

令和8年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む（一部抜粋））

（令和8年6月1日施行）

項目	改正後	改正前
第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
第1節 初診料 A000 初診料 【注の削除】 【注の追加】	A000 初診料 291点 注1から14（略） <u>（削る）</u> <u>15 保険医療機関（診療所又は許可病床数</u>	<u>15 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を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u> <u>（新設）</u>

<p>【注の削除】</p>	<p><u>が 200 床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が 200 床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が 400 床以上の病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60 点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>16 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、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。</u></p> <p><u>イ 医療DX推進体制整備加算1 12点</u></p> <p><u>ロ 医療DX推進体制整備加算2 11点</u></p> <p><u>ハ 医療DX推進体制整備加算3 10点</u></p> <p><u>ニ 医療DX推進体制整備加算4 10点</u></p> <p><u>ホ 医療DX推進体制整備加算5 9点</u></p> <p><u>ヘ 医療DX推進体制整備加算6 8点</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>16 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、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。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p><u>イ 電子的診療情報連携体制整備加算1 15点</u></p> <p><u>ロ 電子的診療情報連携体制整備加算2 9点</u></p> <p><u>ハ 電子的診療情報連携体制整備加算3 4点</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>第2節 再診料</p> <p>A001 再診料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A001 再診料 76点</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関し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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、56点を算定する。</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、39点（注2に規定する場合にあつては、29点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4から9 (略)</p> <p>10 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出した保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応体制加算1 7点</p> <p>ロ 時間外対応体制加算2 5点</p> <p>ハ 時間外対応体制加算3 4点</p> <p>ニ 時間外対応体制加算4 2点</p> <p>11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を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16及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</p> <p>12 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出した保険医療機関（診療所に限る。）にお</p>	<p>A001 再診料 75点</p> <p>2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関し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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。</p> <p>3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、39点（注2に規定する場合にあつては、29点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。</p> <p>10 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出した保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算1 5点</p> <p>ロ 時間外対応加算2 4点</p> <p>ハ 時間外対応加算3 3点</p> <p>ニ 時間外対応加算4 1点</p> <p>11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p> <p>12 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出した保険医療機関（診療所に限る。）にお</p>
--	---	---

	<p>いて、<u>入院中の患者以外</u>の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、<u>地域包括診療加算</u>として、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。</p> <p>イ <u>地域包括診療加算 1</u></p> <p><u>(1) 認知症を有する患者等の場合 38 点</u></p> <p><u>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 28 点</u></p> <p>ロ <u>地域包括診療加算 2</u></p> <p><u>(1) 認知症を有する患者等の場合 31 点</u></p> <p><u>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 21 点</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>いて、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する</u>患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、<u>地域包括診療加算</u>として、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</p> <p>イ <u>地域包括診療加算 1 28 点</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>ロ <u>地域包括診療加算 2 21 点</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
【注の削除】		<p><u>13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、<u>認知症地域包括診療加算</u>として、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。</u></p> <p>イ <u>認知症地域包括診療加算 1 38 点</u></p> <p>ロ <u>認知症地域包括診療加算 2 31 点</u> <u>(新設)</u></p>
【注の追加】	<p><u>13 注 12 の場合において、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、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 点を更に所定点数に加算する。</u></p>	
【注の見直し】	<p>14 注 12 の場合において、他の保険医療機関</p>	<p>14 注 12 <u>又は注 13</u> の場合において、他の保</p>

	<p>に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者 <u>又は他の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</u>について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設 <u>に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又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点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>15 から 18（略）</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>19 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>20（略）</p> <p>A002 外来診療料 【点数の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>A002 外来診療料 <u>77点</u></p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再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再診</p>	<p>険医療機関に入院した患者 <u>又は</u>介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設 <u>と連携して</u>薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する <u>情報共有等を行う</u>とともに、当該他の保険医療機関 <u>又は</u>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、退院後又は退所後1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 <u>入院中又は入所中の</u>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、<u>退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに</u>1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p><u>19 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を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>20（略）</p> <p>A002 外来診療料 <u>76点</u></p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再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再診</p>
--	---	---

【点数の見直し】	<p>を行った場合には、<u>76点</u>を算定する。</p> <p>2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び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として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>57点</u>を算定する。</p>	<p>を行った場合には、<u>75点</u>を算定する。</p> <p>2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び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として都道府県が公表したものに限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>56点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<p>3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び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として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>57点</u>を算定する。</p>	<p>3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び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として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>56点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<p>4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関し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再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、<u>57点</u>を算定する。</p>	<p>4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関し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再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、<u>56点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<p>5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り <u>39点</u>（注2から注4までに規定する場合にあっては、<u>29点</u>）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6から9（略）</p>	<p>5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り <u>38点</u>（注2から注4までに規定する場合にあっては、<u>28点</u>）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6から9（略）</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>10 <u>医療DX推進に係る体制とし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</u>保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、<u>電子的診療情報連携体制整備加算</u>として、<u>月に1回に限り2点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>11 (略)</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を<u>満たす</u>保険医療機関を受診した患者に対して<u>十分な情報を取得した上で</u>再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、<u>3月に1回に限り1点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>A003 削除</u></p>
<p>第2部 入院料等 通則</p> <p>【注の追加】</p>	<p>1 健康保険法第 63 条第 1 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 5 号による入院及び看護の費用は、第 1 節から第 5 節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、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。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p><u>3 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等第五、第九及び第十における1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</u></p> <p><u>4 別に厚生労働大臣が定める患者の場合に</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>は、特別入院基本料等、区分番号 A 108 に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号 A 109 に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して 5 日までの間は、区分番号 A 400 の 2 に掲げる短期滞在手術等基本料 3 を算定し、6 日目以降は第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第 3 節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>5 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、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>6 第 1 節から第 4 節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 から 9（略）</p> <p>10 8 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第 1 節（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点を減算する。<u>ただし、8 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関につ</u></p>	<p>9 7 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第 1 節（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点を減算する。</p>
----------------	--	---

<p>【注の追加】</p>	<p>いては、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。</p> <p><u>11 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であつて、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき次に掲げる点数を減算する。</u></p> <p><u>イからラ（略）</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>第2節 入院基本料等加算 A200 急性期総合体制加算（1日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>A200 <u>急性期総合体制加算</u>（1日につき）</p> <p><u>1 急性期総合体制加算1</u></p> <p><u>イ 7日以内の期間</u> <u>530点</u></p> <p><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>290点</u></p> <p><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>210点</u></p> <p><u>2 急性期総合体制加算2</u></p> <p><u>イ 7日以内の期間</u> <u>470点</u></p> <p><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>230点</u></p> <p><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>150点</u></p> <p><u>3 急性期総合体制加算3</u></p> <p><u>イ 7日以内の期間</u> <u>440点</u></p> <p><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>200点</u></p> <p><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>120点</u></p> <p><u>4 急性期総合体制加算4</u></p> <p><u>イ 7日以内の期間</u> <u>360点</u></p> <p><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>150点</u></p> <p><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>90点</u></p> <p><u>5 急性期総合体制加算5</u></p> <p><u>イ 7日以内の期間</u> <u>300点</u></p> <p><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>120点</u></p> <p><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>60点</u></p> <p>注 <u>総合的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療</u>を提供する体制、医療従事者の負担の軽減、処遇の改善に対する体制<u>並びに地域</u></p>	<p>A200 <u>総合入院体制加算</u>（1日につき）</p> <p><u>1 総合入院体制加算1</u> <u>260点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>2 総合入院体制加算2</u> <u>200点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>3 総合入院体制加算3</u> <u>120点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減<u>及び</u>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</p>

<p>【点数の削除】</p>	<p><u>の医療を支える体制</u>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、<u>急性期総合体制加算</u>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、<u>それぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>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、<u>総合入院体制加算</u>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、<u>入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</u>この場合において、<u>区分番号A200-2に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。</u></p> <p><u>A200-2 急性期充実体制加算（1日につき）</u></p> <p><u>1 急性期充実体制加算1</u></p> <table border="0"> <tr> <td><u>イ 7日以内の期間</u></td> <td><u>440点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u></td> <td><u>200点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u></td> <td><u>120点</u></td> </tr> </table> <p><u>2 急性期充実体制加算2</u></p> <table border="0"> <tr> <td><u>イ 7日以内の期間</u></td> <td><u>360点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u></td> <td><u>150点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u></td> <td><u>90点</u></td> </tr> </table> <p><u>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供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、急性期充実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、かつ、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。</u>この場合において、<u>区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</u></p> <p><u>2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定</u></p>	<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>440点</u>	<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>200点</u>	<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>120点</u>	<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>360点</u>	<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>150点</u>	<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>90点</u>
<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>440点</u>													
<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>200点</u>													
<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>120点</u>													
<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>360点</u>													
<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>150点</u>													
<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>90点</u>													

<p>A 243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日) 【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A201 から A203 まで 削除</p> <p>A 243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)</p> <p>1 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1</u> 87 点</p> <p>2 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2</u> 82 点</p> <p>3 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3</u> 77 点</p> <p>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、<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算</u>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。</p> <p>A 243-2 バイオ後続品使用体制加算 100 点</p> <p>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<u>先行</u>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<u>先行</u>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</p>	<p>点数に加算する。</p> <p><u>イ 急性期充実体制加算 1 の場合</u> 90 点</p> <p><u>ロ 急性期充実体制加算 2 の場合</u> 60 点</p> <p>3 <u>注 2 に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制の確保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については、精神科充実体制加算として、30 点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>A201 から A203 まで 削除</p> <p>A 243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)</p> <p>1 <u>後発医薬品使用体制加算 1</u> 87 点</p> <p>2 <u>後発医薬品使用体制加算 2</u> 82 点</p> <p>3 <u>後発医薬品使用体制加算 3</u> 77 点</p> <p>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、<u>後発医薬品使用体制加算</u>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。</p> <p>A 243-2 バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 100 点</p> <p>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<u>先発</u>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<u>先発</u>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</p>
---	---	---

<p>A 244 病棟薬剤業務実施加算 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>算として、<u>退院の日の1回</u>に限り所定点数に 加算する。</p> <p>A244 病棟薬剤業務実施加算</p> <p><u>1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週1回)</u> 300点</p> <p><u>2 病棟薬剤業務実施加算 2 (週1回)</u> 120点</p> <p><u>3 病棟薬剤業務実施加算 3 (1日につき)</u> 100点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>A250 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 160点</p>	<p>算として、<u>入院初日</u>に限り所定点数に加算する。</p> <p>A244 病棟薬剤業務実施加算</p> <p><u>1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週1回)</u> 120点</p> <p><u>2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1日につき)</u> 100点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>A250 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) 100点</p>
---	--	---

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合</p> <p>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、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>
<p>第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 通則</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>イからチ（略）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>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13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。</p>
--	---	---

<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>第1節 医学管理料等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 【点数の見直し】</p>	<p>B000 特定疾患療養管理料</p> <p>1 診療所の場合 225点</p> <p>2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点</p> <p>3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点</p> <p>注1から5（略）</p> <p>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> 801点 (2) <u>初回から3回目まで（その他の場合）</u> 351点 (3) <u>4回目以降（静注製剤等の場合）</u></p>	<p>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 800点 <u>(新設)</u> (2) 4回目以降</p>

	<p style="text-align: right;"><u>451点</u></p> <p><u>(2) 4回目以降 (その他の場合) 451点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p>	<p style="text-align: right;"><u>450点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p>
【点数の見直し】	<p style="text-align: right;"><u>351点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>601点</u></p> <p><u>(2) 初回から3回目まで (その他の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>261点</u></p> <p><u>(3) 4回目以降 (静注製剤等の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>321点</u></p> <p><u>(4) 4回目以降 (その他の場合) 141点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;"><u>221点</u></p>	<p style="text-align: right;"><u>350点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで</p> <p style="text-align: right;"><u>600点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(2) 4回目以降</u></p> <p style="text-align: right;"><u>320点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;"><u>220点</u></p>
【点数の見直し】	<p>3 外来腫瘍化学療法診療料3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>541点</u></p> <p><u>(2) 初回から3回目まで (その他の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>241点</u></p> <p><u>(3) 4回目以降 (静注製剤等の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>281点</u></p> <p><u>(4) 4回目以降 (その他の場合)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>121点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;"><u>181点</u></p> <p>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</p>	<p>3 外来腫瘍化学療法診療料3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで</p> <p style="text-align: right;"><u>540点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(2) 4回目以降</u></p> <p style="text-align: right;"><u>280点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;"><u>180点</u></p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>を除く。) 、区分番号B001 の 23 に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号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。</p> <p>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 <u>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。</u>) に、<u>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、</u> 月3回に限り算定する。</p>	<p>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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>3 1のイの <u>(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、<u>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、</u> 週1回に限り算定する。</u></p> <p>4から7 (略)</p>	<p>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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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た保険医療機関において、1のイの(1) <u>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、</u> 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。</p>	<p>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。</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>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た保険医療機関において、1のイの(1) <u>又は(2)</u>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¹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。</p>	<p>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¹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。</p>												
<p>B001-3 生活習慣病管理料</p>	<p>B001-3 生活習慣病管理料 (I)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 脂質異常症を主病とする場合</td> <td>610点</td> </tr> <tr> <td>2 高血圧症を主病とする場合</td> <td>660点</td> </tr> <tr> <td>3 糖尿病を主病とする場合</td> <td>760点</td> </tr> </table>	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	<p>B001-3 生活習慣病管理料 (I)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 脂質異常症を主病とする場合</td> <td>610点</td> </tr> <tr> <td>2 高血圧症を主病とする場合</td> <td>660点</td> </tr> <tr> <td>3 糖尿病を主病とする場合</td> <td>760点</td> </tr> </table>	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
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													
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													
<p>【注の見直し】</p>	<p>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、<u>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</u>、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。</p> <p>2から3 (略)</p>	<p>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。</p>												
<p>【注の見直し】</p>	<p>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た保険医療機関において、<u>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。</u></p> <p><u>イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）</u></p> <table border="0"> <tr> <td><u>(1) 充実管理加算1</u></td> <td><u>30点</u></td> </tr> <tr> <td><u>(2) 充実管理加算2</u></td> <td><u>20点</u></td> </tr> <tr> <td><u>(3) 充実管理加算3</u></td> <td><u>10点</u></td> </tr> </table>	<u>(1) 充実管理加算1</u>	<u>30点</u>	<u>(2) 充実管理加算2</u>	<u>20点</u>	<u>(3) 充実管理加算3</u>	<u>10点</u>	<p>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た保険医療機関において、<u>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。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>						
<u>(1) 充実管理加算1</u>	<u>30点</u>													
<u>(2) 充実管理加算2</u>	<u>20点</u>													
<u>(3) 充実管理加算3</u>	<u>10点</u>													

	<p><u>ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）</u></p> <p>(1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点</p> <p>(2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点</p> <p>(3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点</p> <p><u>ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）</u></p> <p>(1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点</p> <p>(2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点</p> <p>(3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】	<p><u>5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
【注の見直し】	<p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料（略）</p> <p>B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点</p> <p>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、<u>別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合</u>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</p>	<p>B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点</p> <p>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 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。</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>算定しているときは、算定できない。</p> <p>2から3（略）</p> <p>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、<u>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。</u></p> <p><u>イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）</u></p> <p>(1) <u>充実管理加算 1</u> 30点</p> <p>(2) <u>充実管理加算 2</u> 20点</p> <p>(3) <u>充実管理加算 3</u> 10点</p> <p><u>ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）</u></p> <p>(1) <u>充実管理加算 1</u> 30点</p> <p>(2) <u>充実管理加算 2</u> 20点</p> <p>(3) <u>充実管理加算 3</u> 10点</p> <p><u>ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）</u></p> <p>(1) <u>充実管理加算 1</u> 30点</p> <p>(2) <u>充実管理加算 2</u> 20点</p> <p>(3) <u>充実管理加算 3</u> 10点</p>	<p>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、<u>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。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>6 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>【注の削除】</p>	<p>7から8 (略)</p> <p>B011-3 薬剤情報提供料 4点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点</p> <p>注 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B005に掲げる退院時共同指導料2(注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。)は、別に算定できない。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>7から8 (略)</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点</p> <p>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B005に掲げる退院時共同指導料2(注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。)は、別に算定できない。</p> <p><u>2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>第2部 在宅医療 C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料 【項目の追加】</p>	<p>C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料</p>	<p><u>(新設)</u></p>

	<p style="text-align: right;"><u>300点</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p>	
<p>第5部 投薬通則</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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F000に掲げる調剤料、区分 	

<p>【通則の追加】</p>	<p>番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 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 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 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。</p> <p><u>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 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。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。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第1節 調剤料</p>	<p>F000 調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>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</p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>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</p> <p>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。</p>	
<p>第2節 処方料</p>	<p>F100 処方料</p>	

	<p>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</p> <p>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</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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日以上の場合、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。</p> <p>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</p>	
--	--	--

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>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 日以上の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。</p> <p>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、<u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算</u>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。</p> <p>イ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1</u> <u>8 点</u></p> <p>ロ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2</u> <u>7 点</u></p> <p>ハ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3</u> <u>5 点</u></p> <p>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 F 400 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、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 A 250 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 008-2 に掲げる薬剤総合評価</p>	<p>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、<u>外来後発医薬品使用体制加算</u>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。</p> <p>イ <u>外来後発医薬品使用体制加算 1</u> <u>8 点</u></p> <p>ロ <u>外来後発医薬品使用体制加算 2</u> <u>7 点</u></p> <p>ハ <u>外来後発医薬品使用体制加算 3</u> <u>5 点</u></p>
----------------	---	---

	調整管理料は別に算定できない。									
第3節 薬剤料	<p>F200 薬剤</p> <p>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。</p> <table> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び浸煎薬</td> <td>1 剤 1 日分</td> </tr> <tr> <td>屯服薬</td> <td>1 回分</td> </tr> <tr> <td>外用薬</td> <td>1 調剤</td> </tr> </table> <p>注 1 から 6 (略)</p>	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	
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									
第4節 特定保険医療材料料	<p>F300 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数</p> <p>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。</p>									
第5節 処方箋料 F400 処方箋料	<p>F400 処方箋料</p> <p>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</p> <p>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 32 点</p> <p>3 1 及び 2 以外の場合 60 点</p> <p>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。</p> <p>2 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 2 又</p>									

<p>【注の見直し】</p>	<p>(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日以上の投薬を行った場合(保険医療機関及び保険医療費担当規則(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。</p> <p>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。</p> <p>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(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。</p> <p>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。</p> <p>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、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該</p>	<p>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、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該</p>
----------------	---	--

	<p>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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 8点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 6点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 10点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 8点</p>
<p>第6節 調剤技術基本料</p>	<p>F500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

	<p>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。</p>	
<p>第2章 特掲診療料 第6部 注射 通則</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 670点</p>	

<p>【通則の追加】</p>	<p>(2) 15歳以上の患者の場合 450点</p> <p>□ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 640点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 370点</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><u>10 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、100点を算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料の口を算定する場合は算定しない。なお、当該実施料を算定した場合には、区分番号C005-2に掲げる在宅患者訪問点滴注射管理指導料は別に算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第1節 注射料</p> <p>第1款 注射実施料 G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）</p>	<p>通則</p> <p>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。</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射 （1回につき） 25点</p> <p>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。</p>	

<p>G 001 静脈内注射 (1回につき)</p>	<p>2 区分番号C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料、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（Ⅰ）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皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 37点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3 区分番号C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104 に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、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（Ⅰ）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静脈内注射の費用は算定しない。</p> <p>G002 動脈注射（1日につき）</p> <p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p> <p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 （1日につき） 165点</p> <p>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。</p>	
--	---	--

【点数の追加】	G003-2 <u>薬液膀胱ぼうこう内注入（1日につき）</u> 60点	G003-2 <u>削除</u>
【点数の見直し】	G003-3 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） 198点	G003-3 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
G004 点滴注射（1日につき）	G004 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、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。 4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、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（Ⅰ）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点滴注射の費用は算定しない。	
【注の追加】	<u>5 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、血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算として、当該行為を実施し</u>	<u>(新設)</u>

<p>G005 中心静脈注射 (1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p><u>た日に限り、400点を所定点数に加算する。</u></p> <p>G005 中心静脈注射 (1日につき) 140点 注1から5 (略)</p> <p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点 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は、乳幼児加算として、600点を所定点数に加算する。 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点 注1から2 (略)</p> <p>G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点 注1から2 (略)</p> <p>G005-5 上腕静脈用カテーテル挿入 350点 <u>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。</u></p>	<p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点</p> <p>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、500点を所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【項目の追加】</p> <p>G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき)</p> <p>G007 腱鞘内注射</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>G009 脳脊髄腔注射 【点数の見直し】</p> <p>G010 関節腔内注射</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入</p> <p>G011 気管内注入</p>	<p>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から2 (略)</p> <p>G007 腱鞘内注射 42点</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>1 胸骨 80点 2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>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。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 100点</p> <p>G011 気管内注入</p>	<p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>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。</p>

<p>【点数の見直し】</p> <p>G012 結膜下注射</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射</p> <p>G013 角膜内注射</p> <p>G014 球後注射</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射</p> <p>G016 硝子体内注射</p> <p>G017 腋窩多汗症注射 (片側につき)</p> <p>G018 外眼筋注射 (ボツリヌス毒素によるもの)</p>	<p style="text-align: right;"><u>120点</u></p> <p>G012 結膜下注射 42点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 27点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 80点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射</p> <p>G016 硝子体内注射</p> <p>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。</p> <p>G017 腋窩多汗症注射 (片側につき) 200点</p> <p>G018 外眼筋注射 (ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点</p>	<p style="text-align: right;"><u>100点</u></p>
<p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p> <p><u>注1</u> 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、<u>脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入</u>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。</p> <p><u>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って、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。</u></p>	<p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p> <p><u>注</u> 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<u>脳脊髄腔注射</u>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。</p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>G100 薬剤</p>	

	<p>1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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って、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。</p> <p>3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第3節 特定保険医療材料料</p>	<p>G200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	
<p>第2章 特掲診療料 第14部 その他 通則</p>		

【通則の見直し】	1 処遇の費用は、第1節の所定点数を合算した点数により算定する。	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。
【通則の見直し】	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つては、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1節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）及び歯科点数表第15部第1節（看護職員処遇改善評価料及び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等を算定する。	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つては、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。
【通則の追加】	3 物価対応の費用は、第2節の各区分の所定点数により算定する。	<u>(新設)</u>
【通則の追加】	4 物価対応に係る費用について、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つては、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（入院物価対応料を除く。）及び歯科点数表第15部第2節（歯科入院物価対応料を除く。）の各区分に掲げる物価対応料を算定する。	<u>(新設)</u>
第1節 ベースアップ評価料等 【点数の見直し】 【注の見直し】	0000 看護職員処遇改善評価料 (1日につき) (略) 0001 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 1 初診時 <u>17点</u> 2 再診時等 <u>4点</u> 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u> ロ イ以外の場合 <u>19点</u> 注1 1については、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> 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。	0100 外来・在宅ベースアップ評価 (I) (1日につき) 1 初診時 <u>6点</u> 2 再診時等 <u>2点</u> 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u> ロ イ以外の場合 <u>7点</u> 注1 1については、 <u>主として医療に従事する職員</u> （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

【注の見直し】	2 2については、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> 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。	数を算定する。 2 2については、 <u>主として医療に従事する職員</u> 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。
【注の見直し】	3 3のイについては、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> 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。 イからハ（略）	3 3のイについては、 <u>主として医療に従事する職員</u> 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。 イからハ（略）
【注の見直し】	4 3のロについては、 <u>主として医療に従事する職員</u> 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。 イからハ（略）	4 3のロについては、 <u>主として医療に従事する職員</u> 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。 イからハ（略）
【注の追加】	<u>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。</u>	<u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>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。</u>	<u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>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</u>	<u>(新設)</u>

<p>【項目の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p><u>点、186点及び45点を算定する。</u></p> <p>0002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）</p> <p>1から24（略）</p> <p>0003 入院ベースアップ評価料（1日につき）</p> <p>1から500（略）</p> <p>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。</p> <p><u>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。</u></p>	<p>0101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）</p> <p><u>（1日につき）</u></p> <p>1から8（略）</p> <p>0102 入院ベースアップ評価料（1日につき）</p> <p>1から165（略）</p> <p>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。</p> <p><u>（新設）</u></p>
<p>第2節 物価対応料</p> <p>【項目の新設】</p>	<p>0001 物価対応料</p> <p><u>1 外来・在宅物価対応料</u></p> <p><u>イ 初診時</u> <u>2点</u></p> <p><u>ロ 再診時等</u> <u>2点</u></p> <p><u>ハ 訪問診療時</u> <u>3点</u></p> <p><u>2 入院物価対応料（1日につき）</u></p> <p><u>イからヘン（略）</u></p> <p><u>注11のイについては、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。</u></p> <p><u>2 1のロについては、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を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p><u>3 1のハについては、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、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p><u>4 2については、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</u></p>	<p><u>（新設）</u></p>

	<p><u>短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、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。</u></p> <p><u>5 1 及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。</u></p>	
--	--	--