【新】	128
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	128
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	129
A237	ハイリスク分娩等管理加算【変】	130
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	132
A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	132
A242	呼吸ケアチーム加算	133
A242-2	術後疼痛管理チーム加算【新】	133
A243	後発医薬品使用体制加算	134
A244	病棟薬剤業務実施加算	134
A245	データ提出加算	135
A246	入退院支援加算	136
A247	認知症ケア加算	140
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	142
A248	精神疾患診療体制加算	143
A249	精神科急性期医師配置加算	143
A250	薬剤総合評価調整加算	144
A251	排尿自立支援加算	146
A252	地域医療体制確保加算	147
第3節 特定入院料		
A300	救命救急入院料	148
A301	特定集中治療室管理料	151
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	153
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	155
A301-4	小児特定集中治療室管理料	156
A302	新生児特定集中治療室管理料	157
A303	総合周産期特定集中治療室管理料	158
A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	160
A305	一類感染症患者入院医療管理料	161
A306	特殊疾患入院医療管理料	161
A307	小児入院医療管理料	162
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	165
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	170
A309	特殊疾患病棟入院料	175

A310	緩和ケア病棟入院料	176
A311	精神科救急急性期医療入院料【変】	177
A311-1	精神科急性期治療病棟入院料	181
A311-3	精神科救急・合併症入院料	183
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	185
A312	精神療養病棟入院料	185
A314	認知症治療病棟入院料	187
A317	特定一般病棟入院料	188
A318	地域移行機能強化病棟入院料	190
A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料【新】	192
第4節 短期滞在手術等基本料		
A400	短期滞在手術等基本料	194
第2章 特掲診療料		
B 第1部 医学管理等		
第1節 医学管理料等		
B000	特定疾患療養管理料	213
B001	特定疾患治療管理料	215
B001・1	ウイルス疾患指導料	215
B001・2	特定薬剤治療管理料	215
B001・3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	218
B001・4	小児特定疾患カウンセリング料	220
B001・5	小児科療養指導料	221
B001・6	てんかん指導料	222
B001・7	難病外来指導管理料	223
B001・8	皮膚科特定疾患指導管理料	223
B001・9	外来栄養食事指導料	224
B001・10	入院栄養食事指導料	227
B001・11	集団栄養食事指導料	228
B001・12	心臓ペースメーカー指導管理料	228
B001・13	在宅療養指導料	229
B001・14	高度難聴指導管理料	230
B001・15	慢性維持透析患者外来医学管理料	230
B001・16	喘息治療管理料	231
B001・17	慢性疼痛疾患管理料	233
B001・18	小児悪性腫瘍患者指導管理料	233
B001・20	糖尿病合併症管理料	234
B001・21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	234
B001・22	がん性疼痛緩和と指導管理料	234
B001・23	がん患者指導管理料	235
B001・24	外来緩和ケア管理料	237
B001・25	移植後患者指導管理料	238
B001・26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	238
B001・27	糖尿病透析予防指導管理料	238
B001・28	小児運動器疾患指導管理料	240
B001・29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	240
B001・30	婦人科特定疾患治療管理料	240
B001・31	腎代替療法指導管理料	241
B001・32	一般不妊治療管理料【新】	241
B001・33	生殖補助医療管理料【新】	242
B001・34	二次性骨折予防継続管理料【新】	243
B001・35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料【新】	244
B001・36	下肢創傷処置管理料【新】	244
B001-1	小児科外来診療料	244
B001-2-1	地域連携小児夜間・休日診療料	245
B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料	246

B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	246
B001-2-5	院内トリアージ実施料	247
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	247
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	247
B001-2-8	外来放射線照射診療料	248
B001-2-9	地域包括診療料	248
B001-2-10	認知症地域包括診療料	250
B001-2-11	小児かかりつけ診療料	252
B001-2-12	外来腫瘍化学療法治療料【新】	253
B001-3	生活習慣病管理料	254
B001-3-2	ニコチン依存症管理料	256
B001-4	手術前医学管理料	257
B001-5	手術後医学管理料	259
B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料	261
B001-7	リンパ浮腫指導管理料	261
B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料	262
B001-9	療養・就労両立支援指導料	262
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	263
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	264
B004	退院時共同指導料1	264
B005	退院時共同指導料2	265
B005-1-2	介護支援等連携指導料	266
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料	268
B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	268
B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	268
B005-6	がん治療連携計画策定料	269
B005-6-2	がん治療連携指導料	270
B005-6-3	がん治療連携管理料	271
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	271
B005-7	認知症専門診断管理料	272
B005-7-2	認知症療養指導料	273
B005-7-3	認知症サポート指導料	274
B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料	274
B005-9	外来排尿自立指導料	274
B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	275
B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2	276
B005-11	遠隔連携診療料	277
B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）【新】	277
B005-13	こころの連携指導料（Ⅱ）【新】	278
B006	救急救命管理料	278
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	278
B007	退院前訪問指導料	279
B007-2	退院後訪問指導料	279
B008	薬剤管理指導料	280
B008-2	薬剤総合評価調整管理料	281
B009	診療情報提供料（Ⅰ）	282
B009-2	電子的診療情報評価料	287
B010	診療情報提供料（Ⅱ）	287
B010-2	診療情報連携共有料	287
B011	連携強化診療情報提供料【変】	288
B011-3	薬剤情報提供料	290
B011-4	医療機器安全管理料	290
B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料【新】	291
B012	傷病手当金意見書交付料	291
B013	療養費同意書交付料	291
B014	退院時薬剤情報管理指導料	292
B015	精神科退院時共同指導料	293
第2節 プログラム医療機器等医学管理加算		

B100	禁煙治療補助システム指導管理加算【新】	295
第3節 特定保険医療材料料		
B200	特定保険医療材料【新】	296
C	第2部 在宅医療	
第1節 在宅患者診療・指導料		
C000	往診料	299
C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	302
C001-1	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	306
C002	在宅時医学総合管理料	307
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	312
C003	在宅がん医療総合診療料	317
C004	救急搬送診療料	319
C005	在宅患者訪問看護・指導料	320
C005-1-2	同一建物居住者訪問看護・指導料	325
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	332
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	333
C007	訪問看護指示料	334
C007-2	介護職員等略称吸引等指示料	336
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	337
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	339
C010	在宅患者連携指導料	340
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	341
C012	在宅患者共同診療料	342
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	343
C014	外来在宅共同指導料【新】	344
第2節 在宅療養指導管理料		
第1款 在宅療養指導管理料		
C100	退院前在宅療養指導管理料	347
C101	在宅自己注射指導管理料	347
C101-1	在宅小児低血糖症患者指導管理料	351
C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	351
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	351
C102-2	在宅血液透析指導管理料	352
C103	在宅酸素療法指導管理料	352
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	354
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	354
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	354
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	354
C106	在宅自己導尿指導管理料	355
C107	在宅人工呼吸指導管理料	355
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	356
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料【新】	357
C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	358
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	358
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	359
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	360
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	360
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	360
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	361
C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料【新】	361
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	361
C112	在宅気管切開患者指導管理料	361
C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料【新】	361
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	362
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	362
C117	在宅経腸投薬指導管理料	362

C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	362
C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	362
C120	在宅中耳加圧療法指導管理料	363
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料【新】	363
第2款 在宅療養指導管理材料加算		
C150	血糖自己測定器加算	364
C151	注入器加算	365
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	365
C152-2	持続血糖測定器加算	365
C152-3	経腸投薬用ポンプ加算	366
C153	注入器用注射針加算	367
C154	紫外線殺菌器加算	367
C155	自動腹膜灌流装置加算	367
C156	透析液供給装置加算	367
C157	酸素ボンベ加算	367
C158	酸素濃縮装置加算	367
C159	液化酸素装置加算	368
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	368
C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	368
C161	注入ポンプ加算	368
C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	368
C163	特殊カテーテル加算	369
C164	人工呼吸器加算	369
C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	369
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	370
C167	疼痛等管理用送信器加算	370
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	370
C168-2	携帯型精密ネブライザ加算【変】	370
C169	気管切開患者用人工鼻加算	370
C170	排痰補助装置加算	370
C171	在宅酸素療法材料加算	370
C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	371
C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算【新】	371
C172	在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	371
C173	横隔神経電気刺激装置加算	371
C174	在宅ハイフローセラピー装置加算【新】	371
C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算【新】	371
第3節 薬 剤 料		
C200	薬剤	372
第4節 特定保険医療材料料		
C300	特定保険医療材料	373
D	第3部 検 査	
第1節 検体検査料		
第1款 検体検査実施料		
（尿・糞便等検査）		
D000	尿中一般物質定性半定量検査	380
D001	尿中特殊物質定性定量検査	381
D002	尿沈渣（鏡検法）	382
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	382
D003	糞便検査	383
D004	穿刺液・採取液検査	383
D004-2	悪性腫瘍組織検査	384
（血液学的検査）		
D005	血液形態・機能検査	386
D006	出血・凝固検査	388
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	390
D006-3	BCR-ABL1【変】	390

D006-4	遺伝学的検査	390
D006-5	染色体検査（全ての費用を含む。）	392
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	393
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	393
D006-8	サイトケラチン19（KRT19）mRNA検出	393
D006-9	WT1 mRNA	393
D006-10	CCR4 タンパク（フローサイトメトリー法）	393
D006-11	FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査	393
D006-12	EGFR 遺伝子検査（血漿）	394
D006-13	骨髓微小残存病変量測定	394
D006-14	FLT3 遺伝子検査	394
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	394
D006-16	JAK2 遺伝子検査	395
D006-17	Nudix hydrolase 15(NUDT15)遺伝子多型	395
D006-18	BRCA1/2 遺伝子検査	395
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	396
D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	397
D006-21	血液粘弾性検査	397
D006-22	RAS 遺伝子検査（血漿）【新】	397
D006-23	遺伝子相同組換え修復欠損検査【新】	398
D006-24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査【新】	398
D006-25	CYP2C9 遺伝子多型【新】	398
D006-26	染色体構造変異解析【新】	398
D006-27	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）【新】	399
D006-28	Y染色体微小欠失検査【新】	400
（生化学的検査（Ⅰ））		
D007	血液化学検査	400
（生化学的検査（Ⅱ））		
D008	内分泌学的検査	406
D009	腫瘍マーカー	410
D010	特殊分析	413
（免疫学的検査）		
D011	免疫血液学的検査	414
D012	感染症免疫学的検査	415
D013	肝炎ウイルス関連検査	422
D014	自己抗体検査	423
D015	血漿蛋白免疫学的検査	427
D016	細胞機能検査	430
（微生物学的検査）		
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	430
D018	細菌培養同定検査	430
D019	細菌薬剤感受性検査	431
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	431
D020	抗酸菌分離培養検査	431
D021	抗酸菌同定	431
D022	抗酸菌薬剤感受性検査	431
D023	微生物核酸同定・定量検査	432
D023-2	その他の微生物学的検査	439
（基本的検体検査実施料）		
D025	基本的検体検査実施料	440
第2款 検体検査判断料		
D026	検体検査判断料	441
D027	基本的検体検査判断料	443
第2節 削除		

第3節 生体検査料		
（呼吸循環機能検査等）		
D200	スパイログラフィー等検査	445
D201	換気力学的検査	445
D202	肺内ガス分布	446
D203	肺胞機能検査	446
D204	基礎代謝測定	446
D205	呼吸機能検査等判断料	446
D206	心臓カテーテル法による諸検査	446
D207	体流量等測定	447
D208	心電図検査	447
D209	負荷心電図検査	448
D210	ホルター型心電図検査	448
D210-2	体表面心電図，心外膜興奮伝播図	448
D210-3	植込型心電図検査	448
D210-4	T波オルタナンス検査	449
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査，サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	449
D211-2	喘息運動負荷試験	449
D211-3	時間内歩行試験	449
D211-4	シャトルウォーキングテスト	450
D212	リアルタイム解析型心電図	450
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	450
D213	心音図検査	450
D214	脈波図，心機図，ポリグラフ検査	450
D214-2	エレクトロキモグラフ	451
（超音波検査等）		
D215	超音波検査（記録に要する費用を含む。）	451
D215-2	肝硬度測定	453
D215-3	超音波エラストグラフィー	453
D215-4	超音波減衰法検査【新】	453
D216	サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）	454
D216-2	残尿測定検査	454
D217	骨塩定量検査	454
（監視装置による諸検査）		
D218	分娩監視装置による諸検査	454
D219	ノンストレステスト	454
D220	呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコプ（ハートスコプ），カルジオタコスコープ	455
D221-2	筋肉コンパートメント内圧測定	456
D222	経皮的血液ガス分圧測定，血液ガス連続測定	456
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定	456
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	456
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	457
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定	457
D225	観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）	457
D225-2	非観血的連続血圧測定	457
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	457
D225-4	ヘッドアップティルト試験	457
D226	中心静脈圧測定	458
D227	頭蓋内圧持続測定	458
D228	深部体温計による深部体温測定	458
D229	前額部，胸部，手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察	458

3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）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。

第1節 初 診 料

区分

A000 初診料 288点

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、251点を算定する。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

◇ 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の「注5」及び「注6」に規定する加算並びに外来診療料の「注8」及び「注9」に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の「注5」及び「注6」に規定する加算並びに外来診療料の「注8」及び「注9」に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いる。

◇ 初診料について

(1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

(2) 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。

ア 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載する。

イ 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施する。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ウ 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行う。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておく。

(イ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

(ロ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医

療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

オ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(3) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。

(4) 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

(5) (4)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(6) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を外来で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

(7) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係（第2部入院料等「通則5」の「入院期間の計算について」の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱う。（第2章第1部医学管理等のB009診療情報提供料（I）の「診療情報提供料（I）について」の(5)～(7)を参照。）

ア B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

◇ 紹介状非持参患者の初診料について

(1) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診

2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第

4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「**一般病床**」という。))の数が200未満であるものを除く。))及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に**厚生労働大臣が定める患者**に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、**214点**(注1のただし書に規定する場合にあっては、**186点**)を算定する。

3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。))の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に**厚生労働大臣が定める患者**に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、**214点**(注1のただし書に規定する場合にあっては、**186点**)を算定する。

療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。))。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「紹介割合」という。))等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院(「医療法」第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。))及び同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。以下「紹介受診重点医療機関」という。))をいい、「注3」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。))をいう。紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。)とし、当該期間の紹介割合又は逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

紹介割合(%) = (紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100

逆紹介割合(%) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数+再診の患者数) × 1,000

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、**B005-11**遠隔連携診療料又は**B011**連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要が

ないと判断された患者の数を除く。))とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関(「特別の関係」にある保険医療機関を除く。))から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為(情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。))があった患者の数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療(情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。))に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、**B005-11**遠隔連携診療料又は**B011**連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。))の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数(搬送された時間を問わない。))とする。

- (2) 特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)、紹介受診重点医療機関(一般病床の数が200床未満の病院を除く。))及び許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。))は、紹介割合及び逆紹介割合を「別紙様式28」(**865頁**)により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告する。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告する。
- なお、紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。

- (3) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。))のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(2)と同様である。

◇ 特定妥結率初診料について

- (1) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。
- (2) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号)「別添1」の第2の5を参照のこと。
- (3) (2)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出する。

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「**薬価基準**」という。))に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。))に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。))と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。))に関して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(許可病床数が200床以上である病院に限る。))において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、**特定妥結率初診料**として、**214点**(注1のただし書に規

第2章 特掲診療料

◇ 通則

- (1) 第1部に規定するB000特定疾患療養管理料、B001特定疾患治療管理料の「1」ウイルス疾患指導料、同「4」小児特定疾患カウンセリング料、同「5」小児科療養指導料、同「6」てんかん指導料、同「7」難病外来指導管理料、同「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同「17」慢性疼痛疾患管理料、同「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料及び同「21」耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる1004心身医学療法は特に規定する場合を除き同一月に算定できない。
- (2) 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

第1部 医学管理等

通 則

- 1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合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 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定す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、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。
- イ 小児科外来診療料
- ロ 外来リハビリテーション診療料
- ハ 外来放射線照射診療料
- ニ 地域包括診療料
- ホ 認知症地域包括診療料
- ヘ 小児かかりつけ診療料
- ト 外来腫瘍化学療法診療料
- チ 救急救命管理料

- ◇ 医学管理等の費用は、第1節医学管理料等、第2節プログラム医療機器等医学管理加算及び第3節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

- ◇ 「通則3」の外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、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(支)局長に届け出た診療所において次に掲げるものを算定する場合に、患者1人につき月1回に限り加算することができる。ただし、同一月にA000の「注11」、A001の「注15」、第2章第2部在宅医療の「通則5」又はI012の「注13」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。
- ア B001-2小児科外来診療料
- イ B001-2-7外来リハビリテーション診療料
- ウ B001-2-8外来放射線照射診療料
- エ B001-2-9地域包括診療料
- オ B001-2-10認知症地域包括診療料
- カ B001-2-11小児かかりつけ診療料
- キ B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料
- ク B006救急救命管理料
- ケ B007-2退院後訪問指導料

リ 退院後訪問指導料

- 4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定す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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。
- 5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定す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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

第1節 医学管理料等

区分

B000 特定疾患療養管理料

- 1 診療所の場合 **225点**
- 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 **147点**
- 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 **87点**
- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 5 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、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を

- ◇ 「通則4」の連携強化加算は、「通則3」の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、A234-2の感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

- ◇ 「通則5」のサーベイランス強化加算は、「通則3」の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

◇ 特定疾患療養管理料について

- (1) 生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料（「注5」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌々月の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、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。
- (8) 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病

情報通信機器を用いて行った場合は、
1, 2 又は 3 の所定点数に代えて、それぞれ**196点、128点又は76点**を算定する。

を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。

- (9) 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、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあつては算定できない。
- (10) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (11) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成27年総務省告示第35号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっているとしても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。
- (12) 「注5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

◆ 特定疾患療養管理料の対象疾患

平成27年総務省告示第35号（統計法第28条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類を定める件）の「6(1) 基本分類表」（以下「分類表」という。）に規定する疾病のうち次の疾病

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リボ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症
- リボジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 虚血性心疾患
- 不整脈
- 心不全
- 脳血管疾患
- 一過性脳虚血発作及び関連症候群
- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
- 詳細不明の慢性気管支炎
- その他の慢性閉塞性肺疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 喘息発作重積状態
- 気管支拡張症
- 胃潰瘍
- 十二指腸潰瘍
- 胃炎及び十二指腸炎
- 肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
- 慢性ウイルス肝炎
- アルコール性慢性膵炎
- その他の慢性膵炎
- 思春期早発症

性染色体異常

◇ ウイルス疾患指導料について

- (1) 肝炎ウイルス、H I V又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) 当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) H I Vの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるものの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はH I Vの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

◇ 特定薬剤治療管理料1について

- ア 下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- (イ) 心疾患患者であつてジギタリス製剤を投与しているもの
- (ロ) てんかん患者であつて抗てんかん剤を投与しているもの
- (ハ) 臓器移植術を受けた患者であつて臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの
- (ニ) 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であつてテオフィリン製剤を投与しているもの
- (ホ) 不整脈の患者であつて不整脈用剤を継続的に投与しているもの
- (ヘ) 統合失調症の患者であつてハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与しているもの
- (ト) 躁うつ病の患者であつてリチウム製剤を投与しているもの
- (チ) 躁うつ病又は躁病の患者であつてバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの
- (リ) ベーチェット病の患者であつて活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎(既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。)、再生不良性貧血、赤芽球病、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）

B 001 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点**
- ロ ウイルス疾患指導料2 **330点**
- 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては**患者1人につき1回**に限り、ロについては**患者1人につき月1回**に限り算定する。ただし、区分番号B 000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

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、ロの指導が行われる場合は、**220点**を所定点数に加算する。

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保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。

2 特定薬剤治療管理料

- イ 特定薬剤治療管理料1 **470点**
- ロ 特定薬剤治療管理料2 **100点**
- 注1 イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は**1回**に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

第4章 経過措置

- 1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該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について、当分の間、算定できるものとする。
- 2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。
- 4 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 5 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別添1の2

<通則>

医療診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。
なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。
また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。
自筆の署名がある場合には印は不要であること。
署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。
様式11、12、12の2、12の3、12の4、13、16、17、17の2、18について、電子的方法によつて、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める確信性監査基押を測たず保健医療福祉分野PK1認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

※別紙様式15及び別紙様式35は欠番である。

(別紙様式1)

退院証明書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名	性別（男・女）
患者住所	
電話番号	
生年月日	（明・大・昭・平・令）年 月 日（ 歳）

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日	
ゝ 入院年月日	年 月 日
く 退院年月日	年 月 日
2. 当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院料を含む。）の種別及び算定期間（種数ある場合はそれぞれ記載のこと。）	
ゝ 入院基本料等の種別：	
く 算定期間：	日（ 年 月 日～ 年 月 日）
3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間	
ゝ 日（ 年 月 日現在）	
4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名	
ゝ 傷病名：	
5. 転帰（該当するものに○をつける。）	
ゝ 治癒	
く 治癒に近い状態（寛解状態を含む。）	
ゝ その他	
6. その他の特記事項	

様式

(別紙様式2)

年 月 日

氏名

1男 2女 1男 2大 3既 4平 5令 6生

医療区分・ADL区分等に係る評価票

入院元(入院した月に限り記載)

退院先(退院した月に限り記載)

【留意事項】

I 算定期間に限りがある区分

医療区分3

1 24時間持続して点滴を実施している状態

2 床路感染症に対する治療を実施している状態

3 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態

4 81,かつ、83の状態

5 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

6 82,かつ、83の状態

7 せん妄に対する治療を実施している状態

8 84,かつ、82又は83の状態

9 頻回の血糖検査を実施している状態

II 算定期間に限らない区分

医療区分3

10 スモン

11 注1を参照

12 68に該当、かつ、1〜38(12を除く。)に1項目以上該当する状態

13 中心静脈栄養を実施している状態

14 人工呼吸器を使用している状態

15 ドレーン法又は胸腔置しは胸腔の洗浄を実施している状態

16 85,かつ、83の状態

17 除菌療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

18 感染症の治療の必要性から病室での管理を実施している状態

医療区分2

19 筋ジストロフィー

20 多発性硬化症

21 筋萎縮性側索硬化症

22 (一)「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の患者

23 その他の指定難病等(10及び19〜22までを除く。)

24 腎臓検査(腎臓機能を測定とする検査)が4回すべてに認められる場合に限る。)

25 慢性閉塞性肺疾患(「ユーロジャンス」の分類がIV次の状態に該当する場合に限る。)

26 人工腎臓、持続経静注式血液濾過、血液透析又は血液交換療法を実施している状態

27 注2を参照

28 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者

29 慢性腎臓病(医療用医薬品等の薬剤投与による身体コントロールが必要な場合に限る。)

30 肺炎に対する治療を実施している状態

31 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚の部分的壊死が認められる場合又は褥瘡が2cm以上1に認められる場合に限る。)

32 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

33 うつ症状に対する治療を実施している状態

34 他者に対する暴行が毎日認められる場合

35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

36 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

37 褥瘡(褥瘡や褥瘡を伴う。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の壊死、褥瘡の感染症に対する治療を実施している状態

38 除菌療法を実施している状態(17を除く。)

39 68に該当、かつ、1〜38(12を除く。)に該当しない状態

医療区分3の該当有無

医療区分2の該当有無

医療区分3・2いずれも0(医療区分1)

81 脱水に対する治療を実施している状態

82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態

83 発熱がある状態

84 経鼻胃管や経腸等の経路栄養が行われている状態

85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態

86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

87 平均静脈圧(平均動脈圧)に対して治療を実施している状態

91 身体拘束を実施している

III ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時に)、必ず各項目に評価点(0〜6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

a	ベッド上の可動性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
b	移乗																															
c	食事																															
d	トイレの使用																															
ADL得点(合計得点0〜24)																																

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合には、入院時に)、必ずI〜IIIの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1. 病院の場合

医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3 ADL得点23〜24																																
B	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2 ADL得点11〜22																																
C	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2 ADL得点0〜10																																
D	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3 ADL得点23〜24																																
E	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2 ADL得点11〜22																																
F	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1 ADL得点0〜10																																
G	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3 ADL得点23〜24																																
H	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2 ADL得点11〜22																																
I	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1 ADL得点0〜10																																

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2. 診療所の場合

医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3 ADL得点0〜24																																
B	医療区分3 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2 ADL得点11〜24																																
C	医療区分2 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2 ADL得点0〜10																																
D	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3 ADL得点23〜24																																
E	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2 ADL得点0〜22																																

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

注1

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、腎臓損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者
イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)
ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、腎臓損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、腎臓損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、腎臓損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者
イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)
ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(腎臓損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)(別表第五の二の患者は除く。)

褥瘡の状態の評価

【留意事項】

ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-R2020の合計点(深さの点数は加えない)を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

DESIGN-Rの合計点(深さの点数は加えない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

食事療養及び生活療養の費用額算定表関係告示

◎厚生省告示第238号

（平成28. 3. 4 厚生労働省告示第63号改正）
入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準（平成6年8月厚生省告示第237号）に基づき、入院時食事療養の基準等を次のように定め、平成6年10月1日から適用する。
平成6年8月5日

厚生大臣 井 出 正 一

入院時食事療養及び入院時生活療養の
食事の提供たる療養の基準等

- 一 入院時食事療養（Ⅰ）を算定すべき食事療養及び入院時生活療養（Ⅰ）を算定すべき生活療養の基準
- （一）原則として、当該保険医療機関を単位として行うものであること。
- （二）入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養は、管理栄養士又は栄養士によって行われていること。
- （三）患者の年齢、病状によって適切な栄養量及び内容の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養が適時に、かつ適温で行われていること。
- （四）地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- （五）地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ、現に違反していないこと。
- （六）地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。
- （七）地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

- 二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症

食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

材料価格基準関係告示

◎厚生労働省告示第61号

（令和 4. 3. 4 厚生労働省告示第58号改正）
診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成18年厚生労働省告示第96号）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、同日以前に行われた療養に要する費用の額の算定については、なお従前の例による。
平成20年3月5日

厚生労働大臣 舩 添 要 一

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）

特定保険医療材料及びその材料価格は、別表に収載されている特定保険医療材料及び当該特定保険医療材料について同表に定める価格（消費税及び地方消費税に相当する額を含む。）とする。
〔編注；別表の材料価格に＊印を付している分類等の材料価格については経過措置が定められています（別表のⅨ「経過措置」参照）。〕

別表

Ⅰ 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）
別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 腹膜透析液交換セット

- （1）交換キット 554円
- （2）回路
- ① Yセット 884円
- ② APDセット 5,470円
- ③ IPDセット 1,040円

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

- （1）本体 1,520円
- （2）付属品
- ① フーバー針 419円
- ② 輸液バッグ 414円

003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

- （1）一般型
- ① カフ付き気管切開チューブ
- ア カフ上部吸引機能あり
- i 一重管 4,110円
- ii 二重管 5,790円
- イ カフ上部吸引機能なし
- i 一重管 3,800円
- ii 二重管 6,080円
- ② カフなし気管切開チューブ 4,080円
- （2）輪状甲状膜切開チューブ 2,740円
- （3）保持用気管切開チューブ 6,140円

004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

- （1）2管一般（Ⅰ） 233円
- （2）2管一般（Ⅱ）
- ① 標準型 561円
- ② 閉鎖式導尿システム 645円
- （3）2管一般（Ⅲ）
- ① 標準型 1,650円
- ② 閉鎖式導尿システム 1,720円
- （4）特定（Ⅰ） 741円
- （5）特定（Ⅱ） 2,090円

005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

- （1）経鼻用
- ① 一般用 183円
- ② 乳幼児用
- ア 一般型 94円
- イ 非DEHP型 147円
- ③ 経腸栄養用 1,630円
- ④ 特殊型 2,110円
- （2）腸瘻用 3,870円

006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）

- （1）ダイアライザー
- ① Ia型 1,480円
- ② Ib型 1,500円
- ③ IIa型 1,480円
- ④ IIb型 1,520円
- ⑤ S型 1,620円
- ⑥ 特定積層型 5,690円
- （2）吸着型血液浄化器（β₂-ミクログロブリン除去用） 21,700円

007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

- （1）化学療法用 3,180円
- （2）標準型 3,090円
- （3）PCA型 4,270円
- （4）特殊型 3,240円

008 皮膚欠損用創傷被覆材

- （1）真皮に至る創傷用 1㎤当たり6円
- （2）皮下組織に至る創傷用
- ① 標準型 1㎤当たり10円
- ② 異形型 1g当たり35円
- （3）筋・骨に至る創傷用 1㎤当たり25円

009 非固着性シリコンガーゼ

- （1）広範囲熱傷用 1,080円
- （2）平坦部位用 142円
- （3）凹凸部位用 309円

010 水循環回路セット 1,100,000円

011 膀胱瘻用カテーテル 3,790円

012 交換用胃瘻カテーテル

医科診療報酬点数表 索引					
○ 医科診療報酬点数表の診療行為名を50音順に並べ、該当の区分番号等及び掲載頁を表示しています。なお、特定疾患治療管理料及び検体検査実施料については、原則として区分番号以下の項番号のレベルまで表示しています。項番号は区分番号に「・」でつなげて表示しています。					
○ 上付・下付の文字は並字で、ローマ数字はアラビア数字で表記しています。					
○ 次の文字は、それぞれ次のヨミにより並べています。					
文字	ヨミ	文字	ヨミ	文字	ヨミ
顎	ガク	口	コウ	唇	シン
眼	ガン	骨	コツ	舌	ゼツ
脚	キヤク	趾、指	シ	爪	ソウ
頬	キョウ	歯	シ	足	ソク
胸	キョウ	耳	ジ	肘	チュウ
肩	ケン	膝	シツ	鼻	ビ
股	コ	手	シュ	腕	ワン

診療行為名	区分番号等	頁
数字		
1, 25－ジヒドロキシビタミンD3	D007・62	405
1, 5AG	D007・21	402
1, 5－アンヒドロ－D－グルシトール(1, 5AG)	D007・21	402
(1→3)－β－D－グルカン	D012・41	419
11－OHCS	D008・2	406
11－ハイドロキシコルチコステロイド(11－OHCS)	D008・2	406
17－KGS	D008・40	409
17－KGS分画	D008・45	409
17－KS分画	D008・43	409
17α－OHP	D008・43	409
17α－ヒドロキシprogesteron(17α－OHP)	D008・43	409
17－ケートジェニックステロイド(17－KGS)	D008・40	409
17－ケートジェニックステロイド分画(17－KGS分画)	D008・45	409
17－ケートステロイド分画(17－KS分画)	D008・43	409
1CTP	D009・20	411
1型コラーゲン－C－テロペプチド(1CTP)	D009・20	411
1型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体(β－CTX)	D008・35	408
1型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体(β－CTX)(尿)	D008・34	408
1型コラーゲン架橋N－テロペプチド(NTX)	D008・27	407
1型プロコラーゲン－N－プロペプチド(P1NP)	D008・32	408
2, 5－オリゴアデニル酸合成酵素活性	D007・55	405
24時間自由行動下血圧測定	D225・3	457
25－ヒドロキシビタミンD	D007・31	402
4型コラーゲン	D007・36	403
4型コラーゲン(尿)	D001・15	381
4型コラーゲン・7S	D007・40	404
5－HIAA	D008・5	406

診療行為名	区分番号等	頁
5－ハイドロキシインドール酢酸(5－HIAA)	D008・5	406
英字等		
AAV9抗体	D012・61	422
ABO血液型	D011・1	414
ABO血液型亜型	D011・7	414
ABO血液型関連糖転移酵素活性	D011・5	414
ACE	D007・38	403
ACTH	D008・38	409
ADA	D007・11	401
ADAMTS13インヒビター	D006・35	389
ADAMTS13活性	D006・34	389
ADH	D008・47	409
AFP	D009・3	410
AFP－L3%	D009・23	411
AI	D007・29	402
ALK融合遺伝子標本作製	N005・2	823
ALK融合タンパク	N002・6	821
ALP	D007・1	400
ALPアイソザイム	D007・14	401
ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	D007・44	404
ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	D007・24	402
ALT	D007・3	401
AMH	D008・52	410
ANCA定性	D014・36	426
ANP	D008・46	409
APRスコア定性	D015・20	428
APTT	D006・7	388
ASK定性	D012・3	415
ASK半定量	D012・3	415
ASO定性	D012・1	415
ASO定量	D012・1	415
ASO半定量	D012・1	415
AST	D007・3	401
ASTアイソザイム	D007・15	401
A群β溶連菌迅速試験定性	D012・18	417

診療行為名	区分番号等	頁
BAP	D008・30	408
BCA225	D009・17	411
BCR－ABL1	D006・3	390
Bence Jones蛋白同定(尿)	D015・22	429
BFP	D009・16	411
BNP	D008・20	407
BRCA1／2遺伝子検査	D006・18	395
BTA(尿)	D008・1	410
BTR	D010・5	414
B細胞表面免疫グロブリン	D016・1	430
C1q結合免疫複合体	D014・13	424
C1インアクチベータ	D015・25	429
C3	D015・8	428
C3プロアクチベータ	D015・16	428
C4	D015・8	428
CA125	D009・11	410
CA15－3	D009・6	410
CA19－9	D009・9	410
CA54／61	D009・22	411
CA602	D009・23	411
CA72－4	D009・15	411
cAMP	D008・35	408
CAR発現生T細胞投与(一連につき)	K922・2	791
CCR4タンパク	N002・5	821
CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	D006・10	393
CD30	N002・7	821
CEA	D009・2	410
CEA定性(乳頭分泌液)	D009・28	412
CEA半定量(乳頭分泌液)	D009・28	412
CH50	D015・4	428
ChE	D007・1	400
CK	D007・1	401
CK－MB(蛋白量測定)	D007・22	402
CKアイソザイム	D007・17	401
Coombs試験	D011・2	414
CPR	D008・13	406
C－PTHrP	D008・37	408
CRP	D015・1	427
CRP定性	D015・1	427
CSLEX	D009・18	411
CT撮影(一連につき)	E200	505
Cu	D007・5	401
CYP2C9遺伝子多型	D006・25	398
C反応性蛋白(CRP)	D015・1	427
C反応性蛋白(CRP)定性	D015・1	427
C－ペプチド(CPR)	D008・13	406
DHEA－S	D008・34	408
DKS吻合を伴う大動脈狭窄症手術	K557・4	725
DNA含有赤血球計数検査	D005・7	387
Donath－Landsteiner試験	D014・4	423
DPD(尿)	D008・39	409
DUPAN－2	D009・7	410
D－アラビニトール	D012・30	418
Dダイマー	D006・17	389
Dダイマー定性	D006・14	389
Dダイマー半定量	D006・15	389
E2	D008・36	408
E3	D008・37	408

診療行為名	区分番号等	頁
EBUS-TBNA	D415・2	488
EBウイルス核酸定量	D023・8	432
EGFR遺伝子検査(血漿)	D006・12	394
EGFRタンパク	N002・4	821
ENBD	K682・3	749
EOG	D278	472
ERG	D258	470
ESR	D005・1	387
EUS-FNA	D414・2	488
FDP(尿)	D001・7	381
FDP定性	D006・11	388
FDP定量	D006・11	388
FDP半定量	D006・11	388
Fe	D007・1	401
FGF23	D007・64	405
FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査	D006・11	393
FLT3遺伝子検査	D006・14	394
FSH	D008・13	406
FT3	D008・15	406
FT4	D008・15	406
FTA－ABS試験定性	D012・21	417
FTA－ABS試験半定量	D012・21	417
G－6－Pase	D015・2	428
G－6－PD	D007・2	402
G－6－PD定性	D015・3	428
GAT	D009・22	411
GH	D008・13	406
HA－IgM抗体	D013・8	423
HA抗体	D013・8	423
HbA1c	D005・9	387
HBc－IgM抗体	D013・8	423
HBcrAg	D013・12	423
HBc抗体半定量・定量	D013・6	423
HBe抗原	D013・4	423
HBe抗体	D013・4	423
HbF	D005・11	388
HBs抗原	D013・3	423
HBs抗原定性・半定量	D013・1	422
HBs抗体	D013・3	423
HBs抗体定性	D013・2	422
HBs抗体半定量	D013・2	422
HBV核酸定量	D023・4	432
HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	D023・16	435
HBVコア関連抗原(HBcrAg)	D013・12	423
HBVジェノタイプ判定	D013・14	423
HCG－β	D008・19	407
HCG定性	D008・1	406
HCG定量	D008・21	407
HCG半定量	D008・21	407
HCG半定量	D008・33	408
HCV核酸検出	D023・9	433
HCV核酸定量	D023・15	435
HCV血清群別判定	D013・11	423
HCVコア抗体	D013・7	423
HCVコア蛋白	D013・5	423
HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	D013・9	423