

結核公費負担の対象範囲

種別		公費負担承認範囲		備考	
化学療法	抗結核薬	①INH ②RFP ③RBT ④PZA ⑤SM ⑥EB ⑦LVFX ⑧KM ⑨TH ⑩EVM ⑪PAS ⑫CS ⑬DLM ⑭BDQ (H30.4.18から適用)		併用療法の基準等は、結核医療の基準を参照。	
	抗結核薬併用剤	副腎皮質ホルモン剤			
	これらの投与に伴う処方料・処方箋料・調剤料・調剤技術基本料等の抗結核薬にかかる薬剤負担については、原則として公費負担の対象となる。ただし、上記化学療法に伴う副作用を抑えるための薬剤については、公費負担の対象外となる。				
検査	X線検査	おおむね毎月1回		結核医療の基準を参照。 検査回数・撮影枚数は、医学的に必要性が認められる範囲内であれば制限はない。 潜在性結核感染症の治療中は、X線検査により発病の有無および副作用早期発見に必要な検査を行う。	
	CT検査	必要に応じて行う			
	結核菌検査	塗抹検査	おおむね毎月1回		
		培養検査	おおむね毎月1回		
		薬剤感受性検査	結核菌培養検査が陽性の場合には必ず実施		
	副作用早期発見のために必要な検査	血液検査、眼科検査、耳鼻科検査等			
これらの検査に伴う判断料					
外科的療法	肺結核・結核性膿胸・泌尿器結核・性器結核・気管支結核・腸結核・結核性心膜炎・胸壁結核・リンパ節結核・結核性痔ろう・骨関節結核		結核医療の基準を参照。		
骨間接結核の装具療法	牽引装具療法・固定装具療法・免荷装具療法				
外科的手術に伴う処置・入院等	処置その他の治療	創傷処置・輸血・麻酔		回数及び量については、臨床上外科的療法に必要な限度にどどめるものとし、この限度については健康保険の取り扱いと異なることのないようにすること。	
		注射	リンゲル液・ロック液・生理食塩水・ブドウ糖液・果糖液又は血液代用剤の大量注射(昇圧剤・強心剤・止血剤・鎮痛鎮静剤又はビタミン剤を混合して行うものを含む)		
	入院	肺結核 結核性膿胸	術前	外科的療法を行うために、直接必要とする諸検査を実施する期間(通例約1週間)	ただし、食事療養費については、公費負担の対象にはならない。
		その他の結核性疾患	術後	外科的療法がその主目的を達成するまでの期間(通例約6ヵ月)	
骨関節結核の装具療法	不良肢位の伸展又は矯正の療法後において当該療法がその主目的を達成するまでの期間(通例約6ヶ月)				
看護	健康保険・後期高齢者医療制度の取扱いに準ずる。				