

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	看護職員処遇改善評価料，ベースアップ評価料	7
5	入院基本料	8
6	入院基本料等加算	12
7	特定入院料	16
8	短期滞在手術等基本料	20
9	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
10	在宅医療	27
11	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）	44
12	画像診断	47
13	投薬	50
14	注射	51
15	リハビリテーション	52
16	精神科専門療法	53
17	処置	55
18	手術	55
	【資料】手術料の通則一覧	57
19	麻酔	58
20	放射線治療	60
21	病理診断	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
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} 以外	1割
	うち一定以上の所得者 ^{注3}	2割
	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	
63	特定健康保険組合	（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
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	
—	国民健康保険組合	
39	後期高齢者医療	（高）

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)
	エ ～約370万円 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	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） 〈 〉=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144,000円】 57,600円 (44,400円)
得低者所	市町村民税非課税 ^{注2} 年金収入80万円以下など	24,600円 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月日以降の限度額

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限的な配慮措置あり（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歳未満かつ所得区分「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
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	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
	所得が一定以下	19万円 ^{注1}		

Ⅴ 入院時の食事の費用等と標準負担額

保険医療機関は、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の支払を患者から受ける。そして、入院時食事療養費又は入院時生活療養費から食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を差し引いた額を、医療保険に請求し、支払を受ける。

■入院時食事療養費及び食事療養標準負担額

入院時食事療養費（基準額）

入院時食事療養（Ⅰ） 1食につき、1日3食限度		入院時食事療養（Ⅱ） 1食につき、1日3食限度	
① 入院時食事療養（Ⅰ）(1)	670円	① 入院時食事療養（Ⅱ）(1)	536円
② 入院時食事療養（Ⅰ）(2) ^{注1}	605円	② 入院時食事療養（Ⅱ）(2) ^{注1}	490円
特別食加算（1食につき、1日3食限度、①のみ）	76円	注1 流動食（市販に限る）のみを経管栄養法により提供	
食堂加算（1日につき、療養病棟は除く）	50円		

食事療養標準負担額（患者負担額）（1食につき、1日3食分を限度）

A	B, C, Dのいずれにも該当しない者	490円	
B	・ C, Dのいずれにも該当しない指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等 ・ H27.4.1以前からH28.4.1まで継続して精神病床に入院していた一般所得区分の患者の退院まで ^{注1}	280円	
C	低所得者（70歳未満）	過去1年間の入院期間が90日以内	230円
	低所得Ⅱ（70歳以上）	過去1年間の入院期間が90日超	180円
D	低所得Ⅰ（70歳以上）	110円	

注1 当該者が平成28年4月1日以後、合併症等により同日内に他の病床に移動する又は他の保険医療機関に再入院する場合（その後再び同日内に他の病床に移動する又は他の保険医療機関に再入院する場合を含む）

■入院時生活療養費及び生活療養標準負担額

入院時生活療養費は、療養病床に入院する65歳以上の患者に対する、食事の提供（食事の提供たる療養）及び生活環境の提供（療養環境の形成たる療養）の費用である。

入院時生活療養費（基準額）

入院時生活療養（Ⅰ）		入院時生活療養（Ⅱ）	
(1)食事の提供たる療養（1食につき、1日3食限度）		(1)食事の提供たる療養（1食につき、1日3食限度）	
イ 食事の提供たる療養1	584円		450円
ロ 食事の提供たる療養2 ^{注1}	530円	(2)療養環境の形成たる療養（1日につき）	
特別食加算（1食につき、1日3食限度、「イ」のみ）	76円	注1 流動食（市販に限る）のみを経管栄養法により提供	
食堂加算（1日につき、療養病棟は除く）	50円		
(2)療養環境の形成たる療養（1日につき）	398円		

生活療養標準負担額（患者負担額）（1日につき、療養環境の形成部分（居住費）と食費の提供部分の合計額）

生(I)：生活療養費(I), 生(II)：生活療養費(II)

食費は1食当たり（1日3食限度） 居住費は1日当たり	右記以外の患者		厚生労働大臣が定める患者（医療の必要性の高い者）		指定難病患者	
	食費	居住費	食費	居住費	食費	居住費
低所得以外	生(I) 490円 生(II) 450円	370円	生(I) 490円 生(II) 450円	370円	280円	0円
70歳未満 / 70歳以上						
低所得者 / 低所得Ⅱ	230円	370円	230円 (90日超の入院は180円)	370円	230円 (90日超の入院は180円)	0円
/ 低所得Ⅰ	140円	370円	110円	370円	110円	0円
高齢福祉年金受給者（後期高齢者医療制度のみ） 境界層該当者 ^{注1}	110円	0円	110円	0円	110円	0円

注1 境界層該当者とは、食費・居住費（光熱水費）の負担が、1食110円+0円に減額されれば、生活保護を必要としない状態となる者をいう

6 公費負担医療制度(適用優先順)

法別番号	区 分	制度の略称	
公費優先	13 戦傷病者特別援護法による	○療養の給付(法第10条関係)	—
	14	○更生医療(法第20条関係)	—
	18 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療(法第10条関係)	—
	29 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院(法第37条関係)	—
	30 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付(法第81条関係)		—
保険優先	10 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療(法第37条の2関係)	(感37の2)
	11	○結核患者の入院(法第37条関係)	(結核入院)
	20 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院(法第29条関係)	(精29)
	21	○精神通院医療(法第5条関係)	(精神通院)
	15	○更生医療(法第5条関係)	—
	16 障害者総合支援法による	○育成医療(法第5条関係)	—
	24	○療養介護医療(法第70条関係)及び基準該当療養介護医療(法第71条関係)	—
	22 麻薬及び向精神薬取締法による入院措置(法第58条の8関係)		—
	28 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第37条関係)	(感染症入院)
	17	○療育の給付(法第20条関係)	—
	79 児童福祉法による	○肢体不自由児通所医療(法第21条の5の29関係)及び障害児入所医療(法第24条の20関係)	—
	19 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費(法第18条関係)	—
	23 母子保健法による養育医療(法第20条関係)		—
	52 児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援(法第19条の2関係)		—
	54 難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療(法第5条関係)	—
	51 特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		—
	38 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給		—
	53 児童福祉法の措置等に係る医療の給付		—
	66 石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給(法第4条関係)		—
	62 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給(法第12条第1項及び第13条第1項関係)		—
25 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。)		—	
12 生活保護法による医療扶助(法第15条関係)		(生保)	

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。

- 診療所のみ算定 ■ 外来のみ算定 ■ 入院のみ算定
■ 施設基準届出医療機関において算定 ■ 施設基準を満たす医療機関において算定
■ 「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	291	(+85) 376	(+250) 541	(+480) 771	(+230) 521	146
6歳未満	(+75) 366	(+200) 491	(+365) 656	(+695) 986	(+345) 636	
情報通信機器を用いた初診 ■	253 (同一日2科目127)					
紹介状非持参患者の初診料*1	216 / 情報通信機器188 (同一日2科目108 / 情報通信機器94)					
特定受結率初診料 ■ (許可病床200床以上)	216 / 情報通信機器188 (同一日2科目108 / 情報通信機器94)					
注9 夜間・早朝等加算 ■ ■	+50		注13 サーベイランス強化加算 ■ ■ *3			+1 (月1回)
注10 機能強化加算 ■ (200床未満・診)*2	+80		注14 抗菌薬適正使用体制加算 ■ ■ *3			+5 (月1回)
注11 外来感染対策向上加算 ■ ■	+6 (月1回)		注15 医療情報取得加算 ■	1 マイナンバーカード利用なし		+3 (月1回)
発熱患者等対応加算	+20 (月1回)			2 マイナンバーカード利用あり		+1 (月1回)
注12 連携強化加算 ■ ■ *3	+3 (月1回)		注16 医療DX推進体制整備加算 ■			+8 (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 許可病床200床未満又は診療所に限る。 *3 注11に該当する場合に限る。

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	75	+65	+190	+420	+180	38
6歳未満						
時間内	(+38) 113	-	-	-	-	
時間外等*2	75	+135	+260	+590	+250	
特定受結率再診料 ■ (許可病床200床以上)	55 (同一日2科目28)					
注7 夜間・早朝等加算 ■ ■	+50		注14 薬剤適正使用連携加算*3			+30
注8 外来管理加算	+52		注15 外来感染対策向上加算 ■ ■			+6 (月1回)
注10 時間外対応加算 ■ ■				発熱患者等対応加算		
1 +5 2 +4 3 +3 4 +1			注16 連携強化加算 ■ ■ *4			+3 (月1回)
注11 明細書発行体制等加算 ■ ■	+1		注17 サーベイランス強化加算 ■ ■ *4			+1 (月1回)
注12 地域包括診療加算 ■ ■	1	+28	注18 抗菌薬適正使用体制加算 ■ ■ *4			+5 (月1回)
	2	+21	注19 医療情報取得加算 ■	3 マイナンバーカード利用なし		+2 (3月1回)
注13 認知症地域包括診療加算 ■ ■	1	+38		4 マイナンバーカード利用あり		+1 (3月1回)
	2	+31	注20 看護師等遠隔診療補助加算 ■			+50

*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 注12又は注13の場合に、退院(所)月から2月目までに1回。 *4 注15に該当する場合に限る。

3 外来診療料（一般病床数200床以上の病院）

A002 外来診療料						
一般	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	76	+65	+190	+420	+180	38
6歳未満	時間内 (+38) 114	-	-	-	-	
	時間外等*1 76	+135	+260	+590	+250	
情報通信機器を用いた再診 施				75		
他医療機関へ文書紹介の申出を行っている患者*2				56 (同一日2科目28)		
特定妥結率外来診療料 基				56 (同一日2科目28)		
注10 医療情報取得加算 基	3 マイナンバーカード利用なし	+2 (3月1回)	注11 看護師等遠隔診療補助加算 施	+50		
	4 マイナンバーカード利用あり	+1 (3月1回)				

*1 A001再診料の*2と同じ。

*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。

【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】

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

4 看護職員処遇改善評価料，ベースアップ評価料

0000 看護職員処遇改善評価料 施入（1日につき）

1 看護職員処遇改善評価料1	1	147 看護職員処遇改善評価料 147	160
2 看護職員処遇改善評価料2	2	148 看護職員処遇改善評価料 148	170
3 看護職員処遇改善評価料3	3	~	~
~	~	164 看護職員処遇改善評価料 164	330
146 看護職員処遇改善評価料 146	150	165 看護職員処遇改善評価料 165	340

0100 外来・在宅ベースアップ評価料（I） 施（1日につき）

1 初診時	6	3 訪問診療時 <input type="checkbox"/> 同一建物居住者等以外	28
2 再診時等	2	<input type="checkbox"/> 同一建物居住者	7

0101 外来・在宅ベースアップ評価料（II） 施（1日につき）

1 評価料（II）1	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	8	5 評価料（II）5	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	40
	<input type="checkbox"/> 再診時等	1		<input type="checkbox"/> 再診時等	5
2 評価料（II）2	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	16	6 評価料（II）6	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	48
	<input type="checkbox"/> 再診時等	2		<input type="checkbox"/> 再診時等	6
3 評価料（II）3	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	24	7 評価料（II）7	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	56
	<input type="checkbox"/> 再診時等	3		<input type="checkbox"/> 再診時等	7
4 評価料（II）4	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	32	8 評価料（II）8	<input type="checkbox"/> 初診又は訪問診療	64
	<input type="checkbox"/> 再診時等	4		<input type="checkbox"/> 再診時等	8

0102 入院ベースアップ評価料 施（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料1	1	163 入院ベースアップ評価料163	163
2 入院ベースアップ評価料2	2	164 入院ベースアップ評価料164	164
~	~	165 入院ベースアップ評価料165	165

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			★＝特別調剤基本料Bの薬局は除く
00	調剤基本料(処方箋の受付1回につき)* ¹		*1 厚生労働大臣の定める保険薬局(医療資源が少ない地域等)は調剤基本料1を算定
	1 調剤基本料1 施	45	
	2 調剤基本料2 施	29	
	3 調剤基本料3 施	イ:24 口:19 ハ:35	*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の2回目以降
	4 特別調剤基本料A 施	5	*3 厚生労働大臣の定める保険薬局(妥結率が5割以下等)
	注2 特別調剤基本料B	3	*4 特別調剤基本料Aの算定薬局において、厚生労働大臣の定める医療機関(不動産取引等その他の特別な関係を有している等)が感染対策向上加算届出の場合は算定不可
	注3 調剤基本料減算(分割回数減算)* ²	80/100	*5 処方箋受付回数600回以下/月の保険薬局を除く
	注4 調剤基本料減算(100分の50)* ³	50/100	*6 薬学管理料(10の2及び14の2の「2」を除く)は算定不可
	注5 地域支援体制加算施★ 特別調剤基本料Aの算定薬局10/100	イ:1:+32 2:+40 3:+10	*7 薬学管理料(10の2、10の3及び14の2の「2」を除く)は算定不可
	注6 連携強化加算施★* ⁴	4:+32 +5	*8 所定点数:調剤基本料及びその加算、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料(15の5は除く)
	注7 後発医薬品調剤体制加算施★ 特別調剤基本料Aの算定薬局10/100	1:+21 2:+28	
	注8 調剤基本料減算(後発医薬品減算)* ⁵	3:+30	
	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点減算	
	注10 後発医薬品の試用のための分割調剤(2回目に限る)* ⁷	5	
	注11 医師の指示による分割調剤(2回目以降、1分割調剤につき)(注9・注10の場合を除く)* ⁸	所定点数/分割回数	
	注12 在宅薬学総合体制加算施★ 特別調剤基本料Aの算定薬局10/100	1:+15	
	注13 医療DX推進体制整備加算施★(月1回)	2:+50 +4	
01	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	「1」:4割分以上は算定しない
	2 屯服薬	21	「2」:割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	「3」、「4」及び「6」:4調剤以上は算定しない
	4 湯薬(1調剤につき)		「5」:調剤数にかかわらず所定点数を算定
	イ 7日分以下の場合	190	
	口 8日分以上28日分以下の場合		
	(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	
	6 外用薬(1調剤につき)	10	
	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) (6歳以上)		
	中心静脈栄養法用輸液	+137	+69
	抗悪性腫瘍剤	+147	+79
	麻薬	+137	+69
	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* ¹ 時間外加算及び時間外特例加算	+100/100	*1 加算点数の基礎額
	休日加算	+140/100	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、調剤管理料
	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)* ²		*2 予製剤又は錠剤を分割する場合 20/100(厚生労働大臣が定める薬剤は除く)
	イ 内服薬及び屯服薬		
	(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬	+20	
	(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	
	口 外用薬		
	(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、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)* ³		*3 予製剤の場合20/100(自家製剤加算を算定した場合又は厚生労働大臣が定める薬剤は除く)
	イ 液剤の場合	+35	
	口 散剤又は顆粒剤の場合	+45	
	ハ 軟・硬膏剤の場合	+80	
薬学管理料			★＝特別調剤基本料Bの薬局は除く
10の2	調剤管理料(処方箋受付1回につき)★		
	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)* ¹		*1 4割分以上は算定しない
	イ 7日分以下	4	
	口 8日分以上14日分以下	28	

医科診療報酬点数表

(令和6年6月版)

○医科診療報酬点数表	7
○食事療養及び生活療養の費用額算定表	977
○関係告示	987
●医科診療報酬点数表 索引	1022

■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）

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 30日以内 | 200点 |
| 2 | 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（算定対象となる患者）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。

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。

◇ 摂食障害入院医療管理加算について

- 算定対象となる患者は、摂食障害により著しい体重減少が認められる者であって、BMI（Body Mass Index）が15未満であるものをいう。

◆ 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

D003 糞便検査

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 虫卵検出（集卵法）（糞便）、ウロビリ
ン（糞便） | 15点 |
| 2 | 糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消
化状況観察を含む。） | 20点 |
| 3 | 虫体検出（糞便） | 23点 |
| 4 | 糞便中脂質 | 25点 |
| 5 | 糞便中ヘモグロビン定性 | 37点 |
| 6 | 虫卵培養（糞便） | 40点 |
| 7 | 糞便中ヘモグロビン▲ | 41点 |
| 8 | 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 |
| 9 | カルプロテクチン（糞便） | 268点 |

- ◇ 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。

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、ロイシニアミノペプチダー

- ◇ 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、一方のみを測定した場合、測定した方の値を算定する。

- ◇ カルシウム及び本区分「7」に掲げた場合には、いずれか一方の値を算定する。

- ◇ 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

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。

27 リポ蛋白 (a)

107点

◇ リポ蛋白 (a) は、3月に1回を限度として算定できる。

28 ヘパリン, K L-6

108点

◇ 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

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。

37 亜鉛 (Zn)

132点

点数の変更

64 血管内皮増殖因子 (VEGF), コクリントモプロテイン (CTP) 460点

◇ 血管内皮増殖因子 (VEGF) は、クロー・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。

D296-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析 (インフルエンザの診断の補助に用いるもの) 305点

注 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、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行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない。

◇ 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析 (インフルエンザの診断の補助に用いるもの) について

- (1) 6歳以上の患者に対し、インフルエンザの診断の補助を目的として薬事承認された内視鏡用テレスコープを用いて咽頭画像等の取得及び解析を行い、インフルエンザウイルス感染症の診断を行った場合に算定する。
- (2) 発症後48時間以内実施した場合に限り算定することができる。
- (3) 「注」に規定する時間外加算は、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に本検査を行う必要性を認め実施した場合であって、本検査の開始時間が当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に算定する。なお、時間外等の意義については、A000初診料の「注7」に規定する時間外加算等において示している。
- (4) 「注」に規定する時間外加算、並びにA000初診料の「注9」に規定する夜間・早朝等検査加算及び外来

注に規定する点数や加算名等を太字で強調しています。

令和6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。)

K684-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術 119,200点

- ◆ 施設基準設定手術 (要届出) → 通則 4
- ◆ 施設基準設定手術 → 通則 6
- ◆ 極低出生体重児・新生児加算対象 → 通則 7
- 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 (2個限度)

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)

◇ 初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、2回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

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

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第58号）」による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和6年厚生労働省告示第59号）」による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第57号）」による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含む。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努める。
- 8 著名又は記名・押印を要する文書については、自筆の著名（電子的な著名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI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了電子署名、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。
- 10 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- 11 区分番号は、例えばA000初診料におけるA000を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、A000のみ記載する。
- 12 施設基準の取扱いに関する通知について、「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6年3月5日保医発0305第5号）を「基本診療料施設基準通知」、「特掲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6年3月5日保医発0305第6号）を「特掲診療料施設基準通知」という。

医科診療報酬点数表 目次

第1章 基本診療料	35	第5節 特定保険医療材料料	574
第1部 初・再診療	35	第5部 投 薬	575
通 則	35	通 則	575
第1節 初 診 料	36	第1節 調 剤 料	576
第2節 再 診 料	44	第2節 処 方 料	576
第2部 入院料等	56	第3節 薬 剤 料	582
通 則	56	第4節 特定保険医療材料料	584
第1節 入院基本料	70	第5節 処方箋料	584
第2節 入院基本料等加算	105	第6節 調剤技術基本料	587
第3節 特定入院料	161	第6部 注 射	588
第4節 短期滞在手術等基本料	228	第7部 リハビリテーション	598
第2章 特掲診療料	246	第8部 精神科専門療法	627
第1部 医学管理等	246	第9部 処 置	664
通 則	246	通 則	664
第1節 医学管理料等	247	第1節 処 置 料	666
第2節 削除		第2節 処置医療機器等加算	708
第3節 特定保険医療材料料	335	第3節 薬 剤 料	712
第2部 在宅医療	336	第4節 特定保険医療材料料	712
通 則	336	第10部 手 術	713
第1節 在宅患者診療・指導料	337	通 則	713
第2節 在宅療養指導管理料	396	第1節 手 術 料	724
第3節 薬 剤 料	425	第2節 輸 血 料	861
第4節 特定保険医療材料料	427	第3節 手術医療機器等加算	866
第3部 検 査	428	第4節 薬 剤 料	871
通 則	428	第5節 特定保険医療材料料	871
第1節 検体検査料	432	第11部 麻 酔	872
第2節 削除		第12部 放射線治療	883
第3節 生体検査料	505	第13部 病理診断	893
第4節 診断穿刺・検体採取料	548	通 則	893
第5節 薬 剤 料	552	第1節 病理標本作製料	894
第6節 特定保険医療材料料	553	第2節 病理診断・判断料	898
第4部 画像診断	554	第14部 その他	900
通 則	554	第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料	911
第1節 エックス線診断料	556	第4章 経過措置	918
第2節 核医学診断料	561		
第3節 コンピューター断層撮影診断料	568	○医科診療報酬点数表 索引	1022
第4節 薬 剤 料	574		

区分番号 詳細目次

令和6年6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。
また、区分番号が変更となったものについては、**青網**をかけて表示しています。

A 第1章 基本診療料		
第1部 初・再診料		
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	52
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	70
A101	療養病棟入院基本料	74
A102	結核病棟入院基本料	81
A103	精神病棟入院基本料	84
A104	特定機能病院入院基本料	87
A105	専門病院入院基本料	91
A106	障害者施設等入院基本料	93
A108	有床診療所入院基本料	99
A109	有床診療所療養病床入院基本料	102
第2節 入院基本料等加算		
A200	総合入院体制加算	105
A200-2	急性期充実体制加算	106
A204	地域医療支援病院入院診療加算	106
A204-2	臨床研修病院入院診療加算	107
A204-3	紹介受診重点医療機関入院診療加算	107
A205	救急医療管理加算	107
A205-2	超急性期脳卒中加算	109
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	110
A206	在宅患者緊急入院診療加算	110
A207	診療録管理体制加算	112
A207-2	医師事務作業補助体制加算	112
A207-3	急性期看護補助体制加算	112
A207-4	看護職員夜間配置加算	113
A208	乳幼児加算・幼児加算	114
A209	特定感染症入院医療管理加算【新】	114
A210	難病等特別入院診療加算	115
A211	特殊疾患入院施設管理加算	116
A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	116
A213	看護配置加算	118
A214	看護補助加算	118
A218	地域加算	119
A218-2	離島加算	119
A219	療養環境加算	120
A220	HIV感染者療養環境特別加算	120
A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算【変】	120
A221	重症者等療養環境特別加算	122
A221-2	小児療養環境特別加算	122
A222	療養病棟療養環境加算	122
A222-2	療養病棟療養環境改善加算	122
A223	診療所療養病床療養環境加算	122
A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	123
A224	無菌治療室管理加算	123

A225	放射線治療病室管理加算	123
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	124
A226-2	緩和ケア診療加算	124
A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算	125
A226-4	小児緩和ケア診療加算【新】	125
A227	精神科措置入院診療加算	126
A228	精神科応急入院施設管理加算	126
A229	精神科隔離室管理加算	126
A230	精神病棟入院時医学管理加算	127
A230-2	精神科地域移行実施加算	127
A230-3	精神科身体合併症管理加算	127
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	128
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	129
A231-3	依存症入院医療管理加算	129
A231-4	摂食障害入院医療管理加算	130
A232	がん拠点病院加算	130
A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算【新】	131
A233-2	栄養サポートチーム加算	132
A234	医療安全対策加算	134
A234-2	感染対策向上加算	134
A234-3	患者サポート体制充実加算	135
A234-4	重症患者初期支援充実加算	136
A234-5	報告書管理体制加算	136
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	136
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	137
A237	ハイリスク分娩等管理加算	138
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	140
A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	141
A242	呼吸ケアチーム加算	141
A242-2	術後疼痛管理チーム加算	142
A243	後発医薬品使用体制加算	142
A243-2	バイオ後続品使用体制加算【新】	142
A244	病棟薬剤業務実施加算	143
A245	データ提出加算	144
A246	入退院支援加算	145
A246-2	精神科入退院支援加算【新】	150
A246-3	医療的ケア児(者)入院前支援加算【新】	152
A247	認知症ケア加算	153
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	155
A248	精神疾患診療体制加算	156
A249	精神科急性期医師配置加算	156
A250	薬剤総合評価調整加算	157
A251	排尿自立支援加算	159
A252	地域医療体制確保加算	160
A253	協力対象施設入所者入院加算【新】	160
第3節 特定入院料		
A300	救命救急入院料	162
A301	特定集中治療室管理料	165
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	168
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	170
A301-4	小児特定集中治療室管理料	171
A302	新生児特定集中治療室管理料	172

A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料【新】	174
A303	総合周産期特定集中治療室管理料	175
A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	176
A304	地域包括医療病棟入院料【新】	177
A305	一類感染症患者入院医療管理料	191
A306	特殊疾患入院医療管理料	191
A307	小児入院医療管理料	193
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	197
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	202
A309	特殊疾患病棟入院料	207
A310	緩和ケア病棟入院料	209
A311	精神科救急急性期医療入院料	210
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	214
A311-3	精神科救急・合併症入院料	215
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	217
A312	精神療養病棟入院料	218
A314	認知症治療病棟入院料	219
A315	精神科地域包括ケア病棟入院料【新】	220
A317	特定一般病棟入院料	222
A318	地域移行機能強化病棟入院料	224
A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	226
第4節 短期滞在手術等基本料		
A400	短期滞在手術等基本料	228
第2章 特掲診療料		
B 第1節 医学管理等		
第1節 医学管理料等		
B000	特定疾患療養管理料	247
B001	特定疾患治療管理料	249
B001-1	ウイルス疾患指導料	249
B001-2	特定薬剤治療管理料	249
B001-3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	253
B001-4	小児特定疾患カウンセリング料	254
B001-5	小児科療養指導料	255
B001-6	てんかん指導料	256
B001-7	難病外来指導管理料	257
B001-8	皮膚科特定疾患指導管理料	257
B001-9	外来栄養食事指導料	258
B001-10	入院栄養食事指導料	261
B001-11	集団栄養食事指導料	261
B001-12	心臓ペースメーカー指導管理料	262
B001-13	在宅療養指導料	263
B001-14	高度難聴指導管理料	264
B001-15	慢性維持透析患者外来医学管理料	264
B001-16	喘息治療管理料	266
B001-17	慢性疼痛疾患管理料	267
B001-18	小児悪性腫瘍患者指導管理料	267
B001-20	糖尿病合併症管理料	268
B001-21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	268
B001-22	がん性疼痛緩和指導管理料	268
B001-23	がん患者指導管理料	269
B001-24	外来緩和ケア管理料	271
B001-25	移植後患者指導管理料	272
B001-26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	272
B001-27	糖尿病透析予防指導管理料	273
B001-28	小児運動器疾患指導管理料	274

B001-29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	274
B001-30	婦人科特定疾患治療管理料	275
B001-31	腎代替療法指導管理料	275
B001-32	一般不妊治療管理料	276
B001-33	生殖補助医療管理料	276
B001-34	二次性骨折予防継続管理料	278
B001-35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	278
B001-36	下肢創傷処置管理料	278
B001-37	慢性腎臓病透析予防指導管理料【新】	279
B001-2	小児科外来診療料	280
B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	281
B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料	281
B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	282
B001-2-5	院内トリアージ実施料	282
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	282
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	283
B001-2-8	外来放射線照射診療料	284
B001-2-9	地域包括診療料	284
B001-2-10	認知症地域包括診療料	286
B001-2-11	小児かかりつけ診療料	288
B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	289
B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）【変】	291
B001-3-2	ニコチン依存症管理料	293
B001-3-3	生活習慣病管理料（Ⅱ）【新】	294
B001-4	手術前医学管理料	295
B001-5	手術後医学管理料	297
B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料	299
B001-7	リンパ浮腫指導管理料	299
B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料	300
B001-9	療養・就労両立支援指導料	300
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	301
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	302
B004	退院時共同指導料1	302
B005	退院時共同指導料2	303
B005-1-2	介護支援等連携指導料	304
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料	306
B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	306
B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	307
B005-6	がん治療連携計画策定料	308
B005-6-2	がん治療連携指導料	309
B005-6-3	がん治療連携管理料	309
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	309
B005-7	認知症専門診断管理料	310
B005-7-2	認知症療養指導料	311
B005-7-3	認知症サポート指導料	312
B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料	312
B005-9	外来排尿自立指導料	312
B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	313
B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2	314
B005-11	遠隔連携診療料	315
B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）	316
B005-13	こころの連携指導料（Ⅱ）	316
B005-14	プログラム医療機器等指導管理料【新】	316
B006	救急救命管理料	317
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	317
B007	退院前訪問指導料	317
B007-2	退院後訪問指導料	318
B008	薬剤管理指導料	319

B006-2	薬剤総合評価調整管理料	320
B009	診療情報提供料（Ⅰ）	321
B009-2	電子的診療情報評価料	326
B010	診療情報提供料（Ⅱ）	326
B010-2	診療情報連携共有料	326
B011	連携強化診療情報提供料	327
B011-3	薬剤情報提供料	328
B011-4	医療機器安全管理料	329
B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料	329
B011-6	栄養情報連携料【新】	330
B012	傷病手当金意見書交付料	330
B013	療養費同意書交付料	331
B014	退院時薬剤情報管理指導料	332
B015	精神科退院時共同指導料	333
第2節 削除		
第3節 特定保険医療材料		
B700	特定保険医療材料	335
C	第2部 在宅医療	
第1節 在宅患者診療・指導料		
C000	往診料	338
C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	344
C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	349
C002	在宅時医学総合管理料	351
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	359
C003	在宅がん医療総合診療料	365
C004	救急搬送診療料	367
C004-2	救急患者連携搬送料【新】	368
C005	在宅患者訪問看護・指導料	369
C005-1-2	同一建物居住者訪問看護・指導料	375
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	382
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	383
C007	訪問看護指示料	384
C007-2	介護職員等略称吸引等指示料	386
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	387
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	389
C010	在宅患者連携指導料	390
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	391
C012	在宅患者共同診療料	391
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	393
C014	外来在宅共同指導料	394
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料【新】	395
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	397
C101	在宅自己注射指導管理料	398
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	401
C101-3	在宅妊娠糖尿病病患者指導管理料	401
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	402
C102-2	在宅血液透析指導管理料	403
C103	在宅酸素療法指導管理料	403
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	405
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	405
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	405
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	405
C106	在宅自己導尿指導管理料	406
C107	在宅人工呼吸指導管理料	406
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	407

C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	408
C108	在宅麻薬等注射指導管理料【変】	409
C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料【新】	411
C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料【新】	411
C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	412
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	413
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	413
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	413
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	414
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	414
C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	414
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	414
C112	在宅気管切開患者指導管理料	414
C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	415
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	415
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	415
C117	在宅経腸投薬指導管理料	415
C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	415
C119	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	416
C120	在宅中耳加圧療法指導管理料	416
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	416
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	417
C151	注入器加算	418
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	418
C152-2	持続血糖測定器加算	418
C152-3	経腸投薬用ポンプ加算	420
C152-4	持続皮下注入シリンジポンプ加算【新】	420
C153	注入器用注射針加算	420
C154	紫外線殺菌器加算	420
C155	自動腹膜灌流装置加算	420
C156	透析液供給装置加算	420
C157	酸素ボンベ加算	421
C158	酸素濃縮装置加算	421
C159	液化酸素装置加算	421
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	421
C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	421
C161	注入ポンプ加算	422
C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	422
C163	特殊カテーテル加算	422
C164	人工呼吸器加算	423
C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	423
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	423
C167	疼痛等管理用送信器加算	424
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	424
C168-2	携帯型精密ネブライザ加算	424
C169	気管切開患者用人工鼻加算	424
C170	排痰補助装置加算	424
C171	在宅酸素療法材料加算	424
C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	424
C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算	425
C172	在宅経肛門の自己洗腸用材料加算	425
C173	横隔神経電気刺激装置加算	425
C174	在宅ハイフローセラピー装置加算	425
C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	425
第3節 薬剤料		
C200	薬剤	425

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通 則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、**1回**として算定する。
 - ◇ 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定する。
 - 同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様である。
 - ただし、初診料の「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の「医療法施行令」第3条の2第1項及び第2項に規定する診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科については、この限りでない。
 - ◇ 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。
 - ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
 - イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
 - ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたと、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合
 - ◇ 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については第2章第2部第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、A000初診料の算定のみの場合にあつては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。
 - ◇ 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。
 - ◇ 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術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 291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、253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

第2章 特掲診療料

B

医
管

◇ 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、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3節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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、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には、**発熱患者等対応加算**として、**月1回**に限り**20点**を更に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

- ◇ 医学管理等の費用は、第1節医学管理料等及び第3節特定保険医療材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、空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で発熱患者等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はあつては算定できない。

- 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

- ◇ 「通則3」の発熱患者等対応加算は、外来感染対策向上加算を算定している場合であつて、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に適切な感染対策の下で「通則3」に掲げる「イ」から「リ」までのいずれかを算定する場合に算定する。

- 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
 - 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。
- 6 抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18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、**抗菌薬適正使用体制加算**として、**月1回**に限り**5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

◇ 「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。

◇ 「通則6」の抗菌薬適正使用体制加算は、「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抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

◇ 特定疾患療養管理料について

- (1) 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) 特定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

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。

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) 特定疾患を主病とする者に対し、実際に主病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っては算定できない。
- (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。
- (11) 別に厚生労働大臣が定める疾患名は、「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患の名称であるが、疾患名について各医療機関での呼称が異なっても、その医学的内容が分類表上の対象疾患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
 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
 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）
 リポジストロフィー
 ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
 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
アナフィラキシー
ギラン・バレー症候群

B001 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B000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

◇ ウイルス疾患指導料について

- (1) 肝炎ウイルス、HIV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) HIV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HIV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) 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
 - (ロ) てんかん患者であっ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っ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ってテオフィリン製剤を投与しているもの
 - (ホ) 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの

第14部 その他

通 則

- 1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節(入院ベースアップ評価料を除く。)の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。

◇ 通則

- (1) その他の費用は、第1節看護職員処遇改善評価料若しくは第2節ベースアップ評価料の各区分の所定点数のみにより、又は第1節看護職員処遇改善評価料及び第2節ベースアップ評価料の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- (2) 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科においてベースアップ評価料(Ⅰ)若しくはベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来ベースアップ評価料(Ⅰ)若しくは歯科外来ベースアップ評価料(Ⅱ)(以下「ベースアップ評価料」という。)を算定することができる。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ベースアップ評価料を算定する。

第1節 看護職員処遇改善評価料

区分

〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料(1日につき)

1	看護職員処遇改善評価料1	1点
2	看護職員処遇改善評価料2	2点
3	看護職員処遇改善評価料3	3点
4	看護職員処遇改善評価料4	4点
5	看護職員処遇改善評価料5	5点
6	看護職員処遇改善評価料6	6点
7	看護職員処遇改善評価料7	7点
8	看護職員処遇改善評価料8	8点
9	看護職員処遇改善評価料9	9点
10	看護職員処遇改善評価料10	10点
11	看護職員処遇改善評価料11	11点
12	看護職員処遇改善評価料12	12点
13	看護職員処遇改善評価料13	13点
14	看護職員処遇改善評価料14	14点
15	看護職員処遇改善評価料15	15点
16	看護職員処遇改善評価料16	16点
17	看護職員処遇改善評価料17	17点
18	看護職員処遇改善評価料18	18点
19	看護職員処遇改善評価料19	19点
20	看護職員処遇改善評価料20	20点
21	看護職員処遇改善評価料21	21点
22	看護職員処遇改善評価料22	22点
23	看護職員処遇改善評価料23	23点
24	看護職員処遇改善評価料24	24点
25	看護職員処遇改善評価料25	25点
26	看護職員処遇改善評価料26	26点
27	看護職員処遇改善評価料27	27点
28	看護職員処遇改善評価料28	28点

- ◇ 看護職員処遇改善評価料は、地域で新型コロナウイルス感染症に係る医療など一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(A400の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。

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

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 ・ 入院年月日 年 月 日 ・ 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 (複数ある場合はそれぞれ記載のこと。) ・ 入院基本料等の種別： ・ 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 ・ 日 (年 月 日現在)
4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名 ・ 傷病名：
5. 転帰 (該当するものに○をつける。) ・ 治癒 ・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。) ・ その他
6. その他の特記事項

別添 1 の 2

< 通則 >

医科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。

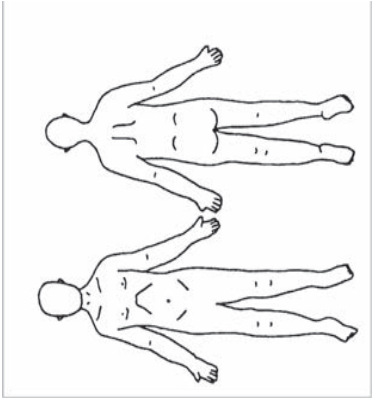
自筆の署名がある場合には印は不要であること。

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 及び 11 の 2 について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定の
 セキュリティが確保されていることから電子署名を行わずとも共有可能とする。

※別紙様式 2、別紙様式 15、別紙様式 35、別紙様式 37 及び別紙様式 53 は欠番である。

緩和ケア実施計画書

(別紙様式3)

氏名	(ふりがな)	年齢	ID
生年月日	明・大昭・平・寺	年	日
主訴	歳		
診断	5) _____		
	6) _____		
	7) _____		
	8) _____		
現病歴	年 月 日		
既往歴	年 月 日		
身体症状	<p>【重症度】</p> <p>1. 痛み <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>3. 倦怠感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>4. 発熱 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>5. 口渇 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>6. 咳・痰 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>7. 食欲不振 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>8. 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>10. 便秘 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>11. 浮腫 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>12. 発熱 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>13. 寒戦 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>14. その他(具体的に) _____</p>		
【症状の性質、分布】			
身体活動状態	<p>全無 <input type="checkbox"/>0. 間断なし <input type="checkbox"/>1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/>2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている</p> <p><input type="checkbox"/>3. しばしば介助が必要、一日の半分以上は起きている</p> <p>歩行 <input type="checkbox"/>間断なし <input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>不可</p> <p>排便 <input type="checkbox"/>間断なし <input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>要介助</p> <p>食事 <input type="checkbox"/>間断なし <input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>要介助 <input type="checkbox"/>不可</p>		

精神状態	【重症度】
1. 不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
3. せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
4. 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
5. 眠気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)	
その他の問題	
<input type="checkbox"/> 家族	
<input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい	
<input type="checkbox"/> その他	
本人の希望	家族の希望
①	②
③	
緩和治療・療養計画	
<input type="checkbox"/> 薬物療法	
<input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクゼーション)	
<input type="checkbox"/> 理学・作業療法	
<input type="checkbox"/> 栄養食事管理	
<input type="checkbox"/> その他	
備考	
説明日	年 月 日
本人の署名	家族の署名 (捺印)
主治医	精神科医
緩和ケア医	緩和ケア担当看護師
緩和ケア担当薬剤師	緩和ケア担当管理栄養士

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準

- 一 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額は、別表により算定した額とする。
- 二 別表第一の1及び第二の1における届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する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。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

別表

食事療養及び生活療養の費用額算定表

第一 食事療養

1 入院時食事療養（Ⅰ）（1食につき）

- | | |
|---------------------|------|
| (1) (2)以外の食事療養を行う場合 | 670円 |
| (2) 流動食のみを提供する場合 | 605円 |

注

- 1 (1)については、別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。
- 2 (2)については、別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。以下同じ。）のみを経管栄養法により提供したときに、1日に3食を限度として算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、(2)を算定する患者については、算定しない。
- 4 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、食堂における食事療養を行ったときは、1日につき50円を加算する。

2 入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき）

- | | |
|---------------------|------|
| (1) (2)以外の食事療養を行う場合 | 536円 |
| (2) 流動食のみを提供する場合 | 490円 |

注

- 1 (1)については、入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。
- 2 (2)については、入院時食事療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。

第二 生活療養

1 入院時生活療養（Ⅰ）

- | | |
|--|------|
| (1) 健康保険法第63条第2項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第64条第2項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき） | |
| イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 | 584円 |
| ロ 流動食のみを提供する場合 | 530円 |
| (2) 健康保険法第63条第2項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第 | |

64条第2項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（1日につき） **398円**

注

- 1 (1)のイについては、別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による生活療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該生活療養を行ったときに、(1)に掲げる療養として、1日につき3食を限度として算定する。
- 2 (1)のロについては、別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による生活療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該生活療養として流動食のみを経管栄養法により提供したときに、(1)に掲げる療養として、1日につき3食を限度として算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、(1)に掲げる療養について、1食につき**76円**を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、(1)のロを算定する患者については、算定しない。
- 4 当該患者（療養病棟に入院する患者を除く。）について、食堂における(1)に掲げる療養を行ったときは、1日につき**50円**を加算する。

2 入院時生活療養（Ⅱ）

- (1) 食事の提供たる療養（1食につき） **450円**
- (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（1日につき） **398円**

注 入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、生活療養を行ったときに、(1)に掲げる療養については1日につき3食を限度として算定する。

材料価格基準関係告示

◎厚生労働省告示第61号

（令和 6. 3. 5 厚生労働省告示第61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、別表に記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	1,400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	4,020円
ii 二重管	5,690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	2,030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	862円
(3) 2管一般（Ⅲ）	
① 標準型	1,650円
② 閉鎖式導尿システム	2,030円
(4) 特定（Ⅰ）	741円
(5) 特定（Ⅱ）	2,060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	1,600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 I a型	1,440円
② I b型	1,500円
③ II a型	1,450円
④ II b型	1,520円
⑤ S型	2,220円
⑥ 特定積層型	5,590円
(2) 吸着型血液浄化器（ β_2 -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	3,080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 cm ² 当たり 6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1 cm ² 当たり 10円
② 異形型	1 g 当たり 35円
(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 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

3,770円

012 交換用胃瘻カテーテル

(1) 胃留置型			① 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	51,100円
① バンパー型			② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	41,100円
ア ガイドワイヤーあり	21,700円			
イ ガイドワイヤーなし	15,500円			
② バルーン型	7,420円		(3) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	74,600円
(2) 小腸留置型			006 体外式連続心拍出量測定用センサー	37,200円
① バンパー型	26,500円		007 血管内超音波プローブ	
② 一般型	15,800円		(1) 標準	
013 局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm当たり18円		① 太径	52,800円
014 陰圧創傷治療用カトリッジ	19,800円		② 細径	66,500円
015 人工鼻材料			(2) バルーン付	
(1) 人工鼻			① 太径	173,000円
① 標準型	492円		② 細径	183,000円
② 特殊型	1,000円		008 血管内視鏡カテーテル	164,000円
(2) 接続用材料			009 血管造影用カテーテル	
① シール型			(1) 一般用	1,720円
ア 標準型	675円		(2) 脳血管・腹部血管専用型	2,460円
イ 特殊型	1,150円		(3) バルーン型 (I)	
② チューブ型	16,800円		① 一般用	13,400円
③ ボタン型	22,100円		② 脳血管・腹部血管専用型	19,300円
(3) 呼吸弁	51,100円		(4) バルーン型 (II)	30,200円
II 医科点数表の第2章第1部, 第3部から第6部まで及び第9部から第12部までに規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格			(5) 心臓マルチパーパス型	3,170円
001 血管造影用シースイントロデューサーセット			(6) サイジング機能付加型	3,230円
(1) 一般用			010 血管造影用マイクロカテーテル	
① 標準型	2,130円		(1) オーバーザワイヤー	
② 特殊型	2,130円		① 選択的アプローチ型	
(2) 蛇行血管用	2,700円		ア ブレードあり	36,600円
(3) 選択的導入用 (ガイディングカテーテルを兼ねるもの)	13,600円		イ ブレードなし	35,800円
(4) 心腔内及び大動脈デバイス用			② 造影能強化型	30,100円
① 標準型	29,900円		③ デタッチャブルコイル用	49,700円
② 特殊型			(2) フローダイレクト	64,300円
ア 65cm未満	65,900円		(3) 遠位端可動型治療用	74,500円
イ 65cm以上	84,800円		(4) 気管支バルブ治療用	48,900円
(5) 遠位端可動型	116,000円		011 心臓造影用センサー付カテーテル	113,000円
002 ダイレーター	2,490円		012 血管造影用ガイドワイヤー	
003 動脈圧測定用カテーテル			(1) 交換用	2,090円
(1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル	14,000円		(2) 微細血管用	12,500円
(2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	2,120円		013 経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー	
004 冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	3,350円		(1) 一般用	10,100円
005 サーモダイリレーション用カテーテル			(2) 複合・高度狭窄部位用	14,500円
(1) 一般型			014 冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー	
① 標準型			(1) フローセンサー型	158,000円
ア 標準型	9,790円		(2) コンビネーション型	211,000円
イ 輸液又はパーシングリード用ルーメンあり	13,700円		015 弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー	
② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	52,400円		(1) ガイドワイヤー	24,400円
③ ペーシング機能あり	37,100円		(2) 僧帽弁誘導用スタイルット	24,500円
(2) 連続心拍出量測定機能あり			016 テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット	5,900円
			017 3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル	1,120円
			018 削除	
			019 携帯型ディスプレイ注注入ポンプ	
			(1) 化学療法用	3,180円
			(2) 標準型	3,080円

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・63	463
1, 5AG	D007・21	459
1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	D007・21	459
(1→3)-β-D-グルカン	D012・42	478
11-OHCS	D008・2	464
11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	D008・2	464
17-KGS	D008・40	467
17-KGS分画	D008・45	467
17-KS分画	D008・43	467
17α-OHP	D006・43	467
17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)	D008・43	467
17-ケートジェニックステロイド(17-KGS)	D008・40	467
17-ケートジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	D008・45	467
17-ケートステロイド分画(17-KS分画)	D008・43	467
1CTP	D009・23	469
1型コラーゲンC-テロペプチド(1CTP)	D009・23	469
1型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	D008・35	466
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	466
1型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	D008・25	465
1型プロコラーゲンN-プロペプチド(P1NP)	D008・28	466
24時間自由行動下血圧測定	D225-3	518
25-ヒドロキシビタミンD	D007・31	460
4型コラーゲン	D007・36	460
4型コラーゲン(尿)	D001・15	435
4型コラーゲン・7S	D007・42	461
5-HIAA	D008・5	464
5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	D008・5	464
英字等		
AAV9抗体	D012・66	481

診療行為名	区分番号等	頁
ABO血液型	D011・1	473
ABO血液型亜型	D011・7	473
ABO血液型関連糖転移酵素活性	D011・5	473
ACE	D007・39	461
ACTH	D008・37	466
ADA	D007・11	458
ADAMTS13インヒビター	D006・35	444
ADAMTS13活性	D006・33	444
ADH	D008・47	467
AFP	D009・2	468
AFP-L3%	D009・26	469
AI	D007・29	460
ALK融合遺伝子標本作製	N005-2	897
ALK融合タンパク	N002・6	895
ALP	D007・1	458
ALPアイソザイム	D007・14	459
ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	D007・47	461
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	459
ALT	D007・3	458
AMH	D008・52	468
ANCA定性	D014・36	485
ANP	D008・46	467
APOA2アイソフォーム	D009・35	471
APRスコア定性	D015・20	487
APTT	D008・7	443
ASK定性	D012・3	474
ASK半定量	D012・3	474
ASO定性	D012・1	473
ASO定量	D012・1	473
ASO半定量	D012・1	473
AST	D007・3	458
ASTアイソザイム	D007・15	459
A群β溶血連鎖球菌核酸検出	D023・3	491
A群β溶連菌迅速試験定性	D012・19	475
BAP	D008・26	466
BCA225	D009・20	469
BCR-ABL1	D006-3	445

診療行為名	区分番号等	頁
Bence Jones蛋白同定(尿)	D015・22	488
BFP	D009・17	469
BNP	D008・18	465
BRAF V600E変異タンパク免疫染色 (免疫抗体法)病理組織標本作製	N005-5	898
BRCA1/2遺伝子検査	D006-18	450
BTA(尿)	D009・1	468
BTR	D010・5	472
B細胞表面免疫グロブリン	D016・1	489
C1q結合免疫複合体	D014・15	483
C1インアクチベータ	D015・25	488
C3	D015・8	487
C3プロアクチベータ	D015・16	487
C4	D015・8	487
CA125	D009・11	468
CA15-3	D009・6	468
CA19-9	D009・9	468
CA54/61	D009・25	469
CA602	D009・27	469
CA72-4	D009・16	469
cAMP	D008・32	466
CAR発現生T細胞投与(一連につき)	K972-2	865
CCR4タンパク	N002・5	895
CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	D006-10	448
CD30	N002・7	895
CEA	D008・3	468
CEA定性(乳頭分泌液)	D009・33	471
CEA半定量(乳頭分泌液)	D009・33	471
CH50	D015・4	487
ChE	D007・1	458
CK	D007・1	458
CK-18F	D007・50	462
CK-MB(蛋白量測定)	D007・22	459
CKアイソザイム	D007・17	459
Coombs試験	D011・2	473
CPR	D008・12	464
C-PTHrP	D008・36	466
CRP	D015・1	486
CRP定性	D015・1	486
CSLEX	D009・19	469
CTP	D007・84	463
CT撮影(一連につき)	E200	569
Cu	D007・5	458
CYP2C9遺伝子多型	D006-25	453
C反応性蛋白(CRP)	D015・1	486
C反応性蛋白(CRP)定性	D015・1	486
C-ペプチド(CPR)	D008・12	464
DHEA-S	D008・31	466
DKS吻合を伴う大動脈狭窄症手術	K557-4	796
DNA含有赤血球計数検査	D005・7	442
Donath-Landsteiner試験	D014・4	482
DPD(尿)	D008・39	467
DUPAN-2	D009・7	468
D-アラビニトール	D012・32	477
Dダイマー	D006・15	443
Dダイマー定性	D006・13	443
Dダイマー半定量	D006・16	443
E2	D008・33	466

診療行為名	区分番号等	頁
E3	D008・36	466
EBUS-TBNA	D415-2	550
EBウイルス核酸定量	D023・8	492
EGFR遺伝子検査(血漿)	D006-12	449
EGFRタンパク	N002・4	895
ELFスコア	D007・50	462
ENBD	K682-3	821
EOG	D278	534
ERG	D258	531
ESR	D005・1	441
EUS-FNA	D414-2	550
FDP(尿)	D001・7	435
FDP定性	D006・10	443
FDP定量	D006・10	443
FDP半定量	D006・10	443
Fe	D007・1	458
FGF23	D007・65	463
FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	D006-11	448
FLT3遺伝子検査	D006-14	449
FSH	D008・12	464
FT3	D008・14	464
FT4	D008・14	464
FTA-ABS試験定性	D012・23	476
FTA-ABS試験半定量	D012・23	476
G-6-Pase	D015・2	487
G-6-PD	D007・21	459
G-6-PD定性	D015・3	487
GH	D008・12	464
HA-IgM抗体	D013・8	482
HA抗体	D013・8	482
HbA1c	D005・9	442
HBc-IgM抗体	D013・8	482
HBcAg	D013・12	482
HBc抗体半定量・定量	D013・6	482
HBe抗原	D013・4	482
HBe抗体	D013・4	482
HbF	D005・11	442
HBs抗原	D013・3	481
HBs抗原定性・半定量	D013・1	481
HBs抗体	D013・3	481
HBs抗体定性	D013・2	481
HBs抗体半定量	D013・2	481
HBV核酸定量	D023・4	491
HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出	D023・17	494
HBVコア関連抗原(HBcAg)	D013・12	482
HBVジェノタイプ判定	D013・14	482
HCG- β	D008・17	464
HCG定性	D008・1	464
HCG定量	D008・18	465
HCG半定量	D008・18	465
HCG半定量	D008・32	466
HCV核酸検出	D023・9	493
HCV核酸定量	D023・15	494
HCV血清群別判定	D013・11	482
HCVコア抗体	D013・7	482
HCVコア蛋白	D013・5	482
HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性	D013・9	482