

診療報酬の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第六十九号

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（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、令和八年六月一日から適用する。

令和八年三月五日

厚生労働大臣 上野賢一郎

別表第一から別表第三までを次の表のように改正する。



**A 2 2 0 - 3 特定薬剤治療環境特別加算（1日につき）**

300点

注 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、特定薬剤治療環境特別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、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成15年法律第97号。以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に、特定薬剤治療環境特別加算として、所定点数に加算する。

**A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算（1日につき）**

- 1 個室の場合 300点
- 2 2人部屋の場合 150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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（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、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

**A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算（1日につき）**

300点

注 治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（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、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

**A 2 2 1 - 3 産科管理加算（1日につき）**

- 1 病院の場合 250点
- 2 有床診療所の場合 50点

注 母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備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す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、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。

**A 2 2 2 療養病棟療養環境加算（1日につき）**

- 1 療養病棟療養環境加算 1 132点
- 2 療養病棟療養環境加算 2 115点

注 療養病棟であって、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保険医療機関が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。）のうち、療養病棟療養環境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、所定点数に加算する。

**A 2 2 2 - 2 療養病棟療養環境改善加算（1日につき）**

- 1 療養病棟療養環境改善加算 1 80点
- 2 療養病棟療養環境改善加算 2 20点

注 療養病棟であって、療養環境の改善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保険医療機関が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。）のうち、療養病棟療養環境改善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、所定点数に加算する。

**A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）**

100点

注 診療所の療養病床であって、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入っている患者について、所定点数に加算する。

**A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき）**

35点

疼痛管理チーム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、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 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (入院初日)**

- |                      |     |
|----------------------|-----|
| 1 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 | 87点 |
| 2 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 | 82点 |
| 3 地域支援・医薬品供給対応体制加算 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、地域支援・医薬品供給対応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** 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行バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行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、退院の日に1回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)   | 300点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (週1回)   | 120点 |
| 3 病棟薬剤業務実施加算 3 (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から病棟薬剤業務実施加算3までのいずれか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及び病棟薬剤業務実施加算2にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算3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又は病棟薬剤業務実施加算2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 |

4 1のイ又は2のイについて、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、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。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

- |                   |      |
|-------------------|------|
| 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 | 450点 |
| 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 | 600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小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）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、それぞれ算定する。

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小児科を標榜する保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

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、乳幼児育児栄養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、所定点数に代えて、113点を算定する。

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

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は、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。

B001-2-5 削除

B001-2-6 救急外来医学管理料

- |                |      |
|----------------|------|
| 1 救急搬送医学管理料    |      |
| イ 救急搬送医学管理料1   | 800点 |
| ロ 救急搬送医学管理料2   | 600点 |
| ハ 救急搬送医学管理料3   | 200点 |
| 2 夜間休日救急医学管理料  |      |
| イ 夜間休日救急医学管理料1 | 600点 |
| ロ 夜間休日救急医学管理料2 | 400点 |
| ハ 夜間休日救急医学管理料3 | 50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、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により

緊急に搬送された患者を除く。) に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

- 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、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、区分番号D006に掲げる出血・凝固検査、区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D011に掲げる免疫血液学的検査、区分番号D018に掲げる細菌培養同定検査、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影(CT撮影)、区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)、第6部第1節第1款注射実施料(区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号G001に掲げる静脈内注射を除く。)又は第9部第1節処置料(区分番号J063に掲げる留置カテーテル設置、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定を除く。)を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急外来緊急検査対応加算1 300点

ロ 救急外来緊急検査対応加算2 200点

- 4 急性薬毒物中毒(アルコール中毒を除く。)と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400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において、注1又は注2に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋の仕組みを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に1回に限り、50点を所定点数に加算する。

- 6 1について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合 300点

ロ 土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合 250点

ハ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合 200点

- 7 2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は、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料の注2に規定する院内トリアージ実施体制加算及び区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料の注2に規定する院内トリアージ実施体制加算は別に算定できない。

#### B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1 外来リハビリテーション診療料1 74点

2 外来リハビリテーション診療料2 111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、リハビリテーション(区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。)を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診

は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を所定点数に加算する。

- 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及び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、月1回に限り10点を所定点数に加算する。

B001-2-10 削除

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1 小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

- (1) 初診時 652点  
(2) 再診時 459点

ロ 処方箋を交付しない場合

- (1) 初診時 769点  
(2) 再診時 577点

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

- (1) 初診時 641点  
(2) 再診時 448点

ロ 処方箋を交付しない場合

- (1) 初診時 758点  
(2) 再診時 566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、未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のもの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、それぞれ算定する。

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B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、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Ⅲ、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つて、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

- (i) 初回から3回目まで（静注製剤等の場合） 801点

(2) 初回から3回目まで（その他の場合）	351点
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合）	451点
(4) 4回目以降（その他の場合）	201点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	351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（静注製剤等の場合）	601点
(2) 初回から3回目まで（その他の場合）	261点
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合）	321点
(4) 4回目以降（その他の場合）	141点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	221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（静注製剤等の場合）	541点
(2) 初回から3回目まで（その他の場合）	241点
(3) 4回目以降（静注製剤等の場合）	281点
(4) 4回目以降（その他の場合）	121点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	181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（区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。）に、1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、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(3)、2のイの(3)及び3のイの(3)については、1のイの(1)若しくは(2)、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、1のイの(4)、2のイの(4)及び3のイの(4)については、1のイの(1)若しくは(2)、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により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のイ又は3のイ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)又は(2)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)又は(2)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<sup>とう</sup>の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。

#### B001-3 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、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号C101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A001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B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001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は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。
 

イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）	
(1) 充実管理加算1	30点
(2) 充実管理加算2	20点
(3) 充実管理加算3	10点
ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）	
(1) 充実管理加算1	30点
(2) 充実管理加算2	20点
(3) 充実管理加算3	10点
ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）	
(1) 充実管理加算1	30点
(2) 充実管理加算2	20点

労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

- 2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して6月を限度として、月1回に限り算定する。
- 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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。
- 4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲの費用は、所定点数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、療養・就労両立支援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、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ740点又は435点を算定する。

**B001-10 心不全再入院予防継続管理料**

- |   |                 |        |
|---|-----------------|--------|
| 1 | 心不全再入院予防継続管理料 1 | 1,000点 |
| 2 | 心不全再入院予防継続管理料 2 |        |
|   | イ 6回目まで         | 700点   |
|   | ロ 7回目以降         | 225点   |
| 3 | 心不全再入院予防継続管理料 3 |        |
|   | イ 6回目まで         | 400点   |
|   | ロ 7回目以降         | 225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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中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、入院中の患者以外の患者であって、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

3 3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、入院中の患者以外の患者であって、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、2については、同一の患者につき、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。

**B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料**

- |   |                                |      |
|---|--------------------------------|------|
| 1 | 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 | 300点 |
| 2 | 医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合  |      |
|   | イ 初回                           | 700点 |

算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B007-3 退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） 530点

注1 保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点

2 1の患者以外の患者の場合 325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のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。

**B008-2 薬剤総合評価調整管理料** 250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、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内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

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、薬剤総合評価調整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、所定点数に代えて、218点を算定する。

B009 診療情報提供料(Ⅱ) 250点

注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先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 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

**C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料**

300点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）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、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

2 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、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。

**C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料**

750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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

**C014 外来在宅共同指導料**

1 外来在宅共同指導料1

400点

2 外来在宅共同指導料2

600点

注1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

2 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

**C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料**

200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号C002-2の注5の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上

号F500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。

- 6 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合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

#### F000 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

#### F100 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A001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<sup>の</sup>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、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、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 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1 | 8点 |
| ロ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2 | 7点 |
| ハ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算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<sup>の</sup>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

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負担規則（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 8点

ロ 一般名処方加算2 6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。

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 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、500点を所定点数に加算する。

G005-5 上腕静脈用カテーテル挿入 350点

注 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は当該点数に含まれるものとする。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき） 125点

注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対し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。

2 区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4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C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱを算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。

G007 髄鞘内注射 42点

G008 骨髄内注射

1 胸骨 80点

2 その他 90点

G009 脳脊髄腔注射

1 脳室 360点

2 後頭下 264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。

G010 関節腔内注射 80点

G010-2 滑液囊穿刺後の注入 100点

G011 気管内注入 120点

G012 結膜下注射 42点

G012-2 自家血清の眼球注射 27点

G013 角膜内注射 35点

G014 球後注射 80点

G015 テノン氏嚢内注射 80点

G016 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。

G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点

G018 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

**G020 無菌製剤処理料**

1 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）

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点

ロ イ以外の場合 45点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40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、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、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入を行う際に、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、必要があつ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。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、1のイを実施した場合であつて、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150点を所定点数に加算する。

## 第2節 薬剤料

区分

### G100 薬剤

- 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
  - 2 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 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つて、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。
  - 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第3節 特定保険医療材料料

区分

### G200 特定保険医療材料

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の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たつて薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであつて特殊なもの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であつて、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。
- 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行つた場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定

139	看護職員処遇改善評価料139	139点
140	看護職員処遇改善評価料140	140点
141	看護職員処遇改善評価料141	141点
142	看護職員処遇改善評価料142	142点
143	看護職員処遇改善評価料143	143点
144	看護職員処遇改善評価料144	144点
145	看護職員処遇改善評価料145	145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。

## 区分

### 〇〇〇1 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

1	初診時	17点
2	再診時等	4点
3	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	79点
ロ	イ以外の場合	19点

注1 1については、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、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、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、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

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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。

6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。

**0002 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ**

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
9	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 9	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	72点
	ロ 再診時等	9点
10	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 10	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	80点
	ロ 再診時等	10点
11	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 11	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	88点
	ロ 再診時等	11点
12	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 12	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	96点
	ロ 再診時等	12点
13	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 13	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	104点
	ロ 再診時等	13点
14	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 14	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	112点
	ロ 再診時等	14点
15	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 15	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	120点
	ロ 再診時等	15点
16	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 16	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	128点
	ロ 再診時等	16点
17	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 17	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	136点

ロ	再診時等	17点
18	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	144点
ロ	再診時等	18点
19	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	152点
ロ	再診時等	19点
20	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	160点
ロ	再診時等	20点
21	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	168点
ロ	再診時等	21点
22	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	176点
ロ	再診時等	22点
23	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	184点
ロ	再診時等	23点
24	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	192点
ロ	再診時等	24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	各区分のイについては、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	各区分のロについては、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。	
4	13から24までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。	
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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。	
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	16点
ロ	再診時等	2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	24点
ロ	再診時等	3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	40点
ロ	再診時等	5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	56点
ロ	再診時等	7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	64点
ロ	再診時等	8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	80点

ロ	再診時等	10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	96点
ロ	再診時等	12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	104点
ロ	再診時等	13点
9	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 9	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	120点
ロ	再診時等	15点
10	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 10	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	136点
ロ	再診時等	17点
11	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 11	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	144点
ロ	再診時等	18点
12	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 12	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	160点
ロ	再診時等	20点
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において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。	
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	16点
ロ	再診時等	2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	24点
ロ	再診時等	3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	32点
ロ	再診時等	4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	48点
ロ	再診時等	6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	56点
ロ	再診時等	7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	64点
ロ	再診時等	8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	80点
ロ	再診時等	10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	88点
ロ	再診時等	11点
9	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 9	
イ	初診又は訪問診療を行った場合	96点
ロ	再診時等	12点
10	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 10	

イ 初診又は訪問診療を行った場合	112点
ロ 再診時等	14点
11 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	120点
ロ 再診時等	15点
12 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	128点
ロ 再診時等	16点
13 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	144点
ロ 再診時等	18点
14 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	152点
ロ 再診時等	19点
15 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	160点
ロ 再診時等	20点
16 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	176点
ロ 再診時等	22点
17 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	184点
ロ 再診時等	23点
18 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	192点
ロ 再診時等	24点
19 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	208点
ロ 再診時等	26点
20 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	216点
ロ 再診時等	27点
21 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	224点
ロ 再診時等	28点
22 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	240点
ロ 再診時等	30点
23 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	248点
ロ 再診時等	31点
24 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	256点
ロ 再診時等	32点

**0003 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
166	入院ベースアップ評価料166	166点
167	入院ベースアップ評価料167	167点
168	入院ベースアップ評価料168	168点
169	入院ベースアップ評価料169	169点
170	入院ベースアップ評価料170	170点
171	入院ベースアップ評価料171	171点
172	入院ベースアップ評価料172	172点
173	入院ベースアップ評価料173	173点
174	入院ベースアップ評価料174	174点
175	入院ベースアップ評価料175	175点
176	入院ベースアップ評価料176	176点
177	入院ベースアップ評価料177	177点
178	入院ベースアップ評価料178	178点
179	入院ベースアップ評価料179	179点
180	入院ベースアップ評価料180	180点
181	入院ベースアップ評価料181	181点
182	入院ベースアップ評価料182	182点
183	入院ベースアップ評価料183	183点
184	入院ベースアップ評価料184	184点
185	入院ベースアップ評価料185	185点
186	入院ベースアップ評価料186	186点
187	入院ベースアップ評価料187	187点
188	入院ベースアップ評価料188	188点
189	入院ベースアップ評価料189	189点
190	入院ベースアップ評価料190	190点
191	入院ベースアップ評価料191	191点
192	入院ベースアップ評価料192	192点
193	入院ベースアップ評価料193	193点
194	入院ベースアップ評価料194	194点
195	入院ベースアップ評価料195	195点
196	入院ベースアップ評価料196	196点
197	入院ベースアップ評価料197	197点
198	入院ベースアップ評価料198	198点
199	入院ベースアップ評価料199	199点
200	入院ベースアップ評価料200	200点
201	入院ベースアップ評価料201	201点
202	入院ベースアップ評価料202	202点
203	入院ベースアップ評価料203	203点
204	入院ベースアップ評価料204	204点
205	入院ベースアップ評価料205	205点
206	入院ベースアップ評価料206	206点
207	入院ベースアップ評価料207	207点
208	入院ベースアップ評価料208	208点
209	入院ベースアップ評価料209	209点
210	入院ベースアップ評価料210	210点

211	入院ベースアップ評価料211	211点
212	入院ベースアップ評価料212	212点
213	入院ベースアップ評価料213	213点
214	入院ベースアップ評価料214	214点
215	入院ベースアップ評価料215	215点
216	入院ベースアップ評価料216	216点
217	入院ベースアップ評価料217	217点
218	入院ベースアップ評価料218	218点
219	入院ベースアップ評価料219	219点
220	入院ベースアップ評価料220	220点
221	入院ベースアップ評価料221	221点
222	入院ベースアップ評価料222	222点
223	入院ベースアップ評価料223	223点
224	入院ベースアップ評価料224	224点
225	入院ベースアップ評価料225	225点
226	入院ベースアップ評価料226	226点
227	入院ベースアップ評価料227	227点
228	入院ベースアップ評価料228	228点
229	入院ベースアップ評価料229	229点
230	入院ベースアップ評価料230	230点
231	入院ベースアップ評価料231	231点
232	入院ベースアップ評価料232	232点
233	入院ベースアップ評価料233	233点
234	入院ベースアップ評価料234	234点
235	入院ベースアップ評価料235	235点
236	入院ベースアップ評価料236	236点
237	入院ベースアップ評価料237	237点
238	入院ベースアップ評価料238	238点
239	入院ベースアップ評価料239	239点
240	入院ベースアップ評価料240	240点
241	入院ベースアップ評価料241	241点
242	入院ベースアップ評価料242	242点
243	入院ベースアップ評価料243	243点
244	入院ベースアップ評価料244	244点
245	入院ベースアップ評価料245	245点
246	入院ベースアップ評価料246	246点
247	入院ベースアップ評価料247	247点
248	入院ベースアップ評価料248	248点
249	入院ベースアップ評価料249	249点
250	入院ベースアップ評価料250	250点
251	入院ベースアップ評価料251	251点
252	入院ベースアップ評価料252	252点
253	入院ベースアップ評価料253	253点
254	入院ベースアップ評価料254	254点
255	入院ベースアップ評価料255	255点
256	入院ベースアップ評価料256	256点
257	入院ベースアップ評価料257	257点
258	入院ベースアップ評価料258	258点
259	入院ベースアップ評価料259	259点
260	入院ベースアップ評価料260	260点
261	入院ベースアップ評価料261	261点

262	入院ベースアップ評価料262	262点
263	入院ベースアップ評価料263	263点
264	入院ベースアップ評価料264	264点
265	入院ベースアップ評価料265	265点
266	入院ベースアップ評価料266	266点
267	入院ベースアップ評価料267	267点
268	入院ベースアップ評価料268	268点
269	入院ベースアップ評価料269	269点
270	入院ベースアップ評価料270	270点
271	入院ベースアップ評価料271	271点
272	入院ベースアップ評価料272	272点
273	入院ベースアップ評価料273	273点
274	入院ベースアップ評価料274	274点
275	入院ベースアップ評価料275	275点
276	入院ベースアップ評価料276	276点
277	入院ベースアップ評価料277	277点
278	入院ベースアップ評価料278	278点
279	入院ベースアップ評価料279	279点
280	入院ベースアップ評価料280	280点
281	入院ベースアップ評価料281	281点
282	入院ベースアップ評価料282	282点
283	入院ベースアップ評価料283	283点
284	入院ベースアップ評価料284	284点
285	入院ベースアップ評価料285	285点
286	入院ベースアップ評価料286	286点
287	入院ベースアップ評価料287	287点
288	入院ベースアップ評価料288	288点
289	入院ベースアップ評価料289	289点
290	入院ベースアップ評価料290	290点
291	入院ベースアップ評価料291	291点
292	入院ベースアップ評価料292	292点
293	入院ベースアップ評価料293	293点
294	入院ベースアップ評価料294	294点
295	入院ベースアップ評価料295	295点
296	入院ベースアップ評価料296	296点
297	入院ベースアップ評価料297	297点
298	入院ベースアップ評価料298	298点
299	入院ベースアップ評価料299	299点
300	入院ベースアップ評価料300	300点
301	入院ベースアップ評価料301	301点
302	入院ベースアップ評価料302	302点
303	入院ベースアップ評価料303	303点
304	入院ベースアップ評価料304	304点
305	入院ベースアップ評価料305	305点
306	入院ベースアップ評価料306	306点
307	入院ベースアップ評価料307	307点
308	入院ベースアップ評価料308	308点
309	入院ベースアップ評価料309	309点
310	入院ベースアップ評価料310	310点
311	入院ベースアップ評価料311	311点
312	入院ベースアップ評価料312	312点

313	入院ベースアップ評価料313	313点
314	入院ベースアップ評価料314	314点
315	入院ベースアップ評価料315	315点
316	入院ベースアップ評価料316	316点
317	入院ベースアップ評価料317	317点
318	入院ベースアップ評価料318	318点
319	入院ベースアップ評価料319	319点
320	入院ベースアップ評価料320	320点
321	入院ベースアップ評価料321	321点
322	入院ベースアップ評価料322	322点
323	入院ベースアップ評価料323	323点
324	入院ベースアップ評価料324	324点
325	入院ベースアップ評価料325	325点
326	入院ベースアップ評価料326	326点
327	入院ベースアップ評価料327	327点
328	入院ベースアップ評価料328	328点
329	入院ベースアップ評価料329	329点
330	入院ベースアップ評価料330	330点
331	入院ベースアップ評価料331	331点
332	入院ベースアップ評価料332	332点
333	入院ベースアップ評価料333	333点
334	入院ベースアップ評価料334	334点
335	入院ベースアップ評価料335	335点
336	入院ベースアップ評価料336	336点
337	入院ベースアップ評価料337	337点
338	入院ベースアップ評価料338	338点
339	入院ベースアップ評価料339	339点
340	入院ベースアップ評価料340	340点
341	入院ベースアップ評価料341	341点
342	入院ベースアップ評価料342	342点
343	入院ベースアップ評価料343	343点
344	入院ベースアップ評価料344	344点
345	入院ベースアップ評価料345	345点
346	入院ベースアップ評価料346	346点
347	入院ベースアップ評価料347	347点
348	入院ベースアップ評価料348	348点
349	入院ベースアップ評価料349	349点
350	入院ベースアップ評価料350	350点
351	入院ベースアップ評価料351	351点
352	入院ベースアップ評価料352	352点
353	入院ベースアップ評価料353	353点
354	入院ベースアップ評価料354	354点
355	入院ベースアップ評価料355	355点
356	入院ベースアップ評価料356	356点
357	入院ベースアップ評価料357	357点
358	入院ベースアップ評価料358	358点
359	入院ベースアップ評価料359	359点
360	入院ベースアップ評価料360	360点
361	入院ベースアップ評価料361	361点
362	入院ベースアップ評価料362	362点
363	入院ベースアップ評価料363	363点

364	入院ベースアップ評価料364	364点
365	入院ベースアップ評価料365	365点
366	入院ベースアップ評価料366	366点
367	入院ベースアップ評価料367	367点
368	入院ベースアップ評価料368	368点
369	入院ベースアップ評価料369	369点
370	入院ベースアップ評価料370	370点
371	入院ベースアップ評価料371	371点
372	入院ベースアップ評価料372	372点
373	入院ベースアップ評価料373	373点
374	入院ベースアップ評価料374	374点
375	入院ベースアップ評価料375	375点
376	入院ベースアップ評価料376	376点
377	入院ベースアップ評価料377	377点
378	入院ベースアップ評価料378	378点
379	入院ベースアップ評価料379	379点
380	入院ベースアップ評価料380	380点
381	入院ベースアップ評価料381	381点
382	入院ベースアップ評価料382	382点
383	入院ベースアップ評価料383	383点
384	入院ベースアップ評価料384	384点
385	入院ベースアップ評価料385	385点
386	入院ベースアップ評価料386	386点
387	入院ベースアップ評価料387	387点
388	入院ベースアップ評価料388	388点
389	入院ベースアップ評価料389	389点
390	入院ベースアップ評価料390	390点
391	入院ベースアップ評価料391	391点
392	入院ベースアップ評価料392	392点
393	入院ベースアップ評価料393	393点
394	入院ベースアップ評価料394	394点
395	入院ベースアップ評価料395	395点
396	入院ベースアップ評価料396	396点
397	入院ベースアップ評価料397	397点
398	入院ベースアップ評価料398	398点
399	入院ベースアップ評価料399	399点
400	入院ベースアップ評価料400	400点
401	入院ベースアップ評価料401	401点
402	入院ベースアップ評価料402	402点
403	入院ベースアップ評価料403	403点
404	入院ベースアップ評価料404	404点
405	入院ベースアップ評価料405	405点
406	入院ベースアップ評価料406	406点
407	入院ベースアップ評価料407	407点
408	入院ベースアップ評価料408	408点
409	入院ベースアップ評価料409	409点
410	入院ベースアップ評価料410	410点
411	入院ベースアップ評価料411	411点
412	入院ベースアップ評価料412	412点
413	入院ベースアップ評価料413	413点
414	入院ベースアップ評価料414	414点

415	入院ベースアップ評価料415	415点
416	入院ベースアップ評価料416	416点
417	入院ベースアップ評価料417	417点
418	入院ベースアップ評価料418	418点
419	入院ベースアップ評価料419	419点
420	入院ベースアップ評価料420	420点
421	入院ベースアップ評価料421	421点
422	入院ベースアップ評価料422	422点
423	入院ベースアップ評価料423	423点
424	入院ベースアップ評価料424	424点
425	入院ベースアップ評価料425	425点
426	入院ベースアップ評価料426	426点
427	入院ベースアップ評価料427	427点
428	入院ベースアップ評価料428	428点
429	入院ベースアップ評価料429	429点
430	入院ベースアップ評価料430	430点
431	入院ベースアップ評価料431	431点
432	入院ベースアップ評価料432	432点
433	入院ベースアップ評価料433	433点
434	入院ベースアップ評価料434	434点
435	入院ベースアップ評価料435	435点
436	入院ベースアップ評価料436	436点
437	入院ベースアップ評価料437	437点
438	入院ベースアップ評価料438	438点
439	入院ベースアップ評価料439	439点
440	入院ベースアップ評価料440	440点
441	入院ベースアップ評価料441	441点
442	入院ベースアップ評価料442	442点
443	入院ベースアップ評価料443	443点
444	入院ベースアップ評価料444	444点
445	入院ベースアップ評価料445	445点
446	入院ベースアップ評価料446	446点
447	入院ベースアップ評価料447	447点
448	入院ベースアップ評価料448	448点
449	入院ベースアップ評価料449	449点
450	入院ベースアップ評価料450	450点
451	入院ベースアップ評価料451	451点
452	入院ベースアップ評価料452	452点
453	入院ベースアップ評価料453	453点
454	入院ベースアップ評価料454	454点
455	入院ベースアップ評価料455	455点
456	入院ベースアップ評価料456	456点
457	入院ベースアップ評価料457	457点
458	入院ベースアップ評価料458	458点
459	入院ベースアップ評価料459	459点
460	入院ベースアップ評価料460	460点
461	入院ベースアップ評価料461	461点
462	入院ベースアップ評価料462	462点
463	入院ベースアップ評価料463	463点
464	入院ベースアップ評価料464	464点
465	入院ベースアップ評価料465	465点

466	入院ベースアップ評価料466	466点
467	入院ベースアップ評価料467	467点
468	入院ベースアップ評価料468	468点
469	入院ベースアップ評価料469	469点
470	入院ベースアップ評価料470	470点
471	入院ベースアップ評価料471	471点
472	入院ベースアップ評価料472	472点
473	入院ベースアップ評価料473	473点
474	入院ベースアップ評価料474	474点
475	入院ベースアップ評価料475	475点
476	入院ベースアップ評価料476	476点
477	入院ベースアップ評価料477	477点
478	入院ベースアップ評価料478	478点
479	入院ベースアップ評価料479	479点
480	入院ベースアップ評価料480	480点
481	入院ベースアップ評価料481	481点
482	入院ベースアップ評価料482	482点
483	入院ベースアップ評価料483	483点
484	入院ベースアップ評価料484	484点
485	入院ベースアップ評価料485	485点
486	入院ベースアップ評価料486	486点
487	入院ベースアップ評価料487	487点
488	入院ベースアップ評価料488	488点
489	入院ベースアップ評価料489	489点
490	入院ベースアップ評価料490	490点
491	入院ベースアップ評価料491	491点
492	入院ベースアップ評価料492	492点
493	入院ベースアップ評価料493	493点
494	入院ベースアップ評価料494	494点
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

#### 〇100 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）