	歯科用シタネスト―オクタプレシンカートリッジ	1.8mL1管	72.00
高	スキャンドネストカートリッジ3％	3%1.8mL1管	92.00
	デンタカインカートリッジ	1.8mL1管	56.00
	外　用　薬（1）		
	オキシテトラコーン歯科用挿入剤5㎎	5mg1個	16.60
	コーパロン歯科用表面麻酔液6％	1枚	12.60
	サージカルパック口腔用	散剤(液剤を含む)1ｇ	63.60
	歯科用ＴＤゼット液	1mL	285.60
	歯科用ＴＤゼット・ゼリー	1ｇ	296.10
	ジンジカインゲル20％	1ｇ	62.80
	テトラサイクリン塩酸塩パスタ3％「昭和」	30mg1ｇ	222.30
	テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏	1ｇ	226.80
	ネオザロカインパスタ	1ｇ	112.50
	ハリケインゲル歯科用20％	1ｇ	72.30
	ハリケインリキッド歯科用20％	1ｇ	76.10
	ビーゾカイン歯科用ゼリー20％	1ｇ	71.30
	ヒノポロン口腔用軟膏	1ｇ	169.70
	ヒノポロン口腔用軟膏キット	0.5ｇ1筒	239.60
	プロネスパスタアロマ	1ｇ	85.80
	ペリオクリン歯科用軟膏	10mg0.5ｇ1シリンジ	609.40
	ペリオフィール歯科用軟膏2％	10mg0.5ｇ1シリンジ	388.40
	外　用　薬（2）		
	デンターグル含嗽用散20㎎／包	FRM20mg1包	21.30
	ネオステリングリーンうがい液0.2％	1mL	5.30
	ベンゼトニウム塩化物うがい液0.2％「ＫＹＳ」	1mL	4.70

○厚生労働省告示第八十号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次のように改正し、平成二十四年四月一日から適用する。ただし、平成二十四年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十四年三月五日

厚生労働大臣　小宮山洋子

別表を次のように改める。

別表

Ⅰ　診療報酬の算定方法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
- ⑴　交換キット　538円
- ⑵　回路
  - ①　Ｙセット　867円
  - ②　ＡＰＤセット　5,430円
  - ③　ＩＰＤセット　992円

002　在宅中心静脈栄養用輸液セット
- ⑴　本体　1,930円
- ⑵　付属品
  - ①　フーバー針　400円
  - ②　輸液バッグ　400円

003　在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル
- ⑴　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　4,570円
      - ⅱ　二重管　6,110円
    - イ　カフ上部吸引機能なし
      - ｉ　一重管　3,630円
      - ⅱ　二重管　6,160円
  - ②　カフなし気管切開チューブ　4,240円
- ⑵　輪状甲状膜切開チューブ　4,690円
- ⑶　保持用気管切開チューブ　5,980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
- ⑴　２管一般(Ⅰ)　227円
- ⑵　２管一般(Ⅱ)　650円
- ⑶　２管一般(Ⅲ)　1,650円
- ⑷　特定(Ⅰ)　766円
- ⑸　特定(Ⅱ)　2,110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
- ⑴　経鼻用
  - ①　一般用　175円
  - ②　乳幼児用
    - ア　一般型　90円
    - イ　非ＤＥＨＰ型　140円
  - ③　経腸栄養用　1,630円
  - ④　特殊型　2,020円
- ⑵　腸瘻用　4,350円

006　在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）
- ⑴　ダイアライザー
  - ①　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡未満)（Ⅰ・Ⅱ）　1,660円
  - ②　削除
  - ③　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡未満)（Ⅲ）　1,470円
  - ④　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡未満)（Ⅳ）　1,710円
  - ⑤　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡未満)（Ⅴ）　1,800円
  - ⑥　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡以上)（Ⅰ・Ⅱ）　1,660円
  - ⑦　削除
  - ⑧　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡以上)（Ⅲ）　1,510円
  - ⑨　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満)（Ⅳ）　1,700円
  - ⑩　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積1.5㎡以上2.0㎡未満)（Ⅴ）　1,820円
  - ⑪　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積2.0㎡以上)（Ⅳ）　1,730円
  - ⑫　ホローファイバー型及び積層型（キール型）(膜面積2.0㎡以上)（Ⅴ）　1,870円
  - ⑬　特定積層型　5,840円
- ⑵　吸着型血液浄化器（β_2―ミクログロブリン除去用）　22,000円