

○厚生労働省告示第五十七号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法の一部を改正する告示を次のように定める。

令和六年三月五日

厚生労働大臣 武見 敬三

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示

（診療報酬の算定方法の一部改正）

第一条 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）の一部を次の表のように改正する。

算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 87点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 82点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 77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(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 3-2 バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 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(第1節の入院基本料(特別入院基本料等含む。))又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。)及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-------------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 120点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 100点 |

注1 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について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項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つて、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、**薬剤業務向上加算**として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。

A 2 4 5 データ提出加算

- | | |
|---------------------------------|------|
| 1 データ提出加算 1 (入院初日) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 145点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 215点 |
| 2 データ提出加算 2 (入院初日) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 155点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 225点 |
| 3 データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 145点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 215点 |
| 4 データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回) | |
| イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 | 155点 |
| ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 | 225点 |

注1 1及び2については、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

この場合において、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算(認知症ケア加算1を算定する場合に限る。)又は区分番号A247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算(入院中1回) 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(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A248 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算1(入院初日) 1,000点

2 精神疾患診療体制加算2(入院初日から3日以内に1回) 330点

注1 精神疾患診療体制加算1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局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 精神疾患診療体制加算2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局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対し、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この表において「精神保健指定医」という。)等の精神科の医師が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

A249 精神科急性期医師配置加算(1日につき)

1 精神科急性期医師配置加算1 600点

2 精神科急性期医師配置加算2

イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点

3 精神科急性期医師配置加算3 400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病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

A250 薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

A 2 5 1 排尿自立支援加算（週1回） 200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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できる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、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

A 2 5 2 地域医療体制確保加算（入院初日） 620点

注 救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 5 3 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合 600点

2 1以外の場合 200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おいて介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

1 救命救急入院料1

イ 3日以内の期間 10,268点

ロ 4日以上7日以内の期間 9,292点

ハ 8日以上7日以内の期間 7,934点

2 救命救急入院料2

イ 3日以内の期間 11,847点

ロ 4日以上7日以内の期間 10,731点

ハ 8日以上7日以内の期間 9,413点

3 救命救急入院料3

イ 救命救急入院料

(1) 3日以内の期間 10,268点

(2) 4日以上7日以内の期間 9,292点

(3) 8日以上7日以内の期間 7,934点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 10,268点

(2) 4日以上7日以内の期間 9,292点

(3) 8日以上60日以内の期間 8,356点

に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 5,728点

注1 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、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、^{じよくそう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A304 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

注1 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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

2 入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

4 診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定

感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、**病棟薬剤業務実施加算（1に限る。）**、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、**薬剤総合評価調整加算**、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。）

ハ 第2章第1部医学管理等（区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、B001に掲げる特定疾患治療管理料、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料、B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅰ、B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅱ、B001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、B001-8に掲げる臍ヘルニア^{さい}圧迫指導管理料、B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B002に掲げる開放型病院共同指導料Ⅰ、B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、B004に掲げる退院時共同指導料1、B005に掲げる退院時共同指導料2、B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料Ⅰ、B005-5に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料Ⅱ、B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料、B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、B005-7-2に掲げる認知症療養指導料、B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、B005-9に掲げる外来排尿自立指導料、B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1、B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2、B005-11に掲げる遠隔連携診療料、B005-12に掲げるこころの連携指導料Ⅰ、B005-13に掲げるこころの連携指導料Ⅱ、B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、B006に掲げる救急救命管理料、B006-3に掲げる退院時リハビリテーション指導料、B007に掲げる退院前訪問指導料、B007-2に掲げる退院後訪問指導料、**B008に掲げる薬剤管理指導料**、**B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料**、B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、B010-2に掲げる診療情報連携共有料、B011に掲げる連携強化診療情報提供料、B011-3に掲げる薬剤情報提供料、B011-4に掲げる医療機器安全管理料、B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-6に掲げる栄養情報連携料、B012に掲げる傷病手当金意見書交付料、B013に掲げる療養費同意書交付料、**B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料**、B015に掲げる精神科退院時共同指導料及びB200に掲げる特定保険医療材料（区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、B001に掲げる特定疾患治療管理料、B001-2に掲げる小児科外来診療料、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料、B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、B001-2-6

に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅱ、B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅲ、B001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、B001-8に掲げる膂ヘルニア圧迫指導管理料、B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B002に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅲ、B004に掲げる退院時共同指導料1、B005に掲げる退院時共同指導料2、B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料Ⅱ、B005-5に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料Ⅲ、B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料、B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、B005-7-2に掲げる認知症療養指導料、B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、B005-9に掲げる外来排尿自立指導料、B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1、B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2、B005-11に掲げる遠隔連携診療料、B005-12に掲げるこころの連携指導料Ⅱ、B005-13に掲げるこころの連携指導料Ⅲ、B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、B006に掲げる救急救命管理料、B006-3に掲げる退院時リハビリテーション指導料、B007に掲げる退院前訪問指導料、B007-2に掲げる退院後訪問指導料、B008に掲げる薬剤管理指導料、B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料、B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、B010-2に掲げる診療情報連携共有料、B011に掲げる連携強化診療情報提供料、B011-3に掲げる薬剤情報提供料、B011-4に掲げる医療機器安全管理料、B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-6に掲げる栄養情報連携料、B012に掲げる傷病手当金意見書交付料、B013に掲げる療養費同意書交付料、B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料及びB015に掲げる精神科退院時共同指導料に係るものに限る。)を除く。)

ニ 第3部検査(区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、D295に掲げる関節鏡検査(片側)、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる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)、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(部位を問わず一連につき)、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコープ、D300に掲げる中耳ファイバースコープ、D300-2に掲げる顎関節鏡検査(片側)、D302に掲げる気管支ファイバースコープ、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコープ、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、D309に掲げる胆道ファイバースコープ、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコープ、D312-2に掲げる回腸囊ファイバースコープ、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D3

- 2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。
- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
- 4 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、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1
 - イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - (1) 初回から3回目まで 800点
 - (2) 4回目以降 450点
 - ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点
- 2 外来腫瘍化学療法診療料2
 - イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - (1) 初回から3回目まで 600点
 - (2) 4回目以降 320点
 - ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点
- 3 外来腫瘍化学療法診療料3
 - イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
 - (1) 初回から3回目まで 540点
 - (2) 4回目以降 280点
 - ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点
- 注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
 - 2 1のイの①、2のイの①及び3のイの①については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
 - 3 1のイの②、2のイの②及び3のイの②については、1のイの①、2のイの①又は3のイの①を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。
 - 4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に

限り算定する。

- イ 1のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
 - ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
- 5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- 6 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、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。
- 7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
- 8 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、1のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 9 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、1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合は、**がん薬物療法体制充実加算**として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料(1)

- 1 脂質異常症を主病とする場合 610点
- 2 高血圧症を主病とする場合 660点
- 3 糖尿病を主病とする場合 760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(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B 0 0 1の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(1)に含まれるものとする。
- 3 糖尿病を主病とする患者(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
- 4 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

- 1 ニコチン依存症管理料 1

イ 初回

230点

療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

- 2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。
- 6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料⁽¹⁾（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-2 削除

B011-3 薬剤情報提供料

4点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬

剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。

3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100点

注1 1については、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局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 2については、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局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

B 0 1 1 - 5 がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

注 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、区分番号D 0 0 6 - 19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B 0 1 1 - 6 栄養情報連携料 70点

注1 区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

3 区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B 0 1 3 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料 90点

注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同

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、心臓のMRI撮影を行った場合は、心臓MRI撮影加算として、400点を所定点数に加算する。

5 MRI撮影について、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、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

6 1のイについては、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局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の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、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。

8 1について、別に厚生労働大臣の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、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

9 MRI撮影について、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、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

10 MRI撮影について、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、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 コンピューター断層診断 450点

注 コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。

第4節 薬剤料

E 3 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 特定保険医療材料料

E 4 0 0 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E 4 0 1 特定保険医療材料（フィルムを除く。） 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、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。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤、区分番号

F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

- 5 入院中の患者以外の患者に対して、1 処方につき63枚を超えて**貼付剤**を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、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 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。
 - 6 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
 - 7 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、

所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

- 8 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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 8点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 7点

ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 5点

- 9 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合には、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第3節 薬剤料

区分

- F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

- 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療

養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点
 - 3 1及び2以外の場合 60点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
 - 3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
 - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。
 - 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
 - 6 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 10点

ロ 一般名処方加算 2 8点

7 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

8 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

2 その他の患者に投薬を行った場合 14点

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。

4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第6部 注射

通則

1 注射の費用は、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 注射に当たって、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 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。

4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。

5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、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、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算 1

(1) 15歳未満の患者の場合 670点

(2) 15歳以上の患者の場合 450点

ロ 外来化学療法加算 2

- (1) 15歳未満の患者の場合 640点
 - (2) 15歳以上の患者の場合 370点
- 7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。
- 9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

- G 0 0 0 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 25点
 - 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
 - 2 区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C 1 0 8に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C 1 0 8－4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。
- G 0 0 1 静脈内注射（1回につき） 37点
 - 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
 - 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。
 - 3 区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C 1 0 4に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C 1 0 8に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 1 0 8－3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C 1 0 8－4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。
- G 0 0 2 動脈注射（1日につき）
 - 1 内臓の場合 155点
 - 2 その他の場合 45点
- G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点
 - 注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。
- G 0 0 3－2 削除
- G 0 0 3－3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点
- G 0 0 4 点滴注射（1日につき）
 - 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 105点
 - 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 102点
 - 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 53点
 - 注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。
 - 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。
 - 3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対

定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

G 0 0 7	腱鞘 ^{けんしやう} 内注射	42点
G 0 0 8	骨髓内注射	
	1 胸骨	80点
	2 その他	90点
G 0 0 9	脳脊髄 ^{くわつ} 腔注射	
	1 脳室	300点
	2 後頭下	220点
	3 腰椎	160点
	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。	
G 0 1 0	関節 ^{くわつ} 腔内注射	80点
G 0 1 0 - 2	滑液囊 ^{のうせん} 穿刺後の注入	100点
G 0 1 1	気管内注入	100点
G 0 1 2	結膜下注射	42点
G 0 1 2 - 2	自家血清の眼球注射	27点
G 0 1 3	角膜内注射	35点
G 0 1 4	球後注射	80点
G 0 1 5	テノン氏 ^{のう} 囊内注射	80点
G 0 1 6	硝子体内注射	600点
	注 未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。	
G 0 1 7	腋窩 ^{えきか} 多汗症注射（片側につき）	200点
G 0 1 8	外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G 0 2 0 無菌製剤処理料

- 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
 - 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点
 - イ以外の場合 45点
- 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40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おいて、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄^{くわつ}腔注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

G 1 0 0 薬剤

- 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
- 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患^りしている患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当

ンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

N005-5 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 1,600点
第2節 病理診断・判断料

区分

N006 病理診断料

- | | |
|---------|------|
| 1 組織診断料 | 520点 |
| 2 細胞診断料 | 200点 |

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

4 病理診断管理に関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、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 病理診断管理加算1

- | | |
|----------------|------|
| (1) 組織診断を行った場合 | 120点 |
| (2) 細胞診断を行った場合 | 60点 |

ロ 病理診断管理加算2

- | | |
|----------------|------|
| (1) 組織診断を行った場合 | 320点 |
| (2) 細胞診断を行った場合 | 160点 |

5 1については、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局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

N007 病理判断料 130点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

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。

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
29	看護職員処遇改善評価料29	29点
30	看護職員処遇改善評価料30	30点
31	看護職員処遇改善評価料31	31点
32	看護職員処遇改善評価料32	32点
33	看護職員処遇改善評価料33	33点
34	看護職員処遇改善評価料34	34点
35	看護職員処遇改善評価料35	35点
36	看護職員処遇改善評価料36	36点
37	看護職員処遇改善評価料37	37点
38	看護職員処遇改善評価料38	38点
39	看護職員処遇改善評価料39	39点
40	看護職員処遇改善評価料40	40点
41	看護職員処遇改善評価料41	41点
42	看護職員処遇改善評価料42	42点
43	看護職員処遇改善評価料43	43点

146	看護職員処遇改善評価料146	150点
147	看護職員処遇改善評価料147	160点
148	看護職員処遇改善評価料148	170点
149	看護職員処遇改善評価料149	180点
150	看護職員処遇改善評価料150	190点
151	看護職員処遇改善評価料151	200点
152	看護職員処遇改善評価料152	210点
153	看護職員処遇改善評価料153	220点
154	看護職員処遇改善評価料154	230点
155	看護職員処遇改善評価料155	240点
156	看護職員処遇改善評価料156	250点
157	看護職員処遇改善評価料157	260点
158	看護職員処遇改善評価料158	270点
159	看護職員処遇改善評価料159	280点
160	看護職員処遇改善評価料160	290点
161	看護職員処遇改善評価料161	300点
162	看護職員処遇改善評価料162	310点
163	看護職員処遇改善評価料163	320点
164	看護職員処遇改善評価料164	330点
165	看護職員処遇改善評価料165	340点

注 看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項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。

第2節 ベースアップ評価料

区分

〇100 外来・在宅ベースアップ評価料(1)（1日につき）

1	初診時	6点
2	再診時等	2点
3	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	7点

注1 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）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おいて、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、主として医療に従事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おいて、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、主として医療に従事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おいて、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番

号において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)であって、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。)以外である場合

- ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合
 - ハ 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(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合(訪問診療を行った場合に限る。)
- 4 3のロについては、主として医療に従事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おいて、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
- イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)であって、当該患者が同一建物居住者である場合
 - ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)であって、当該患者が同一建物居住者である場合
 - ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

0101 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ(1日につき)

- 1 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 1
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
 - ロ 再診時等 1点
- 2 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 2
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点
 - ロ 再診時等 2点
- 3 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 3
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 24点
 - ロ 再診時等 3点
- 4 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 4
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点
 - ロ 再診時等 4点
- 5 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 5
 - イ 初診又は訪問診療を行った場合 40点

ロ	再診時等	5点
6	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 6	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	48点
ロ	再診時等	6点
7	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 7	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	56点
ロ	再診時等	7点
8	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 8	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	64点
ロ	再診時等	8点

注1 主として医療に従事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おいて、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、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 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

〇102 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
3	入院ベースアップ評価料3	3点
4	入院ベースアップ評価料4	4点
5	入院ベースアップ評価料5	5点
6	入院ベースアップ評価料6	6点
7	入院ベースアップ評価料7	7点
8	入院ベースアップ評価料8	8点
9	入院ベースアップ評価料9	9点
10	入院ベースアップ評価料10	10点
11	入院ベースアップ評価料11	11点
12	入院ベースアップ評価料12	12点
13	入院ベースアップ評価料13	13点
14	入院ベースアップ評価料14	14点
15	入院ベースアップ評価料15	15点
16	入院ベースアップ評価料16	16点
17	入院ベースアップ評価料17	17点
18	入院ベースアップ評価料18	18点
19	入院ベースアップ評価料19	19点
20	入院ベースアップ評価料20	20点
21	入院ベースアップ評価料21	21点
22	入院ベースアップ評価料22	22点
23	入院ベースアップ評価料23	23点
24	入院ベースアップ評価料24	24点
25	入院ベースアップ評価料25	25点
26	入院ベースアップ評価料26	26点
27	入院ベースアップ評価料27	27点
28	入院ベースアップ評価料28	28点
29	入院ベースアップ評価料29	29点
30	入院ベースアップ評価料30	30点

31	入院ベースアップ評価料31	31点
32	入院ベースアップ評価料32	32点
33	入院ベースアップ評価料33	33点
34	入院ベースアップ評価料34	34点
35	入院ベースアップ評価料35	35点
36	入院ベースアップ評価料36	36点
37	入院ベースアップ評価料37	37点
38	入院ベースアップ評価料38	38点
39	入院ベースアップ評価料39	39点
40	入院ベースアップ評価料40	40点
41	入院ベースアップ評価料41	41点
42	入院ベースアップ評価料42	42点
43	入院ベースアップ評価料43	43点
44	入院ベースアップ評価料44	44点
45	入院ベースアップ評価料45	45点
46	入院ベースアップ評価料46	46点
47	入院ベースアップ評価料47	47点
48	入院ベースアップ評価料48	48点
49	入院ベースアップ評価料49	49点
50	入院ベースアップ評価料50	50点
51	入院ベースアップ評価料51	51点
52	入院ベースアップ評価料52	52点
53	入院ベースアップ評価料53	53点
54	入院ベースアップ評価料54	54点
55	入院ベースアップ評価料55	55点
56	入院ベースアップ評価料56	56点
57	入院ベースアップ評価料57	57点
58	入院ベースアップ評価料58	58点
59	入院ベースアップ評価料59	59点
60	入院ベースアップ評価料60	60点
61	入院ベースアップ評価料61	61点
62	入院ベースアップ評価料62	62点
63	入院ベースアップ評価料63	63点
64	入院ベースアップ評価料64	64点
65	入院ベースアップ評価料65	65点
66	入院ベースアップ評価料66	66点
67	入院ベースアップ評価料67	67点
68	入院ベースアップ評価料68	68点
69	入院ベースアップ評価料69	69点
70	入院ベースアップ評価料70	70点
71	入院ベースアップ評価料71	71点
72	入院ベースアップ評価料72	72点
73	入院ベースアップ評価料73	73点
74	入院ベースアップ評価料74	74点
75	入院ベースアップ評価料75	75点
76	入院ベースアップ評価料76	76点
77	入院ベースアップ評価料77	77点
78	入院ベースアップ評価料78	78点
79	入院ベースアップ評価料79	79点
80	入院ベースアップ評価料80	80点
81	入院ベースアップ評価料81	81点

82	入院ベースアップ評価料82	82点
83	入院ベースアップ評価料83	83点
84	入院ベースアップ評価料84	84点
85	入院ベースアップ評価料85	85点
86	入院ベースアップ評価料86	86点
87	入院ベースアップ評価料87	87点
88	入院ベースアップ評価料88	88点
89	入院ベースアップ評価料89	89点
90	入院ベースアップ評価料90	90点
91	入院ベースアップ評価料91	91点
92	入院ベースアップ評価料92	92点
93	入院ベースアップ評価料93	93点
94	入院ベースアップ評価料94	94点
95	入院ベースアップ評価料95	95点
96	入院ベースアップ評価料96	96点
97	入院ベースアップ評価料97	97点
98	入院ベースアップ評価料98	98点
99	入院ベースアップ評価料99	99点
100	入院ベースアップ評価料100	100点
101	入院ベースアップ評価料101	101点
102	入院ベースアップ評価料102	102点
103	入院ベースアップ評価料103	103点
104	入院ベースアップ評価料104	104点
105	入院ベースアップ評価料105	105点
106	入院ベースアップ評価料106	106点
107	入院ベースアップ評価料107	107点
108	入院ベースアップ評価料108	108点
109	入院ベースアップ評価料109	109点
110	入院ベースアップ評価料110	110点
111	入院ベースアップ評価料111	111点
112	入院ベースアップ評価料112	112点
113	入院ベースアップ評価料113	113点
114	入院ベースアップ評価料114	114点
115	入院ベースアップ評価料115	115点
116	入院ベースアップ評価料116	116点
117	入院ベースアップ評価料117	117点
118	入院ベースアップ評価料118	118点
119	入院ベースアップ評価料119	119点
120	入院ベースアップ評価料120	120点
121	入院ベースアップ評価料121	121点
122	入院ベースアップ評価料122	122点
123	入院ベースアップ評価料123	123点
124	入院ベースアップ評価料124	124点
125	入院ベースアップ評価料125	125点
126	入院ベースアップ評価料126	126点
127	入院ベースアップ評価料127	127点
128	入院ベースアップ評価料128	128点
129	入院ベースアップ評価料129	129点
130	入院ベースアップ評価料130	130点
131	入院ベースアップ評価料131	131点
132	入院ベースアップ評価料132	132点

133	入院ベースアップ評価料133	133点
134	入院ベースアップ評価料134	134点
135	入院ベースアップ評価料135	135点
136	入院ベースアップ評価料136	136点
137	入院ベースアップ評価料137	137点
138	入院ベースアップ評価料138	138点
139	入院ベースアップ評価料139	139点
140	入院ベースアップ評価料140	140点
141	入院ベースアップ評価料141	141点
142	入院ベースアップ評価料142	142点
143	入院ベースアップ評価料143	143点
144	入院ベースアップ評価料144	144点
145	入院ベースアップ評価料145	145点
146	入院ベースアップ評価料146	146点
147	入院ベースアップ評価料147	147点
148	入院ベースアップ評価料148	148点
149	入院ベースアップ評価料149	149点
150	入院ベースアップ評価料150	150点
151	入院ベースアップ評価料151	151点
152	入院ベースアップ評価料152	152点
153	入院ベースアップ評価料153	153点
154	入院ベースアップ評価料154	154点
155	入院ベースアップ評価料155	155点
156	入院ベースアップ評価料156	156点
157	入院ベースアップ評価料157	157点
158	入院ベースアップ評価料158	158点
159	入院ベースアップ評価料159	159点
160	入院ベースアップ評価料160	160点
161	入院ベースアップ評価料161	161点
162	入院ベースアップ評価料162	162点
163	入院ベースアップ評価料163	163点
164	入院ベースアップ評価料164	164点
165	入院ベースアップ評価料165	165点

注 主として医療に従事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。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

1 緊急時施設治療管理料 500点

注 平成18年7月1日から令和6年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、