

令和 8 年度診療報酬改定に係る基本 マスタの変更等について

審査運営部 コンピュータチェック課
マスター整備係

旧点数等の廃止

■ 各基本マスターの項目について調査を行い、使用頻度の低い項目を令和 8 年度診療報酬改定時において廃止することとした。

医科

お知らせ
令和 7 年 9 月 19 日

医科診療行為マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて医科診療行為マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 項番 57「点数識別（旧点数）」及び項番 58「旧点数」の廃止

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
5 7	旧点数 点数識別	数字	1	固定	項番 5 8「旧点数」に設定した点数等の種別を表す。 0：診療報酬改定又はそれ以降に新設された診療行為 1：金額 3：点数（プラス） 4：購入価格（点数） 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数（マイナス） 点数識別の詳細は「別紙 7－1」のとおりである。
5 8	旧点数	数字	1 0	可変	診療報酬改定前又は直近で適用された点数等を、整数部「7桁」、小数点「1桁」及び小数部「2桁」の組み合わせで設定する。

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
5 7	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
5 8	予備	数字	1 0	可変	未使用：「0」を設定する。

2 項番 112「異動関連」の廃止

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 1 2	異動関連	数字	9	可変	診療報酬改定等において、診療行為の統合又は細分化等があった場合、従前の診療行為コードを設定する。



項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 1 2	予備	数字	9	可変	未使用：「0」を設定する。

3 変更予定日

令和 8 年 3 月上旬（令和 8 年診療報酬改定施行日より適用予定）

旧点数等の廃止

■ 各基本マスターの項目について調査を行い、使用頻度の低い項目を令和 8 年度診療報酬改定時において廃止することとした。

歯科

お知らせ
令和 7 年 9 月 19 日

歯科診療行為マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて歯科診療行為マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 基本テーブル・項番 13「点数等識別（旧点数）」及び項番 14「旧点数等」の廃止

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
13	旧点数				
	点数等識別	数字	1	固定	項番 14「旧点数等」に設定した点数等の種別を表す。 0：診療報酬改定又はそれ以降に新設された診療行為 1：金額 3：点数（プラス） 4：購入価格（点数） 5：%加算 6：%減算 7：減点診療行為 8：点数（マイナス） 点数識別の詳細は「別紙 7-1」のとおりである。
14	旧点数等	数字	10	可変	診療報酬改定前又は直近で適用された点数等を、整数部「7桁」、小数点「1桁」、小数部「2桁」の組み合わせで設定する。



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
13	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。

調剤

お知らせ
令和 7 年 9 月 19 日

調剤行為マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて調剤行為マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 項番 58「点数識別（旧点数）」及び項番 59「旧点数」の廃止

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
58	旧点数				
	点数識別	数字	1	固定	項番 59「旧点数」に設定した点数等の種別を表す。 0：調剤報酬改定又はそれ以降に新設された調剤行為 3：点数（プラス） 5：%加算 6：%減算 7：分数減算 8：整数倍点数 9：点数（マイナス）
59	旧点数	数字	9	可変	調剤報酬改定前又は直近で適用された点数を、下 2 桁を小数点以下とする 9 桁の数字で設定する。



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
58	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
59	予備	数字	9	可変	未使用：「0」を設定する。

旧点数等の廃止

■ 各基本マスターの項目について調査を行い、使用頻度の低い項目を令和 8 年度診療報酬改定時において廃止することとした。

医薬品

お知らせ
令和 7 年 9 月 19 日

医薬品マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて医薬品マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 項番 24「金額種別（旧金額）」及び項番 25「旧金額」の廃止

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
2 4	旧金額 金額種別	数字	1	固定	項番 2 5「旧金額」に設定した金額等の種別を表す。 0：薬価基準改定又はそれ以降に新設された医薬品 1：金額 3：薬剤使用量省略（歯科に限る。） 7：減点 金額種別の詳細は「別紙 4－2」のとおりである。
2 5	旧金額	数字	1 3	可変	薬価基準改定前又は直近で適用された当該医薬品の金額等を、整数部「1 0 桁」、小数点「1 桁」及び小数部「2 桁」の組み合わせで設定する。



項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
2 4	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
2 5	予備	数字	1 3	可変	未使用：「0」を設定する。

特定器材

お知らせ
令和 7 年 9 月 19 日

特定器材マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて特定器材マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 項番 17「金額種別（旧金額）」及び項番 18「旧金額」の廃止

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 7	旧金額 金額種別	数字	1	固定	項番 1 8「旧金額」に設定した金額等の種別を表す。 0：材料価格基準改定又はそれ以降に新設された特定器材 1：金額（整数部 1 0 桁、小数部 2 桁） 2：購入価格 5：%加算 9：乗算割合 金額種別の詳細は「別紙 5－1」のとおりである。
1 8	旧金額	数字	1 3	可変	材料価格基準改定前又は直近で告示された当該特定器材の金額等を、整数部「1 0 桁」、小数点「1 桁」及び小数部「2 桁」の組み合わせで設定する。



項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 7	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 8	予備	数字	1 3	可変	未使用：「0」を設定する。

旧点数等の廃止

■ 各基本マスターの項目について調査を行い、使用頻度の低い項目を令和 8 年度診療報酬改定時において廃止することとした。

訪問看護

お 知 ら せ
令和 7 年 9 月 19 日

訪問看護療養費マスターの仕様変更予定について

令和 8 年度診療報酬改定に係る更新と併せて訪問看護療養費マスターの仕様を下記のとおり変更する予定としていることを事前にお知らせします。
なお、変更予定の内容は変更又は追加される場合もあります。

記

1 基本テーブル・項番 17「金額識別（旧金額）」及び項番 18「旧金額」の廃止

項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 7	金額識別	数字	1	固定	項番 1 8「旧金額」に設定した金額等の識別を表す。 0：診療報酬改定又はそれ以降に新設された訪問看護療養費 1：金額 3：点数（プラス） 5：%加算 金額識別の詳細は「別紙 1 0 - 2」のとおりである。
1 8	旧金額	数字	1 0	可変	整数部「7 桁」、小数点「1 桁」及び小数部「2 桁」の組み合わせで設定する。



項番	項 目 名	形 式			内 容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
1 7	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を設定する。
1 8	予備	数字	1 0	可変	未使用：「0」を設定する。

2 変更予定日
令和 8 年 3 月上旬（令和 8 年診療報酬改定施行日より適用予定）

特定器材マスター

内容の変更

○再製造単回使用医療機器使用加算区分のフラグ追加 ※令和8年3月1日適用

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 再製造心腔内超音波カテーテルA S（日本ストライカー）
保険適用希望企業 日本ストライカー株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
再製造心腔内超音波カテーテルA S （日本ストライカー）	R（再製造）	本品は、先端部に超音波を送受信するトランスデューサを内蔵し、心腔内及び管腔内から心臓及び大血管の解剖学的構造や生理機能を画像化するためのカテーテルである。また、心腔内の他の機器の画像化も行うことができる。本品は、再製造単回使用医療機器である。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
再製造心腔内超音波カテーテルA S （日本ストライカー）	229,000 円	168 心腔内超音波プローブ (2) 磁気センサー付き 327,000 円 再製造係数 0.7	1.0	—

○ 定義案

「168 心腔内超音波プローブ」の定義を下線部のとおり、追加・変更する。

(1) 略

(2) 機能区分の考え方

磁気センサーの有無により、標準型、磁気センサー付き及び再製造（2区分）の合計4区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 標準型

②から④までに該当しないこと。

② 磁気センサー付き

電気生理学的検査において多電位差測定に必要な情報処理を行う三次元カラーマッピングシステムとともに使用するための磁気センサーを有すること。

③ 再製造・標準型

①の再製造品であること。

④ 再製造・磁気センサー付き

②の再製造品であること。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
38	再製造単回使用医療機器使用加算	数字	3	固定	再製造単回使用医療機器使用加算であるか否かを表す。 0 0 0 : 再製造単回使用医療機器以外 0 0 1 : 体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型） 0 0 2 : 体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型） 0 0 3 : 心腔内超音波プローブ（再製造・標準型） 0 0 4 : 心腔内超音波プローブ（再製造・磁気センサー付き）

医科診療行為マスター

【I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応-①】

① 物件費の高騰を踏まえた対応

第1 基本的な考え方

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬

- (1) 診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。
- (2) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 物価対応料 (1日につき)

1 外来・在宅物価対応料

<u>イ</u>	<u>初診時</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>再診時等</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>訪問診療時</u>	<u>●●点</u>

2 入院物価対応料

<u>イ</u>	<u>急性期一般入院料 1 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>急性期一般入院料 2 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>急性期一般入院料 3 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ニ</u>	<u>急性期一般入院料 4 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ホ</u>	<u>急性期一般入院料 5 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ヘ</u>	<u>急性期一般入院料 6 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ト</u>	<u>地域一般入院料 1 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>チ</u>	<u>地域一般入院料 2 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>リ</u>	<u>地域一般入院料 3 を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ヌ</u>	<u>特別入院基本料 (一般病棟) を算定する場合</u>	<u>●●点</u>

項目の変更 (1/5)

○「予備」から「物価対応料区分」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
132	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
132	物価対応料区分	英数	1	固定	物価対応料に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：物価対応料自体 2：物価対応料に関する診療行為

項目の変更 (1/5)

○「予備」から「物価対応料グループ区分」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
133	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
133	物価対応料グループ区分	英数	3	固定	物価対応料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 000：「1」から「500（予定）」以外の診療行為 001：外来・在宅物価対応料（初診時） 002：外来・在宅物価対応料（再診時等） 003：外来・在宅物価対応料（訪問診療時） 004：急性期病院 A 一般入院料を算定する場合 005：急性期病院 B 一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。） 006：急性期病院 B 一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合 007：急性期一般入院料 1 を算定する場合 （以下、省略・・・）

【Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価－②】

② 臓器移植手術に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器採取術及び臓器移植術について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

臓器提供施設、臓器あっせん機関若しくは他の保険医療機関と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、加算を設ける。

(新) 臓器移植実施体制確保加算

[対象患者]

臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者

[算定要件]

区分番号K514-3、K514-4、K605からK605-4まで、K697-6、K697-7、K709-2からK709-6まで、K716-5、K716-6、K779-2及びK780に掲げる手術について、臓器提供施設、臓器あっせん機関及び他の保険医療機関と連携して、当該手術を行った場合は、臓器移植実施体制確保加算として、それぞれ当該手術の所定点数の100分の●●に相当する点数を加算する。

項目の変更 (2/5)

○「予備」から「臓器移植実施体制確保加算」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
134	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
134	臓器移植実施体制確保加算	英数	1	固定	臓器移植実施体制確保加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す <基本項目、合成項目、準用項目> 0：臓器移植実施体制確保加算を算定できない診療行為 1：臓器移植実施体制確保加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：臓器移植実施体制確保加算以外の診療行為 1：臓器移植実施体制確保加算自体

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価－④】

④ 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

第１ 基本的な考え方

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、ロボット手術について、年間手術実績に応じた新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間 200 例以上である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算 ●●点

[算定要件]

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、区分番号 K 3 7 4－2、K 3 9 4－2、K 5 0 2－5、K 5 0 4－2、K 5 1 4－2 の 2 及び 3、K 5 2 9－2、K 5 2 9－3、K 5 5 4－2、K 5 5 5－3、K 6 5 5－2 の 3、K 6 5 5－5 の 3、K 6 5 7－2 の 4、K 6 7 4－2、K 6 9 5－2、K 7 0 2－2、K 7 0 3－2、K 7 1 9－3、K 7 4 0－2、K 7 5 5－2、K 7 7 3－5、K 7 7 3－6、K 7 7 8－2、K 8 0 3－2、K 8 6 5－2 並びに K 8 7 9－2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術に当たって、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。

項目の変更 (3/5)

○「予備」から「内視鏡手術用支援機器加算」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
135	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
135	内視鏡手術用支援機器加算	英数	1	固定	内視鏡手術用支援機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す <基本項目、合成項目、準用項目> 0：内視鏡手術用支援機器加算を算定できない診療行為 1：内視鏡手術用支援機器加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：内視鏡手術用支援機器加算以外の診療行為 1：内視鏡手術用支援機器加算自体

【Ⅲ-3-1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進-②】

② オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いた診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方薬を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いた医学管理等を算定した患者に対し、電子処方箋システムにより最新の薬剤情報を確認した上で重複投薬等チェックを実施した場合であって、患者が調剤を希望する保険薬局と連携し、電子処方箋を発行した場合の評価を新設する。

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 ●●点

[対象患者]

情報通信機器を用いた医学管理等を算定する患者

[算定要件]

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電子処方箋を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

【Ⅱ-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価-②】

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

第1 基本的な考え方

人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、人口 20 万人未満かつ人口密度が 200 人／平方キロメートル未満である二次医療圏及び離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。

2. 上記医療機関が情報通信機器を用いた医学管理を行った場合の評価を新設する。

項目の変更 (4/5)

○「予備」から「遠隔電子処方箋活用加算等」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
136	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
136	遠隔電子処方箋活用加算等	英数	1	固定	遠隔電子処方箋活用加算等を算定可能な診療行為であるか否かを表す ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0：遠隔電子処方箋活用加算等を算定できない診療行為 1：遠隔電子処方箋活用加算等を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0：遠隔電子処方箋活用加算等以外の診療行為 1：遠隔電子処方箋活用加算自体 2：医療提供機能連携確保加算自体

項目の変更 (5/5)

○「予備」から「外科医療確保特別加算」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
137	予備	数字	1	固定	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
137	外科医療確保特別加算	英数	1	固定	外科医療確保特別加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：外科医療確保特別加算を算定できない診療行為 1：外科医療確保特別加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：外科医療確保特別加算以外の診療行為 1：外科医療確保特別加算自体

フラグの追加 (1/4)

○再製造単回使用医療機器使用加算区分のフラグ追加 ※令和8年3月1日適用

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 再製造心腔内超音波カテーテルA S（日本ストライカー）
保険適用希望企業 日本ストライカー株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
再製造心腔内超音波カテーテルA S（日本ストライカー）	R（再製造）	本品は、先端部に超音波を送受信するトランスデューサを内蔵し、心腔内及び血管内から心臓及び大血管の解剖学的構造や生理機能を画像化するためのカテーテルである。また、心腔内の他の機器の画像化も行うことができる。本品は、再製造単回使用医療機器である。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
再製造心腔内超音波カテーテルA S（日本ストライカー）	229,000 円	168 心腔内超音波プローブ (2) 磁気センサー付き 327,000 円 再製造係数 0.7	1.0	—

○ 定義案

「168 心腔内超音波プローブ」の定義を下線部のとおり、追加・変更する。

(1) 略

(2) 機能区分の考え方

磁気センサーの有無により、標準型、磁気センサー付き及び再製造（2区分）の合計4区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 標準型

②から④までに該当しないこと。

② 磁気センサー付き

電気生理学的検査において多電位差測定に必要な情報処理を行う三次元カラーマッピングシステムとともに使用するための磁気センサーを有すること。

③ 再製造・標準型

①の再製造品であること。

④ 再製造・磁気センサー付き

②の再製造品であること。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
131	再製造単回使用医療機器使用加算	数字	3	固定	再製造単回使用医療機器使用加算であるか否かを表す。 0 0 0：再製造単回使用医療機器使用加算以外 0 0 1：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・冠状静脈洞型））自体 0 0 2：再製造単回使用医療機器使用加算（体外式ペースメーカー用カテーテル電極（再製造・房室弁輪部型））自体 0 0 3：再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波プローブ（再製造・標準型））自体 0 0 4：再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波プローブ（再製造・磁気センサー付き））自体

フラグの追加（2/4）

○検査等実施判断グループ区分のフラグ追加及び変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
51	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	検査及び画像診断等の判断料又は診断料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 0 : 「1」から「4 2」以外の診療行為 1 : 尿・糞便等検査 2 : 血液学的検査 3 : 生化学的検査（Ⅰ） 4 : 生化学的検査（Ⅱ） 5 : 免疫学的検査 6 : 微生物学的検査 8 : 基本的検体検査 1 1 : 呼吸機能検査 1 3 : 脳波検査 1 4 : 神経・筋検査（筋電図検査） 1 5 : ラジオアイソトープ検査 1 6 : 眼科学的検査 1 7 : 遺伝子関連・染色体検査判断料 1 8 : 神経・筋検査（その他） 3 1 : 核医学診断 （「E 1 0 1 - 2」から「E 1 0 1 - 5」） 以下（略）

フラグの追加（3/4）

○頸部郭清術併施加算等区分のフラグ追加及び変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
54	頸部郭清術併施加算等区分	数字	1	固定	頸部郭清術併施加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 頸部郭清術併施加算及び頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定可能な診療行為 2 : 頸部郭清術併施加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0 : 「1」及び「2」以外の診療行為 1 : 頸部郭清術併施加算自体 2 : 頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算自体

形式（モード）の変更及びフラグの追加（4/4）

■ K 9 3 9 画像等手術支援加算 2 実物大臓器立体モデルによるものがイとロに細分化されてことによる内容の変更

保医発 0530 第 1 号
令和 7 年 5 月 30 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
等の一部改正について

（5）□区分番号 K 5 5 8、K 5 6 7 の 3、K 5 7 6 の 1、K 5 7 6 の 2、K 5 7 9 - 2 の 2、K 5 8 0 の 2、K 5 8 2 の 3、K 5 8 3 の 1、K 5 8 3 の 3、K 5 8 4 の 2、K 5 8 5 及び K 5 8 7 に掲げる手術に当たって、関連学会の定める対象疾患の選定指針に合致する先天性心疾患患者に対し、マルテスライスコ T 画像情報を基に作製された実物大心臓 3 D モデルによる手術計画立案の支援を行った場合に、区分番号「K 9 3 9」画像等手術支援加算の「2」実物大臓器立体モデルによるものの所定点数の 9 回分を合算した点数を準用して算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に実物大心臓 3 D モデルによる手術計画立案の支援の医学的な必要性を記載すること。

K 9 3 9 □ 画像等手術支援加算	K 9 3 9 □ 画像等手術支援加算
1 □ ナビゲーションによるもの 2,000 点	1 □ ナビゲーションによるもの 2,000 点
2 □ 実物大臓器立体モデルによるもの	2 □ 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000 点
イ □ 複雑先天性心疾患の患者に行う場合 18,000 点	(新設)
ロ □ イ以外の場合 2,000 点	(新設)
注 1 □ イについては、区分番号 K 5 5 8、K 5 6 7 の 3、K 5 7 6 の 1、K 5 7 6 の 2、K 5 7 9 - 2 の 2、K 5 8 0 の 2、K 5 8 2 の 3、K 5 8 3 の 1、K 5 8 3 の 3、K 5 8 4 の 2、K 5 8 5 及び K 5 8 7 に掲げる手術に当たって、 実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	(新設)
2 □ ロについては、区分番号 K 0 5 5 - 2、K 0 5 5 - 3、K 1 3 6、K 1 4 2 の 2 から 24 まで、K 1 4 2 - 2、K 1 5 1 - 2、K 1 6 2、K 1 8 0、K 2 2 7、K 2 2 8、K 2 3 6、K 2 3 7、K 3 1 3、K 3 1 4 の 2、K 4 0 6 の 2、K 4 2 7、K 4 2 7 - 2、K 4 2 9、K 4 3 3、K 4 3 4、K 4 3 6 から K 4 4 4 - 2 まで及び K 5 1 9 に掲げる手術に当たって、 実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	注 □ 区分番号 K 0 5 5 - 2、K 0 5 5 - 3、K 1 3 6、K 1 4 2 の 6、K 1 4 2 - 2、K 1 5 1 - 2、K 1 6 2、K 1 8 0、K 2 2 7、K 2 2 8、K 2 3 6、K 2 3 7、K 3 1 3、K 3 1 4 の 2、K 4 0 6 の 2、K 4 2 7、K 4 2 7 - 2、K 4 2 9、K 4 3 3、K 4 3 4 及び K 4 3 6 から K 4 4 4 - 2 までに掲げる手術に当たって、 実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
3 □ 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000 点	3 □ 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000 点
注 □ 区分番号 K 0 8 2、K 0 8 2 - 3、K 4 3 7 から K 4 3 9 まで及び K 4 4 4 に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。	注 □ 区分番号 K 0 8 2、K 0 8 2 - 3、K 4 3 7 から K 4 3 9 まで及び K 4 4 4 に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

形式（モード）の変更及びフラグの追加（4/4）

○画像等手術支援加算のモード及び内容変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
20	画像等手術支援加算	英数	1	固定	画像等手術支援加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 <基本項目、合成項目、準用項目> 0：「1」から「7」以外の診療行為 1：ナビゲーションによる支援加算（2,000点）を算定可能な診療行為 2：実物大臓器立体モデルによる支援加算（□：イ以外・2,000点）を算定可能な診療行為 3：ナビゲーション又は実物大臓器立体モデルによる支援加算（□）（共に2,000点）を算定可能な診療行為 4：患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（2,000点）を算定可能な診療行為 5：ナビゲーション又は患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（共に2,000点）を算定可能な診療行為 6：実物大臓器立体モデル（□）又は患者適合型手術支援ガイドによる支援加算（共に2,000点）を算定可能な診療行為 7：実物大臓器立体モデルによる支援加算（イ：複雑先天性心疾患の患者・18,000点）を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 0：「1」、「2」、「4」及び「6」以外の診療行為 1：ナビゲーションによる支援加算自体 2：実物大臓器立体モデルによる支援加算（□）自体 4：患者適合型手術支援ガイドによる支援加算自体 6：実物大臓器立体モデルによる支援加算（イ）自体

救命救急入院料のコードについて

【Ⅱ－１－１ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑦】

⑦ 救命救急入院料の見直し

第１ 基本的な考え方

救命救急入院料について、簡素化の観点から、その区分を統合し整理する。

第２ 具体的な内容

広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている救命救急入院料１から救命救急入院料４の評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

改定前				
点数表 区分番号	変更 区分	診療行為コード	省略漢字名称	新点数
A 3 0 0	5	190024310	救命救急入院料 2（3日以内）	11847.00
A 3 0 0	5	190128710	救命救急入院料 2（4日以上7日以内）	10731.00
A 3 0 0	5	190024410	救命救急入院料 2（8日以上）	9413.00
A 3 0 0	5	190244810	救命救急入院料 2（3日以内）（急性血液浄化等の患者）	11847.00
A 3 0 0	5	190244910	救命救急入院料 2（4～7日以内）（急性血液浄化等の患者）	10731.00
A 3 0 0	5	190245010	救命救急入院料 2（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	9413.00
A 3 0 0	5	190024510	救命救急入院料 1（3日以内）	10268.00
A 3 0 0	5	190128610	救命救急入院料 1（4日以上7日以内）	9292.00
A 3 0 0	5	190074510	救命救急入院料 1（8日以上）	7934.00
A 3 0 0	5	190244510	救命救急入院料 1（3日以内）（急性血液浄化等の患者）	10268.00
A 3 0 0	5	190244610	救命救急入院料 1（4～7日以内）（急性血液浄化等の患者）	9292.00
A 3 0 0	5	190244710	救命救急入院料 1（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	7934.00



改定後				
点数表 区分番号	変更 区分	診療行為コード	省略漢字名称	新点数
A 3 0 0	5	190024510	救命救急入院料 1（3日以内）	12379.00
A 3 0 0	5	190128610	救命救急入院料 1（4日以上7日以内）	11240.00
A 3 0 0	5	190074510	救命救急入院料 1（8日以上）	9894.00
A 3 0 0	5	190244510	救命救急入院料 1（3日以内）（急性血液浄化等の患者）	12379.00
A 3 0 0	5	190244610	救命救急入院料 1（4～7日以内）（急性血液浄化等の患者）	11240.00
A 3 0 0	5	190244710	救命救急入院料 1（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	9894.00
A 3 0 0	5	190024310	救命救急入院料 2（3日以内）	10623.00
A 3 0 0	5	190128710	救命救急入院料 2（4日以上7日以内）	9629.00
A 3 0 0	5	190024410	救命救急入院料 2（8日以上）	8469.00
A 3 0 0	5	190244810	救命救急入院料 2（3日以内）（急性血液浄化等の患者）	10623.00
A 3 0 0	5	190244910	救命救急入院料 2（4～7日以内）（急性血液浄化等の患者）	9629.00
A 3 0 0	5	190245010	救命救急入院料 2（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	8469.00

○救命救急入院料の見直しに伴い、3、4及び5が廃止となり、既存の1のコードは2へ、2のコードは1へそれぞれ引継ぐ

人工呼吸器使用加算の細分化について

- 人工呼吸器使用加算については、R6年度においては区分が異なる入院料であっても同一のコードを使用していたが、区分ごとに注加算として示されていることから、R8年度においては以下のとおり細分化する。

区分	診療行為名称	点数表告示	改定前（R6年度）	改定後（R8年度）
A306	特殊疾患入院医療管理料	注2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。	人工呼吸器使用加算 （特殊疾患入院医療管理料・特殊疾患病棟入院料）	人工呼吸器使用加算（特殊疾患入院医療管理料）
A309	特殊疾患病棟入院料			人工呼吸器使用加算（特殊疾患病棟入院料）

リハビリテーション加算の取扱いについて

- リハビリテーション加算は、これまではそれぞれの加算について1コードのみで運用してきたが、疾患リハビリごとに告示内容が異なることから、当該、加算コードを疾患別リハビリごとに細分化。

NO.	リハビリ種類	R8新設
		注5 休日リハビリテーション加算
1	H000 心 大血管疾患リ ハビリテーショ ン料	注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって 入院中のもの に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、 発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として 、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。
2	H001 脳 血管疾患等リ ハビリテーショ ン料	注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって 入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。） に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ 発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として 、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。
3	H001- 2 廃用症候 群リハビリテー ション料	注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって 入院中のもの に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、 発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として 、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。

NO.	リハビリ種類	R8新設
		注5 休日リハビリテーション加算
4	H002 運 動器リハビリ テーション料	注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって 入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿(たい)骨頸(けい)部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。） に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、 それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として 、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。
5	H003 呼 吸器リハビリ テーション料	注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって 入院中のもの に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、 発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として 、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。

■ 対象のリハビリ加算一覧

注	対象リハビリ加算一覧
2	早期リハビリテーション加算
3	初期加算
4	急性期リハビリテーション加算
5	休日リハビリテーション加算
7	リハビリテーション提出加算

上限回数を見直す診療行為について

- R8 診療報酬改定に伴い、以下の診療行為について上限回数の見直しを行った。

N o	診療行為コード	省略漢字名称	上限回数 変更前	上限回数 変更後	変更理由
1	150371910	組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））	1	0	K022 組織拡張器による再建手術 留意事項通知(5) 「原則として1患者の同一部位の同一疾患に対して1回のみの算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。 ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 」とあることから 0回へ変更
2	150372010	組織拡張器による再建手術（その他）	1	0	K022 組織拡張器による再建手術留意事項 通知(5) 原則として1患者の同一部位の同一疾患に対して1回のみの算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。 ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 とあることから 0回へ変更
3	160164250	N T X	1	0	D 0 0 8 内分泌学的検査 留意事項通知(12) 「「25」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（N T X）及び「39」のデオキシピリジノリン（D P D）（尿）は、 原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定 又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。 なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。」とあるが原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定については、 回数制限がないことから0回に変更
4	160189250	L - F A B P（尿）	1	0	D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査 留意事項通知(8) 「「19」のL型脂肪酸結合蛋白（L - F A B P）（尿）は、原則として3月に1回に限り算定する。 ただし、医学的な必要性からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 」とあることから 0回に変更
5	160220610	E G F R 遺伝子検査（肺癌）	1	0	D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査 留意事項通知(1) 「「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍又は悪性リンパ腫の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、（2）から（4）までに掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。 ただし、肺癌におけるE G F R 遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし 」とあることから 0回に変更
6	160236850	乳癌悪性度判定検査	1	0	D 0 0 6 - 29 乳癌悪性度判定検査 留意事項通知(1) 「ホルモン受容体陽性かつH E R 2 陰性であって、リンパ節転移陰性、微小転移又はリンパ節転移1～3個の早期浸潤性乳癌患者を対象として、遠隔再発リスクの提示及び化学療法の要否の決定を目的として、腫瘍組織から抽出した21遺伝子のR N A 発現の定量値に基づき乳癌悪性度判定検査を実施した場合に、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。 ただし、医学的な必要性から患者1人につき2回以上実施した場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 」とあることから 0回に変更

歯科診療行為マスター

【Ⅰ－１ 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応－①】

① 物件費の高騰を踏まえた対応

第１ 基本的な考え方

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和８年度及び令和９年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

１．医科診療報酬

- (１) 診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。
- (２) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 物価対応料 (1日につき)

1 外来・在宅物価対応料

<u>イ</u>	<u>初診時</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>再診時等</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>訪問診療時</u>	<u>●●点</u>

2 入院物価対応料

<u>イ</u>	<u>急性期一般入院料1を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>急性期一般入院料2を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>急性期一般入院料3を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ニ</u>	<u>急性期一般入院料4を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ホ</u>	<u>急性期一般入院料5を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ヘ</u>	<u>急性期一般入院料6を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ト</u>	<u>地域一般入院料1を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>チ</u>	<u>地域一般入院料2を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>リ</u>	<u>地域一般入院料3を算定する場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ヌ</u>	<u>特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合</u>	<u>●●点</u>

項目の変更 (1/1)

○「予備4」から「歯科物価対応料区分」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
64	予備4	数字	3	可変	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
64	歯科物価対応料区分	英数	1	固定	歯科物価対応料に関する診療行為であるか否かを表す。 0：「1」及び「2」以外の診療行為 1：歯科物価対応料自体 2：歯科物価対応料に関する診療行為

項目の変更 (1/1)

○「予備5」から「歯科物価対応料グループ区分」へ変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
65	予備5	数字	3	可変	未使用：省略



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
65	歯科物価対応料グループ区分	英数	3	固定	歯科物価対応料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 000：「1」から「500（予定）」以外の診療行為 001：歯科外来物価対応料（初診時） 002：歯科外来物価対応料（再診時等） 003：急性期病院A一般入院料を算定する場合 004：急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。） 005：急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合 006：急性期一般入院料1を算定する場合 007：急性期一般入院料2を算定する場合 （以下、省略・・・）

項目の追加 (1/1)

○「予備」項目の追加

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
66	公表順序番号	数字	9	可変	歯科点数表の規定する区分番号等に基づき診療行為の順序番号を設定する。



項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
66	公表順序番号	数字	9	可変	歯科点数表の規定する区分番号等に基づき診療行為の順序番号を設定する。
67	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。
}					
76	予備	数字	1	可変	未使用：「0」を設定する。

※公表順序番号の後ろに予備項目を追加予定（項番67～項番76）

フラグの追加（1/1）

○検査等実施判断グループ区分のフラグ追加及び変更

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
31	検査等実施判断グループ区分	数字	2	可変	検査及び画像診断等の判断料又は診断料を算定できる診療行為のグループ区分を表す。 0 : 「1」から「4 2」以外の診療行為 1 : 尿・糞便等検査 2 : 血液学的検査 3 : 生化学的検査（Ⅰ） 4 : 生化学的検査（Ⅱ） 5 : 免疫学的検査 6 : 微生物学的検査 8 : 基本的検体検査 1 1 : 呼吸機能検査 1 3 : 脳波検査 1 4 : 神経・筋検査（筋電図検査） 1 5 : ラジオアイソトープ検査 1 6 : 眼科学的検査 1 7 : 遺伝子関連・染色体検査判断料 1 8 : 神経・筋検査（その他） 3 1 : 核医学診断 （「E 1 0 1 - 2」から「E 1 0 1 - 5」） 以下（略）

調剤行為マスター

減算コードの追加

8. 新規開設する保険薬局について、既に多数の保険薬局が開局している地域（特に、病院の近隣）又は医療モール内に立地する場合は減算とする。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [算定要件] <u>注15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。</u> [施設基準] <u>五の六 門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局</u> <u>次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Aを算定しているものを除く。）であること。</u> <u>（1） 次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。</u> <u>イ 別表第三の一に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の</u>	【調剤基本料】 [算定要件] （新設） [施設基準] （新設）

746

- 注15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。

減算コードの追加

- 注15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。
- 注16 注3又は注4と、注5から注8まで又は注12から注15までに規定する点数とを合算した点数が3点を下回る場合は、3点を算定する。

	基本点数	80/100	50/100	80/100 50/100	後減	80/100 後減	50/100 後減	80/100 50/100 後減	門前	後減 門前	80/100 門前	50/100 門前	80/100 50/100 門前	80/100 後減 門前	50/100 後減 門前	80/100 50/100 後減 門前
調剤基本料 1	47	38	24	19	42	33	19	14	32	27	23	9	4	18	4	-1
調剤基本料 2	30	24	15	12	25	19	10	7	15	10	9	0	-3	4	-5	-8
調剤基本料 3 (イ)	25	20	13	10	20	15	8	5	10	5	5	-2	-5	0	-7	-10
調剤基本料 3 (ロ)	20	16	10	8	15	11	5	3	5	0	1	-5	-7	-4	-10	-12
調剤基本料 3 (ハ)	37	30	19	15	32	25	14	10	22	17	15	4	0	10	-1	-5

減算コードの追加

- 注15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。
- 注16 注3又は注4と、注5から注8まで又は注12から注15までに規定する点数とを合算した点数が3点を下回る場合は、3点を算定する。

No	調剤基本料	基本名称
1	調剤基本料 1	算出後3点未満（調基1・100分の80（50）・後減・門前）
2	調剤基本料 2	算出後3点未満（調基2・100分の50・門前）
3		算出後3点未満（調基2・100分の80（50）・門前）
4		算出後3点未満（調基2・100分の50・後減・門前）
5		算出後3点未満（調基2・100分の80（50）・後減・門前）
6	調剤基本料 3（イ）	算出後3点未満（調基3（イ）・100分の50・門前）
7		算出後3点未満（調基3（イ）・100分の80（50）・門前）
8		算出後3点未満（調基3（イ）・100分の80・後減・門前）
9		算出後3点未満（調基3（イ）・100分の50・後減・門前）
10	調剤基本料 3（ロ）	算出後3点未満（調基3（ロ）・100分の80（50）・後減・門前）
11		算出後3点未満（調基3（ロ）・後減・門前）
12		算出後3点未満（調基3（ロ）・100分の80・門前）
13		算出後3点未満（調基3（ロ）・100分の50・門前）
14	調剤基本料 3（ハ）	算出後3点未満（調基3（ハ）・100分の80（50）・門前）
15		算出後3点未満（調基3（ハ）・100分の80・後減・門前）
16		算出後3点未満（調基3（ハ）・100分の50・後減・門前）
17		算出後3点未満（調基3（ハ）・100分の80（50）・後減・門前）
18	調剤基本料 3（ニ）	算出後3点未満（調基3（ニ）・100分の80（50）・門前）
19		算出後3点未満（調基3（ニ）・100分の50・後減・門前）
20		算出後3点未満（調基3（ニ）・100分の80（50）・後減・門前）

7. 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。

また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

(新) 調剤ベースアップ評価料（処方箋の受付1回につき） 4点

[算定要件]

- (1) 当該保険薬局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薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険薬局に勤務する職員（以下この号において「対象職員」という。）がいること。
- (2) 対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 調剤物価対応料 1点

[算定要件]

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、3月に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、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。

ベースアップ評価料等の新設

- ベースアップ評価料並びに物価対応料の新設に伴い「診療行為識別区分」を変更する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
21	調剤行為識別区分	数字	2	固定	調剤点数表等に規定する調剤行為の識別区分を表す。 1 0 : 調剤基本料 1 1 : 調剤基本料加算 1 2 : 調剤基本料減算 2 0 : 薬剤調製料 2 1 : 薬剤調製料加算 2 2 : 薬剤調製料減算 3 0 : 薬学管理料 3 1 : 薬学管理料加算 3 2 : 薬学管理料減算 4 2 : 調剤基本料・薬剤調製料・薬学管理料減算 4 3 : 調剤管理料 4 4 : 調剤管理料（時間外等加算） 4 5 : 外来服薬支援料 2 5 0 : その他（仮）

ベースアップ評価料等の新設

- ベースアップ評価料並びに物価対応料の新設に伴い「調剤行為種類（１）」を変更する。

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大 バイト	項目 形式	
28	調剤行為種類（１）	数字	2	固定	調剤点数表等に規定する調剤行為の区分を表す。 1：調剤基本料 2：薬剤調製料 3：加算料 4：薬学管理料 5：調剤基本料加算 6：調剤基本料減算 7：その他（仮）

ベースアップ評価料等の新設

- ベースアップ評価料並びに物価対応料等の新設に伴い「調剤行為種類（２）」を変更する。

コード	調剤行為種類(2)
68	調剤管理料 1（在宅基幹薬局～）
69	調剤管理料（1 以外）（在宅基幹薬局～）
70	調剤管理料（時間外等加算）（在宅基幹薬局～）
71	外来服薬支援料 2（在宅基幹薬局～）
72	3 点合成コード
73	リフィル
74	調剤管理料（時間外等加算以外）
75	調剤管理料（時間外等加算以外）（在宅基幹薬局～）
76	在宅移行初期管理料
77	服薬情報等提供料 3
78	特別調剤基本料 A
79	特別調剤基本料 B
80	施設連携加算（外来服薬支援料 2）
81	在宅薬学総合体制加算
82	調剤ベースアップ評価料（仮）
83	物価対応料（仮）
84	訪問薬剤管理医師同時指導料（仮）
85	複数名薬剤管理指導訪問料（仮）

訪問看護療養費マスター

(新)	<u>訪問看護物価対応料（１日につき）</u>	
	<u>１ 訪問看護物価対応料 １</u>	
	<u>イ 月の初日の訪問の場合</u>	<u>60 円</u>
	<u>ロ 月の２日目以降の訪問の場合</u>	<u>20 円</u>
	<u>２ 訪問看護物価対応料 ２</u>	<u>20 円</u>

- (1) １については、訪問看護ステーションが、区分番号 02 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 1 として、区分に従い、それぞれ所定額を算定する。
- (2) ２については、訪問看護ステーションが、区分番号 04 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 2 として、所定額を算定する。
- (3) １及び２については、令和 9 年 6 月以降は、所定額の 100 分の 200 に相当する額を算定する。

⑧ 包括型訪問看護療養費の新設

第1 基本的な考え方

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施できることを踏まえ、訪問看護療養費に、包括で評価する体系を新設する。

第2 具体的な内容

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者、同別表第8に掲げる者に該当する利用者又は特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者に限る。）に対して、24 時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の1日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

⑥ 訪問看護管理療養費の見直し

第1 基本的な考え方

適切な指定訪問看護に係る管理を推進するとともに、利用者のニーズや療養環境の多様化に適切に対応するために、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
2. 月の2日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費1と2を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。

訪問看護療養費種類コード一覧（抜粋）

訪問看護療養費 種類コード	訪問看護療養費種類
2 5	乳幼児加算（別に厚生労働大臣が定める者）
2 6	訪問看護物価対応料（仮）
2 7	包括型訪問看護療養費（仮）
2 8	訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問の場合）（仮）
9 0	医療観察訪問看護基本料1・3（週4日目以降）