

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	3
4	入院時の食事の費用等と標準負担額	6
5	公費負担医療制度（適用優先順）	7

【医科診療報酬 点数早見表】

1	初診料	8
2	再診料（一般病床数200床未満の病院，診療所）	8
3	外来診療料（一般病床数200床以上の病院）	9
4	ベースアップ評価料等，物価対応料	9
5	入院基本料	10
6	入院基本料等加算	14
7	特定入院料	18
8	短期滞在手術等基本料	22
9	医学管理等	23
10	在宅医療	28
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	32
	【資料】検査略称一覧（抜粋）	45
12	画像診断	48
13	投薬	51
14	注射	52
15	リハビリテーション	53
16	精神科専門療法	54
17	処置	56
18	手術	56
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～義務教育就学前 「6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日」まで		2割
義務教育就学以後～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

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	日雇特別被保険者の保険（一般療養）	(日)
04	日雇特別被保険者の保険（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	
72	国家公務員特定共済組合	(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
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 (令和8年3月現在の情報に基づいて作成)

(1)-1 70歳未満

		所得区分 (年収の目安)	自己負担限度額 (月単位) 〈 〉 = 多数回該当 ^{注1}	年間上限 [R8.8~] ^{*1}
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 252,600円+(医療費-842,000円)×1%【現行】 270,300円+(医療費-901,000円)×1% [R8.8~R9.7] ^{*1} 〈140,100円〉	168万円
			国保: 旧ただし書所得901万円超	
旧一般	イ	約770万円~ 約1,160万円	健保: 標準報酬月額53万~79万円 167,400円+(医療費-558,000円)×1%【現行】 179,100円+(医療費-597,000円)×1% [R8.8~R9.7] ^{*1} 〈93,000円〉	111万円
			国保: 旧ただし書所得600万~901万円	
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 80,100円+(医療費-267,000円)×1%【現行】 85,800円+(医療費-286,000円)×1% [R8.8~R9.7] ^{*1} 〈44,400円〉	53万円
			国保: 旧ただし書所得210万~600万円	
旧一般	エ	~約370万円	健保: 標準報酬月額26万円以下 57,600円【現行】 61,500円 [R8.8~R9.7] ^{*1} 〈44,400円〉	53万円 ^{*2}
			国保: 旧ただし書所得210万円以下	
オ		低所得者 (市町村民税非課税) ^{注2}	35,400円【現行】 36,900円 [R8.8~R9.7] ^{*1} 〈24,600円〉	29万円

(1)-2 70歳未満 [R9.8~]

		所得区分 ^{*1} (年収の目安)	自己負担限度額 〈 〉 = 多数回該当 ^{注1} 月額上限	年間上限
ア	約1,650万円~	健保: 標準報酬月額127万円以上	342,000円+(医療費-1,140,000円)×1% 〈140,100円〉	168万円
		国保: 旧ただし書所得1,356万円超		
イ	約1,410万円~ 約1,650万円	健保: 標準報酬月額103万~121万円	303,000円+(医療費-1,010,000円)×1% 〈140,100円〉	168万円
		国保: 旧ただし書所得1,110万円~1,356万円		
ウ	約1,160万円~ 約1,410万円	健保: 標準報酬月額83万~98万円	270,300円+(医療費-901,000円)×1% 〈140,100円〉	168万円
		国保: 旧ただし書所得901万円~1,110万円		
エ	約1,040万円~ 約1,160万円	健保: 標準報酬月額71万~79万円	209,400円+(医療費-698,000円)×1% 〈93,000円〉	111万円
		国保: 旧ただし書所得809万円~901万円		
オ	約950万円~ 約1,040万円	健保: 標準報酬月額62万~68万円	194,400円+(医療費-648,000円)×1% 〈93,000円〉	111万円
		国保: 旧ただし書所得679万円~809万円		
カ	約770万円~ 約950万円	健保: 標準報酬月額53万~59万円	179,100円+(医療費-597,000円)×1% 〈93,000円〉	111万円
		国保: 旧ただし書所得600万円~679万円		
キ	約650万円~ 約770万円	健保: 標準報酬月額44万~50万円	110,400円+(医療費-368,000円)×1% 〈44,400円〉	53万円
		国保: 旧ただし書所得410万円~600万円		
ク	約510万円~ 約650万円	健保: 標準報酬月額36万~41万円	98,100円+(医療費-327,000円)×1% 〈44,400円〉	53万円
		国保: 旧ただし書所得313万円~410万円		
ケ	約370万円~ 約510万円	健保: 標準報酬月額28万~34万円	85,800円+(医療費-286,000円)×1% 〈44,400円〉	53万円
		国保: 旧ただし書所得210万円~313万円		
コ	約260万円~ 約370万円	健保: 標準報酬月額20万~26万円	69,600円 〈44,400円〉	53万円
		国保: 旧ただし書所得127万円~210万円		
サ	約200万円~ 約260万円	健保: 標準報酬月額16万~19万円	65,400円 〈44,400円〉	53万円
		国保: 旧ただし書所得86万円~127万円		
シ	~約200万円	健保: 標準報酬月額15万円以下	61,500円 〈34,500円〉	41万円
		国保: 旧ただし書所得86万円未満		
ス		低所得者 (市町村民税非課税) ^{注2}	36,900円 〈24,600円〉	29万円

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月目以降の限度額
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
※1 令和8年8月から月額の限度額を引き上げる他、新たに1年間(8月1日~翌年7月31日)の上限額を設定。さらに令和9年8月からは所得区分を細分化し、1か月の限度額をきめ細かく設定(いずれも多数回該当は据置き)
※2 標準報酬月額15万円以下に該当することが確認できた場合、年間上限41万円を適用(令和9年8月以降に払い戻し)

(2)-1 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)		年間上限 【R8.8~】 ^{*1}
		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%〔現行〕 270,300円+(医療費-901,000円)×1%【R8.8~R9.7】 ^{*1} (140,100円)	168万円
	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%〔現行〕 179,100円+(医療費-597,000円)×1%【R8.8~R9.7】 ^{*1} (93,000円)	111万円
	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%〔現行〕 85,800円+(医療費-286,000円)×1%【R8.8~R9.7】 ^{*1} (44,400円)	53万円
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	57,600円〔現行〕	53万円 ^{*2}
		〔年間上限144,000円〕 22,000円【R8.8~R9.7】	61,500円【R8.8~R9.7】 ^{*1}	〔44,400円〕 【21.6万円】
低所得者	市町村民税非課税 ^{注2} 年金収入80.67万円以下など	8,000円	24,600円〔現行〕	29万円
		11,000円【R8.8~R9.7】 ^{*1}	25,700円(24,600円)【R8.8~R9.7】 ^{*1}	【9.6万円】
		8,000円	15,000円〔現行〕 15,700円【R8.8~R9.7】 ^{*1}	18万円 【-】

(2)-2 70歳以上【R9.8~】

所得区分 ^{*1}		世帯の自己負担限度額	
		月額上限 〈 〉 = 多数回該当 ^{注1}	年間上限
ア	約1,650万円~ 健保:標準報酬月額127万円以上 国保:課税所得1,107万円以上	70歳未満の場合と同様 (前頁参照)	
イ	約1,410万円~ 約1,650万円 健保:標準報酬月額103万円~121万円 国保:課税所得900万円以上		
ウ	約1,160万円~ 約1,410万円 健保:標準報酬月額83万円~98万円 国保:課税所得737万円以上		
エ	約1,040万円~ 約1,160万円 健保:標準報酬月額71万円~79万円 国保:課税所得614万円以上		
オ	約950万円~ 約1,040万円 健保:標準報酬月額62万円~68万円 国保:課税所得504万円以上		
カ	約770万円~ 約950万円 健保:標準報酬月額53万円~59万円 国保:課税所得389万円以上		
キ	約650万円~ 約770万円 健保:標準報酬月額44万円~50万円 国保:課税所得280万円以上		
ク	約510万円~ 約650万円 健保:標準報酬月額36万円~41万円 国保:課税所得203万円以上		
ケ	約370万円~ 約510万円 健保:標準報酬月額28万円~34万円 国保:課税所得145万円以上		

(次頁に続く)

所得区分 ^{※1}		世帯の自己負担限度額	
		月額上限 < > = 多数回該当 ^{注1}	年間上限
コ	約260万円～ 約370万円	健保：標準報酬月額20万円～26万円 国保：課税所得57万円以上	69,600円 <44,400円> 【外来（個人）28,000円】 53万円 【21.6万円】
サ	約200万円～ 約260万円	健保：標準報酬月額16万円～19万円 国保：課税所得28万円以上	65,400円 <44,400円> 【外来（個人）28,000円】 53万円 【21.6万円】
シ	～約200万円	健保：標準報酬月額15万円以下 国保：課税所得28万円未満	61,500円 <34,500円> 【外来（個人）22,000円】 41万円 【21.6万円】
ス	低所得者（市町村民税非課税） ^{注2}		25,700円 <24,600円> 【外来（個人）13,000円】 29万円 【9.6万円】
セ	年金収入80.67万円以下など		15,700円 【外来（個人）8,000円】 18万円 【—】

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月目以降の限度額

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）

※1 令和8年8月から月額限度額を引き上げる他、新たに1年間（8月1日～翌年7月31日）の上限額を設定。さらに令和9年8月からは所得区分を細分化し、1か月の限度額をきめ細かく設定（いずれも多数回該当は据置き）

※2 標準報酬月額15万円以下に該当することが確認できた場合、年間上限41万円を適用（令和9年8月以降に払い戻し）

(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 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)	730円	① 入院時食事療養（Ⅱ）(1)	596円
② 入院時食事療養（Ⅰ）(2) ^{注1}	665円	② 入院時食事療養（Ⅱ）(2) ^{注1}	550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	550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	330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	270円
	低所得Ⅱ（70歳以上）	過去1年間の入院期間が90日超	220円
D	低所得Ⅰ（70歳以上）		130円

※平成28年3月31日において、すでに1年以上継続して精神病床に入院している患者であって、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院する者の食事療養標準負担額については、当分の間、それ以前の額に据置き。なお、当該患者が平成28年4月1日以後、合併症等により一の医療機関を退院した日において他の医療機関に再入院する場合についても、この据置きは継続（再び同一日において他の医療機関に再々入院する場合も同様）

■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）	510円
イ 食事の提供たる療養1	644円		
ロ 食事の提供たる療養2 ^{注1}	590円	(2)療養環境の形成たる療養（1日につき）	458円
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）	458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) 550円 生(Ⅱ) 510円	430円	生(I) 550円 生(Ⅱ) 510円	430円	330円	0円	
70歳未満	70歳以上						
低所得者	低所得Ⅱ	270円	430円	270円 (90日超の入院は220円)	430円	270円 (90日超の入院は220円)	0円
	低所得Ⅰ	160円	430円	130円	430円	130円	0円
高齢福祉年金受給者（後期高齢者医療制度のみ）		130円	0円	130円	0円	130円	0円
境界層該当者 ^{注1}							

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130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

5 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） ○更生医療（法第20条関係）	-
	14	○認定疾病医療（法第10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	○新感染症の患者の入院（法第37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	○新感染症外出自粛対象者の医療（法第50条の3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） ○結核患者の入院（法第37条関係）	（感37の2） （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） ○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第44条の3の2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よる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療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）	

6 高額医療・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
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	19万円 ^{注1}	

※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

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 調剤基本料1 施	47	*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
	2 調剤基本料2 施	30	*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他の処方箋
	3 調剤基本料3 施	イ:25 口:20 ハ:37	*3 厚生労働大臣の定める保険薬局(妥結率が5割以下等)
	4 特別調剤基本料A 施	5	*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2 特別調剤基本料B	3	*5 処方箋受付回数600回以下/月の保険薬局を除く
	注3 調剤基本料減算(分割回数減算)* ²	80/100	*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4 調剤基本料減算(100分の50)* ³	50/100	*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5 地域支援・医薬品供給対応体制加算 施 ★	イ: +27 2: +59 3: +67 4: +37 5: +59	*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)
	特別調剤基本料Aの薬局10/100		
	注6 連携強化加算* ⁴ 施 ★	+5	
	注7 バイオ後続品調剤体制加算 施 ★	+50	
	特別調剤基本料Aの薬局10/100		
	注8 調剤基本料減算(後発医薬品減算)* ⁵	5点減算	
	注9 14日超投薬・2回目以降の分割調剤(1分割調剤につき)* ⁶	5	
	注10 後発医薬品・2回目の分割調剤* 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1 施 ★	+30	
	特別調剤基本料Aの薬局所定点数×10/100		
	注13 在宅薬学総合体制加算2 施 ★、特別調剤基本料Aの薬局10/100		
	イ: 単一建物居住者1人: +100 口: イ以外: +50		
	注14 電子的調剤情報連携体制整備加算 施 ★(月1回)	+8	
	注15 門前薬局等立地依存減算	15点減算	
	注16 注3又は注4と、注5から注8まで又は注12から注15までに規定する点数とを合算した点数が3点を下回る場合	3	
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	(15歳未満) (15歳以上)	
	中心静脈栄養法用輸液	+237	+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* ³ (1調剤につき)		*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	

医科診療報酬点数表

(令和8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	1071
○関係告示	1079
●医科診療報酬点数表 索引	1116

■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（算定を要する患者）を指す。この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。

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。

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 |

D007 血液化学検査

- 1 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（B
C P改良法）▲、尿素窒素▲、クレアチニ
ン▲、尿酸▲、アルカリホスファターゼ（A
L P）▲、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-G
T）▲、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、
ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、

◇ 摂食障害入院医療管理加算について

- (1) 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・看護師の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。
- (2) 算定対象となる患者は、摂食障害による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

- ◇ 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については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

- ◇ カルシウム及び本区分「7」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

- ◇ 総鉄結合能（TIBC）（比色法）と不飽和鉄結合能（UIBC）（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。

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。

29 心筋トロポニン I，心筋トロポニン T (TnT) 定性・定量，アルミニウム (Al)，シスタチン C 109点

◇ 心筋トロポニン I と心筋トロポニン T (TnT) 定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
◇ シスタチン C は、E I A 法，ラテックス凝集比濁法，金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合に限り算定できる。シスタチン C は、本区分「1」の尿素窒素又は本区分「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、本区分「31」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

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。

D012 感染症免疫学的検査

点数の変更

51 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 220点

◇ 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

52 赤痢アメーバ抗体半定量，赤痢アメーバ抗原定性，赤痢アメーバ抗体定性 223点

◇ 赤痢アメーバ抗原定性は、腸管アメーバ症の症状を呈する患者に対して、アメーバ赤痢の診断を目的として、酵素免疫測定法(定性)により糞便中の赤痢アメーバ抗原を測定した場合に算定する。

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)

令和8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。)

K740-3 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

- 1 切除術 78,960点
- 2 低位前方切除術 87,430点
- 3 超低位前方切除術 94,970点
- 4 経肛門吻合を伴う切除術 103,970点
- 5 切断術 87,430点

◆ 本区分は施設基準設定手術→通則4(要届出)，通則5
◆ 本区分は外科医療確保特別加算対象→通則23
◆ 本区分はK931超音波凝固切開装置等加算対象
→本区分はK936自動縫合器加算対象(4個限度)
→本区分はK936-2自動吻合器加算対象(1個限度)
→本区分はK939-4内視鏡手術用支援機器加算対象
◇ 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

注1 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。
2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに対して行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,200点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。

について
(1) 「4」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に手術内容を記載すること。
(2) 「4」及び「5」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(3) 「注1」に規定する人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

注に規定する点数や加算名等を太字で強調しています。

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8年厚生労働省告示第70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8年厚生労働省告示第71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件（令和8年厚生労働省告示第69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料については、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て標榜する場合も含む。
- 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行う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8年3月5日保医発0305第7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8年3月5日保医発0305第8号）を「特掲診療料施設基準通知」という。

- 13 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」に該当する場合に、別途徴収できる。
- 14 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、A000初診料は算定できないが、A001再診料又はA002外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。
- 15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部
- 検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療であって健診等に含まれないもの（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。
- 16 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- 17 健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

医科診療報酬点数表 目次

第1章 基本診療料	37	第5節 処方箋料	624
第1部 初・再診療	37	第6節 調剤技術基本料	627
第1節 初診料	38	第6部 注 射	629
第2節 再診料	46	第7部 リハビリテーション	640
第2部 入院料等	59	第8部 精神科専門療法	670
第1節 入院基本料	76	第9部 処 置	713
第2節 入院基本料等加算	114	第1節 処置料	715
第3節 特定入院料	175	第2節 処置医療機器等加算	758
第4節 短期滞在手術等基本料	236	第3節 薬 剤 料	762
第2章 特掲診療料	258	第4節 特定保険医療材料料	762
第1部 医学管理等	258	第10部 手 術	763
第1節 医学管理料等	260	第1節 手術料	776
第2節 削除		第2節 輸 血 料	930
第3節 特定保険医療材料料	358	第3節 手術医療機器等加算	934
第2部 在宅医療	359	第4節 薬 剤 料	940
第1節 在宅患者診療・指導料	360	第5節 特定保険医療材料料	940
第2節 在宅療養指導管理料	423	第11部 麻 酔	942
第3節 薬 剤 料	454	第1節 麻酔料	943
第4節 特定保険医療材料料	456	第2節 神経ブロック料	952
第3部 検 査	457	第3節 薬 剤 料	954
第1節 検体検査料	461	第4節 特定保険医療材料料	954
第2節 削除		第12部 放射線治療	955
第3節 生体検査料	539	第13部 病理診断	966
第4節 診断穿刺・検体採取料	584	第1節 病理標本作製料	967
第5節 薬 剤 料	589	第2節 病理診断・判断料	971
第6節 特定保険医療材料料	589	第14部 その他	974
第4部 画像診断	590	第1節 ベースアップ評価料等	974
第1節 エックス線診断料	592	第2節 物価対応料	995
第2節 核医学診断料	598	第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料	1012
第3節 コンピューター断層撮影診断料	608	第4章 経過措置	1016
第4節 薬 剤 料	613		
第5節 特定保険医療材料料	613	○医科診療報酬点数表 索引	1116
第5部 投 薬	615		
第1節 調 剤 料	616		
第2節 処 方 料	616		
第3節 薬 剤 料	622		
第4節 特定保険医療材料料	624		

区分番号 詳細目次

令和8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	38
第2節 再診料		
A001	再診料	46
A002	外来診療料	55
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	76
A101	療養病棟入院基本料	80
A102	結核病棟入院基本料	87
A103	精神病棟入院基本料	90
A104	特定機能病院入院基本料	94
A105	専門病院入院基本料	99
A106	障害者施設等入院基本料	102
A108	有床診療所入院基本料	108
A109	有床診療所療養病床入院基本料	111
第2節 入院基本料等加算		
A200	急性期総合体制加算【変】	114
A204	地域医療支援病院入院診療加算	115
A204-2	臨床研修病院入院診療加算	115
A204-3	紹介受診重点医療機関入院診療加算	115
A204-4	包括期充実体制加算【新】	116
A205	救急医療管理加算	116
A205-2	超急性期脳卒中加算	118
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	119
A206	在宅患者緊急入院診療加算	119
A207	診療録管理体制加算	120
A207-2	医師事務作業補助体制加算	121
A207-3	急性期看護補助体制加算	121
A207-4	看護職員夜間配置加算	122
A207-5	電子の診療情報連携体制整備加算【新】	122
A208	乳幼児加算・幼児加算	123
A209	特定感染症入院医療管理加算	123
A210	難病等特別入院診療加算	124
A211	特殊疾患入院施設管理加算	125
A212	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	125
A213	看護配置加算	127
A214	看護補助加算	127
A215	看護・多職種協働加算【新】	128
A218	地域加算	129
A218-2	離島加算	129
A219	療養環境加算	130
A220	H I V感染者療養環境特別加算	130
A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算	130
A220-3	特定薬剤治療環境特別加算【新】	132
A221	重症者等療養環境特別加算	132
A221-2	小児療養環境特別加算	132
A221-3	産科管理加算【新】	132
A222	療養病棟療養環境加算	133
A222-2	療養病棟療養環境改善加算	133
A223	診療所療養病床療養環境加算	133
A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	133
A224	無菌治療室管理加算	133
A225	放射線治療病室管理加算	134
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	134
A226-2	緩和ケア診療加算	134
A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算	136
A226-4	小児緩和ケア診療加算	136
A227	精神科措置入院診療加算	137
A228	精神科応急入院施設管理加算	137
A229	精神科隔離室管理加算	138
A230	精神病棟入院時医学管理加算	138
A230-2	精神科地域移行実施加算	138
A230-3	精神科身体合併症管理加算	138
A230-4	精神科リエゾンチーム加算	140
A230-5	精神科慢性身体合併症管理加算【新】	140
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	141
A231-3	依存症入院医療管理加算	141
A231-4	摂食障害入院医療管理加算	141
A232	がん拠点病院加算	142
A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	143
A233-2	栄養サポートチーム加算	144
A233-3	口腔管理連携加算【新】	145
A234	医療安全対策加算	146
A234-2	感染対策向上加算	146
A234-3	患者サポート体制充実加算	148
A234-4	重症患者初期支援充実加算	148
A234-5	報告書管理体制加算	148
A235	身体的拘束最小化推進体制加算【新】	149
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	149
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	150
A237	ハイリスク分娩等管理加算	152
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	154
A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	154
A242	呼吸ケアチーム加算	154
A242-2	術後疼痛管理チーム加算	155
A243	地域支援・医薬品供給対応体制加算【変】	155
A243-2	バイオ後続品使用体制加算	156
A244	病棟薬剤業務実施加算	156
A245	データ提出加算	157
A246	入退院支援加算	159
A246-2	精神科入退院支援加算	163
A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	166
A247	認知症ケア加算	167
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	169
A248	精神疾患診療体制加算	170
A249	精神科急性期医師配置加算	170
A250	薬剤総合評価調整加算	170
A251	排尿自立支援加算	173
A252	地域医療体制確保加算	174
A253	協力対象施設入所者入院加算	174

A254	医療提供機能連携確保加算【新】	175
A255	精神科地域密着多機能体制加算【新】	175
第3節 特定入院料		
A300	救命救急入院料	177
A301	特定集中治療室管理料	180
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	182
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	184
A301-4	小児特定集中治療室管理料	185
A302	新生児特定集中治療室管理料	187
A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	188
A303	総合周産期特定集中治療室管理料	189
A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	191
A304	地域包括医療病棟入院料	192
A305	一類感染症患者入院医療管理料	196
A306	特殊疾患入院医療管理料	197
A307	小児入院医療管理料	199
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	203
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	209
A309	特殊疾患病棟入院料	215
A310	緩和ケア病棟入院料	217
A311	精神科救急急性期医療入院料	218
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	222
A311-3	精神科救急・合併症入院料	224
A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料	226
A312	精神療養病棟入院料	227
A314	認知症治療病棟入院料	228
A317	特定一般病棟入院料	229
A318	地域移行機能強化病棟入院料	232
A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	234
第4節 短期滞在手術等基本料		
A400	短期滞在手術等基本料	236
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	260
B001	特定疾患治療管理料	261
B001-1	ウイルス疾患指導料	261
B001-2	特定薬剤治療管理料	262
B001-3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	266
B001-4	小児特定疾患カウンセリング料	267
B001-5	小児科療養指導料	268
B001-6	てんかん指導料	269
B001-7	難病外来指導管理料	270
B001-8	皮膚科特定疾患指導管理料	271
B001-9	外来栄養食事指導料	271
B001-10	入院栄養食事指導料	274
B001-11	集団栄養食事指導料	275
B001-12	心臓ペースメーカー指導管理料	275
B001-13	在宅療養指導料	276
B001-14	高度難聴指導管理料	277
B001-15	慢性維持透析患者外来医学管理料	278
B001-16	喘息治療管理料	279
B001-17	慢性疼痛疾患管理料	281
B001-18	小児悪性腫瘍患者指導管理料	281
B001-20	糖尿病合併症管理料	282

B001-21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	282
B001-22	がん性疼痛緩和指導管理料	283
B001-23	がん患者指導管理料	283
B001-24	外来緩和ケア管理料	285
B001-25	移植後患者指導管理料	287
B001-26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	287
B001-27	糖尿病透析予防指導管理料	287
B001-28	小児運動器疾患指導管理料	288
B001-29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	289
B001-30	婦人科特定疾患治療管理料	289
B001-31	腎代替療法指導管理料	290
B001-32	一般不妊治療管理料	290
B001-33	生殖補助医療管理料	291
B001-34	二次性骨折予防継続管理料	292
B001-35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	293
B001-36	下肢創傷処置管理料	293
B001-37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	293
B001-2	小児科外来診療料	294
B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	296
B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料	296
B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	296
B001-2-6	救急外来医学管理料【変】	297
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	299
B001-2-8	外来放射線照射診療料	300
B001-2-9	地域包括診療料	300
B001-2-11	小児かかりつけ診療料	303
B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	304
B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）	307
B001-3-2	ニコチン依存症管理料	310
B001-3-3	生活習慣病管理料（Ⅱ）	310
B001-4	手術前医学管理料	313
B001-5	手術後医学管理料	315
B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料	316
B001-7	リンパ浮腫指導管理料	317
B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料	317
B001-9	療養・就労両立支援指導料	318
B001-10	心不全再入院予防継続管理料【新】	319
B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料【新】	320
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	321
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	321
B004	退院時共同指導料 1	322
B005	退院時共同指導料 2	322
B005-1-2	介護支援等連携指導料	324
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料	326
B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	327
B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	327
B005-6	がん治療連携計画策定料	328
B005-6-2	がん治療連携指導料	329
B005-6-3	がん治療連携管理料	329
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	330
B005-7	認知症専門診断管理料	330
B005-7-2	認知症療養指導料	331
B005-7-3	認知症サポート指導料	332
B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料	332
B005-9	外来排尿自立指導料	333
B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	334
B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	334
B005-11	遠隔連携診療料	335

B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）	337
B005-13	こころの連携指導料（Ⅱ）	338
B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	338
B006	救急救命管理料	339
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	339
B007	退院前訪問指導料	339
B007-2	退院後訪問指導料	340
B007-3	退院後訪問栄養食事指導料【新】	341
B008	薬剤管理指導料	342
B008-2	薬剤総合評価調整管理料	343
B009	診療情報提供料（Ⅰ）	344
B009-2	電子的診療情報評価料	349
B010	診療情報提供料（Ⅱ）	349
B010-2	診療情報連携共有料	349
B011	連携強化診療情報提供料	350
B011-3	薬剤情報提供料	352
B011-4	医療機器安全管理料	352
B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料	353
B011-6	栄養情報連携料	353
B012	傷病手当金意見書交付料	354
B013	療養費同意書交付料	354
B014	退院時薬剤情報管理指導料	355
B015	精神科退院時共同指導料	356
第2節 削除		
第3節 特定保険医療材料		
B200	特定保険医療材料	358
C	第2部 在宅医療	
第1節 在宅患者診療・指導料		
C000	往診料	361
C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	367
C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	372
C002	在宅時医学総合管理料	374
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	382
C003	在宅がん医療総合診療料	388
C004	救急搬送診療料	390
C004-2	救急患者連携搬送料	391
C005	在宅患者訪問看護・指導料	392
C005-1-2	同一建物居住者訪問看護・指導料	400
C005-1-3	訪問看護遠隔診療補助料【新】	407
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	409
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	409
C007	訪問看護指示料	410
C007-2	介護職員等略痰吸引等指示料	412
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	414
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	415
C010	在宅患者連携指導料	416
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	417
C012	在宅患者共同診療料	418
C012-2	訪問診療薬剤師同時指導料【新】	419
C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	420
C014	外来在宅共同指導料	421
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	422
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	424
C101	在宅自己注射指導管理料	425
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	429

C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	429
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	429
C102-2	在宅血液透析指導管理料	430
C103	在宅酸素療法指導管理料	431
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	432
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	432
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	433
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	433
C106	在宅自己導尿指導管理料	434
C107	在宅人工呼吸指導管理料	434
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	434
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	436
C108	在宅麻薬等注射指導管理料	437
C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	439
C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料	440
C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	440
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	441
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	442
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	442
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	442
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	442
C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	443
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	443
C112	在宅気管切開患者指導管理料	443
C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	443
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	443
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	444
C117	在宅経腸投薬指導管理料	444
C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	444
C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	444
C120	在宅中耳加圧療法指導管理料	445
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	445
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	445
C151	注入器加算	446
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	447
C152-2	持続血糖測定器加算	447
C152-3	経腸投薬用ポンプ加算	448
C152-4	持続皮下注入シリンジポンプ加算	448
C153	注入器用注射針加算	449
C154	紫外線殺菌器加算	449
C155	自動腹膜灌流装置加算	449
C156	透析液供給装置加算	449
C157	酸素ボンベ加算	449
C158	酸素濃縮装置加算	450
C159	液化酸素装置加算	450
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	450
C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	450
C161	注入ポンプ加算	450
C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	451
C163	特殊カテーテル加算	451
C164	人工呼吸器加算	452
C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	452
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	452
C167	疼痛等管理用送信器加算	452
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	453
C168-2	携帯型精密ネブライザ加算	453

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っては算定できない。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っては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（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14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 B001-2-11小児かかりつけ診療料
- カ B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料
- キ B006救急救命管理料
- ク 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って、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「チ」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 小児かかりつけ診療料
ヘ 外来腫瘍化学療法診療料
ト 救急救命管理料
チ 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。
- 7 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診療の際に地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋（以下この部において「電子処方箋」という。）を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に1回に限り10点を所定点数に加算する。
- 8 区分番号A254に掲げる医療提供機能連携確保加算の注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1節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月1回に限り50
- ◇ 「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。
- ◇ 「通則7」の遠隔電子処方箋活用加算は、第1節医学管理料等に掲げる医学管理等のうち、情報通信機器を用いた場合であって、以下のアからウまでの全てを満たした場合に、月に1回に限り所定点数に加算する。なお、情報通信機器を用いた場合の規定がない医学管理料等では算定できない。
- ア 「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知）に基づく電子処方箋管理サービスを用いて最新の処方情報及び調剤情報を確認し、処方情報の登録時に重複投薬等チェック機能を活用する。
- イ 患者に対し、調剤を行う保険薬局を事前に確認し、当該保険薬局が電子処方箋により調剤する体制を有していることを確認する。
- ウ 電子処方箋（引換番号が印字された紙の処方箋を除く。）を発行する。
- ◇ 「通則8」の医療提供機能連携確保加算は、第1節医学管理料等に掲げる医学管理料等のうち、情報通信機器を用いた場合に、月1回に限り所定点数に加算する。なお、情報通信機器を用いた場合の規定がない医学管理料等では算定できない。

点を所定点数に加算する。

第1節 医学管理料等

区分

B 000 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施設基準を満たす保険医療機関において、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**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。

◇ 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。
- (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) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行う。
- (13) 「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
 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）
 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。

◇ 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

495	入院ベースアップ評価料495	495点
496	入院ベースアップ評価料496	496点
497	入院ベースアップ評価料497	497点
498	入院ベースアップ評価料498	498点
499	入院ベースアップ評価料499	499点
500	入院ベースアップ評価料500	500点

- 注1 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。

第2節 物価対応料

区分

○100 物価対応料

1	外来・在宅物価対応料	
イ	初診時	2点
ロ	再診時等	2点
ハ	訪問診療時	3点
2	入院物価対応料（1日につき）	
イ	急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点
ロ	急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）	58点
ハ	急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
ニ	急性期一般入院料1を算定する場合	58点
ホ	急性期一般入院料2を算定する場合	45点
ヘ	急性期一般入院料3を算定する場合	45点
ト	急性期一般入院料4を算定する場合（チの場合を除く。）	45点
チ	急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
リ	急性期一般入院料5を算定する場合	36点
ヌ	急性期一般入院料6を算定する場合	34点
ル	地域一般入院料1を算定する場合	32点

◇ 物価対応料について

- (1) 外来・在宅物価対応料は、当該保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診又は訪問診療を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅物価対応料の「イ」については、A000初診料、B001-2小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又はB001-2-11小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した場合に限り、算定できる。
- (3) 外来・在宅物価対応料の「ロ」については、A001再診料、A002外来診療料、A400短期滞在手術等基本料の「1」、B001-2小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、B001-2-7外来リハビリテーション診療料、B001-2-8外来放射線照射診療料、B001-2-9地域包括診療料、B001-2-11小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又はB001-2-12外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (4) 外来・在宅物価対応料の「ハ」については、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、C001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又はC003在宅がん医療総合診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (5) 入院物価対応料は、当該保険医療機関において、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。なお、A100一般病棟入院基本料、A102結核病棟入院基本料並びにA103精神病棟入院基本料における夜勤時間特別入院基本料及びA102結核病棟入院基本料における重症患者割合特別入院基本料に係る入院物価対応料については、届出を行っている入院基本料の区分に従い所定点数を算定する。

(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： 日 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 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。

令和 8 年度診療報酬改定において、署名又は記名・押印の簡素化が図られたが、従前の様式を
 用いても差し支えない。

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 23、別紙様式 35、別紙様式 37 及び別紙様式 45 は欠番で
 ある。

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 | 730円 |
| (2) 流動食のみを提供する場合 | 665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 | 596円 |
| (2) 流動食のみを提供する場合 | 550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 | 644円 |
| ロ 流動食のみを提供する場合 | 590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 | |

材料価格基準関係告示

◎厚生労働省告示第61号

（令和 8. 3. 5 厚生労働省告示第73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プレイバルカテーテル

(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プレイバルカテーテル

(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 Ia型	1,610円
② Ib型	2,090円
③ IIa型	1,310円
④ IIb型	1,820円
⑤ S型	1,890円
⑥ 特定積層型	5,800円
(2) 吸着型血液浄化器（β ₂ -ミクログロブリン除去用）	21,500円

007 携帯型ディスプレイバル注入ポンプ

(1) 化学療法用	3,100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	1cm ² 当たり6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1cm ² 当たり10円
② 異形型	1g当たり35円
(3) 筋・骨に至る創傷用	1cm 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 標準型	
① バンパー型			ア 標準型	9,790円
ア ガイドワイヤーあり	21,700円		イ 輸液又はペーシングリード用ルーメンあり	13,700円
イ ガイドワイヤーなし	15,500円		② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	52,400円
② バルーン型	7,420円		③ ペーシング機能あり	37,100円
(2) 小腸留置型			(2) 連続心拍出血量測定機能あり	
① バンパー型	26,500円		① 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	51,100円
② 一般型	15,800円		② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	41,100円
013 局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり18円		(3) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	74,600円
014 陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800円		006 体外式連続心拍出血量測定用センサー	37,200円
015 人工鼻材料			007 血管内超音波プローブ	
(1) 人工鼻			(1) 標準	
① 標準型	492円		① 太径	52,200円
② 特殊型	1,000円		② 細径	65,400円
(2) 接続用材料			(2) バルーン付	
① シール型			① 太径	173,000円
ア 標準型	675円		② 細径	183,000円
イ 特殊型	1,150円		(3) 近赤外線分光法機能付き	132,000円
② チューブ型	16,800円		008 血管内視鏡カテーテル	161,000円
③ ボタン型	22,100円		009 血管造影用カテーテル	
(3) 呼気弁	51,100円		(1) 一般用	1,660円
016 体表面用電場電極			(2) 脳血管・腹部血管専用型	2,460円
(1) 膠芽腫用	35,900円		(3) バルーン型（Ⅰ）	
(2) 非小細胞肺癌用			① 一般用	13,400円
① 小型	48,800円		② 脳血管・腹部血管専用型	19,300円
② 大型	65,000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	2,920円
001 血管造影用シースイントロドゥーサーセット			(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	2,680円		ア ブレードあり	36,100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）	18,100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	29,600円
① 標準型	29,900円		③ デタッチャブルコイル用	48,300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
(6) 心腔内リード等送達用			012 血管造影用ガイドワイヤー	
① 標準型	2,680円		(1) 交換用	2,090円
② 特殊型	22,600円		(2) 微細血管用	12,500円
002 ダイレーター	2,490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	
003 動脈圧測定用カテーテル			(1) 一般用	9,990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) 複合・高度狭窄部位用	14,600円
(2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	2,120円		014 冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー	
004 冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	3,270円		(1) フローセンサー型	158,000円
005 サーマダイリユーション用カテーテル			(2) コンビネーション型	211,000円
(1) 一般型			015 弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー	

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	494
1, 5AG	D007・21	490
1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1, 5AG)	D007・21	490
(1→3)-β-D-グルカン	D012・44	509
11-OHCS	D008・2	495
11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	D008・2	495
17-KGS	D008・40	498
17-KGS分画	D008・45	498
17-KS分画	D008・43	498
17α-OHP	D008・43	498
17α-ヒドロキシプロゲステロン(17α-OHP)	D008・43	498
17-ケートジェニックステロイド(17-KGS)	D008・40	498
17-ケートジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	D008・45	498
17-ケートステロイド分画(17-KS分画)	D008・43	498
1CTP	D009・23	501
1型コラーゲン-C-テロペプチド(1CTP)	D009・23	501
1型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体(β-CTX)	D008・35	498
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	497
1型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	D008・25	497
1型プロコラーゲン-N-プロペプチド(P1NP)	D008・28	497
24時間自由行動下血圧測定	D225-3	553
25-ヒドロキシビタミンD	D007・30	491
4型コラーゲン	D007・35	492
4型コラーゲン(尿)	D001・16	465
4型コラーゲン・7S	D007・41	492
5-HIAA	D008・5	495
5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	D008・5	495
英字等		
AAV9抗体	D012・70	513

診療行為名	区分番号等	頁
AAVrh74抗体	D012・70	513
ABO血液型	D011・1	504
ABO血液型亜型	D011・7	505
ABO血液型関連糖転移酵素活性	D011・5	504
ACE	D007・38	492
ACTH	D008・37	498
ADA	D007・11	490
ADAMTS13インヒビター	D006・37	474
ADAMTS13活性	D006・35	474
ADH	D008・47	498
AFP	D009・2	499
AFP-L3%	D009・26	501
AI	D007・29	491
ALK融合遺伝子標本作製	N005-2	970
ALK融合タンパク	N002・6	968
ALP	D007・1	489
ALPアイソザイム	D007・14	490
ALPアイソザイム(PAG電気泳動法)	D007・46	493
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	491
ALT	D007・3	489
AMH	D008・53	499
ANCA定性	D014・37	517
ANP	D008・46	498
APOA2アイソフォーム	D009・35	502
APRスコア定性	D015・19	520
APTT	D006・7	473
ASK定性	D012・3	505
ASK半定量	D012・3	505
ASO定性	D012・1	505
ASO定量	D012・1	505
ASO半定量	D012・1	505
AST	D007・3	489
ASTアイソザイム	D007・15	490
A群β溶血連鎖球菌核酸検出	D023・3	524
A群β溶血菌迅速試験定性	D012・18	507
BAP	D008・27	497
BCA225	D009・20	500

診療行為名	区分番号等	頁
BCR-ABL1	D006-3	475
Bence Jones蛋白同定(尿)	D015-21	520
BFP	D009-17	500
BNP	D008-19	496
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	970
BRCA1/2遺伝子検査	D006-18	480
BTA(尿)	D009-1	499
BTR	D010-5	504
B細胞表面免疫グロブリン	D016-1	522
C1q結合免疫複合体	D014-15	515
C1インアクチベータ	D015-24	520
C3	D015-8	519
C3プロアクチベータ	D015-15	519
C4	D015-8	519
CA125	D009-11	500
CA15-3	D009-6	500
CA19-9	D009-9	500
CA54/61	D009-25	501
CA602	D009-28	501
CA72-4	D009-16	500
cAMP	D008-29	497
CAR発現生T細胞投与(一連につき)	K922-2	934
CCR4タンパク	N002-5	968
CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	D006-10	478
CD30	N002-7	968
CEA	D009-3	499
CEA定性(乳頭分泌液)	D009-33	502
CEA半定量(乳頭分泌液)	D009-33	502
CH50	D015-4	519
ChE	D007-1	489
CK	D007-1	489
CK-18F	D007-49	493
CK-MB(蛋白量測定)	D007-22	490
CKアイソザイム	D007-17	490
CLDN18タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	N005-6	971
Coombs試験	D011-2	504
CPR	D008-12	496
C-PTHrP	D008-36	498
CRP	D015-1	519
CRP定性	D015-1	519
CSLEX	D009-18	500
CTP	D007-63	494
CT撮影(一連につき)	E200	609
Cu	D007-5	490
CYP2C9遺伝子多型	D006-25	484
C反応性蛋白(CRP)	D015-1	519
C反応性蛋白(CRP)定性	D015-1	519
C-ペプチド(CPR)	D008-12	496
DHEA-S	D008-31	497
DKS吻合を伴う大動脈狭窄症手術	K557-4	860
DNA含有赤血球計数検査	D005-7	471
DNAメチル化検出検査	D004-3	471
Donath-Landsteiner試験	D014-4	514
DPD(尿)	D008-39	498
DUPAN-2	D009-7	500
D-アラビニトール	D012-34	509

診療行為名	区分番号等	頁
Dダイマー	D006-16	473
Dダイマー定性	D006-14	473
Dダイマー半定量	D006-17	473
E2	D008-33	497
E3	D008-36	498
EBUS-TBNA	D415-2	586
EBウイルス核酸定量	D023-8	525
EGFR遺伝子検査(血漿)	D006-12	479
EGFRタンパク	N002-4	968
ELFスコア	D007-49	493
ENBD	K682-3	887
EOG	D278	570
ERG	D258	567
ESR	D005-1	471
EUS-FNA	D414-2	586
FDP(尿)	D001-8	464
FDP定性	D006-10	473
FDP定量	D006-12	473
FDP半定量	D006-10	473
Fe	D007-1	489
FGF23	D007-64	495
FGFR2融合遺伝子標本作製	N005-6	971
FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	D006-11	478
FLT3遺伝子検査	D006-14	479
FSH	D008-12	496
FT3	D008-14	496
FT4	D008-14	496
FTA-ABS試験定性	D012-23	507
FTA-ABS試験半定量	D012-23	507
G-6-Pase	D015-2	519
G-6-PD	D007-21	490
G-6-PD定性	D015-3	519
GH	D008-10	496
HA-IgM抗体	D013-8	514
HA抗体	D013-8	514
HbA1c	D005-9	472
HbC-IgM抗体	D013-8	514
HbCrAg	D013-12	514
HbC抗体半定量・定量	D013-6	514
HBe抗原	D013-4	514
HBe抗体	D013-4	514
HbF	D005-11	472
HBs抗原	D013-3	513
HBs抗原定性・半定量	D013-1	513
HBs抗体	D013-3	513
HBs抗体定性	D013-2	513
HBs抗体半定量	D013-2	513
HBV核酸定量	D023-4	524
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	527
HBVコア関連抗原(HBcrAg)	D013-12	514
HBVジェノタイプ判定	D013-14	514
HCG- β	D008-18	496
HCG定性	D008-1	495
HCG定量	D008-19	496
HCG半定量	D008-19	496
HCG半定量	D008-32	497
HCV核酸検出	D023-9	526