

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料について

A000 初診料 291点

A001 再診料 76点

外来管理加算 52点

A002 外来診療料 77点

(一般病床数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合一部の検体検査・処置が包括)

再診料一覧表

改定後	現行	O100 物価対応料	O001 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ	O002 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
A000初診料291点	291点	2点	17点(23点)	8～96点
A001再診料76点	75点	2点	4点(6点)	4～12点
A002外来診療料77点	76点	2点	4点(6点)	

O001外来・ベースアップ評価料Ⅰ O002外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は届け出が必要

O002外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は無床診療所で算定

O00Ⅰ 外来・ベースアップ評価料Ⅰの括弧内は令和8年3月時点ですでにベースアップ評価料を算定している医療機関で算定。

物価対応料の点数について、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。

情報通信機器を用いた初診・再診の評価。

(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 253点

(新) 再診料(情報通信機器を用いた場合) 76点

(新) 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 76点

- ① 外来診療における初診料・再診料には簡単な検査(例えば血圧測定等)の費用は含まれる。
- ② 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- ③ 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該医師が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。
- ④ 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ⑤ 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は初診として取り扱う。しかし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推測される場合の診療は初診として取り扱わない。
- ⑥ 労災保険、健康診断、自費等により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院している期間にあっては、当該医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- ⑦ 再診料は診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度(同一日におい

第1章 基本診療料―②

て2以上の再診があってもその都度算定できる。

- ⑧ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定できる。ただし、この場合において、外来管理加算及び地域包括診療加算は算定しない。
- ⑨ 外来管理加算：厚生労働大臣の定める検査、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理をおこなった場合に算定できる。慢性疼痛疾患管理、一定の検査(超音波検査、脳波検査、神経筋検査、耳鼻科的検査、眼科的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた検査、内視鏡検査)、処置、手術、麻酔および放射線治療を行ったときには算定できない。
- ⑩ 外来管理加算が算定できない泌尿器科関係の検査：超音波検査 断層撮影法(胸腹部、その他)、残尿測定(超音波検査によるもの、導尿によるもの)、尿水力学検査(膀胱内圧検査、尿道圧測定図、尿流測定、括約筋筋電図)、尿失禁定量テスト、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)、腎盂尿管ファイバースコープ
- ⑪ 電話等による再診：再診以後、患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。

第2部 入院料・特定入院料について

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能(病院、有床診療所、特定機能病院)、病棟類型別(一般病棟・療養病棟・結核病棟・精神病棟等)により分類される。各基本料は重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、人員配置基準によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化の観点から、処置・検査等の点数が包括化されている場合がある。

(1) 入院基本料の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な8つの医療提供体制が、厚生労働大臣が定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料の算定ができなくなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

(各体制の主な基準)

① 入院診療計画に関する基準

以前は全患者に入院後7日以内に入院診療計画を説明、計画書を交付することとされていた。令和8年度改定では入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後7日以内に行ったものと同様の取扱いとするとされた。また、入院期間が2日以内であると見込まれる場合又は3日以上入院が見込まれていたものの入院期間が2日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録にその旨を記載することとされた。

② 院内感染防止対策に関する基準

感染防止委員会の設置、感染情報レポートの作成、必要な感染対策の実施

③ 医療安全管理体制に関する基準

指針の作成、医療事故、インシデントの報告制度、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など

④ 褥瘡対策に関する基準

褥瘡対策チームの設置、危険因子の評価の実施

⑤ 栄養管理体制の基準。

管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成。入院診療計画書に特別な栄養管理の有無を明記

⑥ 意思決定支援に関する基準

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成。

⑧ 身体拘束最小化に関する基準

医療機関において身体拘束を最小化する体制の整備

(2) 入院基本料等加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて、入院基本料に一定点数が加算となる。

急性期総合体制加算

- ① 地域医療支援病院入院診療加算
- ② 臨床研修病院入院診療加算
- ③ 紹介受診重点医療機関入院診療加算
- ④ 診療録管理体制加算

など

A205 救急医療管理加算（1日につき）

〔施設基準〕の追加

- 1 救急医療管理加算 1 1,050点
- 2 救急医療管理加算 2 420点

直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上の場合は、救急医療管理加算2を算定する患者については、本入院した日から起算して7日を限度として、210点に減算。

A251 排尿自立支援加算（施設基準あり）：（週1回）200点

医学管理B005-9 外来排尿自立指導料（施設基準あり）と合わせて（週1回）200点で計12回算定可能。

A400 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

令和8年改定で短期滞在手術等基本料1のロ 主として入院で実施される手術以外の場合は大幅な原点となった。

第1章 基本診療料－④

A400短期滞在手術等基本料 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） イ主として入院で実施されている手術を行った場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 （2）（1）以外の場合 ロイ以外の場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 （2）（1）以外の場合	2,947点⇒2,948点（増点） 2,718点⇒2,719点（増点） 1,588点⇒795点（減点） 1,359点⇒680点（減点）
---	--

泌尿器科で「イ主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K834－3」顕微鏡下精索静脈瘤手術

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」

ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」

ツリウムレーザーを用いるものツリウムレーザーを用いるもの

「K841－2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」

その他のもの

A4002短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）の点数改定

	改定	O100 物価対応料
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	10,262点⇒10,336点（増点） （生活療養を受ける場合） 10,188点⇒10,232点	80点
K007－2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882点⇒32,768点（増点） （生活療養を受ける場合） 30,882点⇒32,664点	98点
エ K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1初回（高度狭窄の場合）	26,013点（新設） （生活療養を受ける場合） 24,998点	87点
エ K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1初回（その他の場合）	22,942点（新設） （生活療養を受ける場合） 22,838点	87点
K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	26,057点⇒26,278点（増点） （生活療養を受ける場合） 25,983点⇒26,174点	97点
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	25,702点⇒24,944点（減点） （生活療養を受ける場合） 25,628点⇒24,840点	70点
K823－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	23,829点⇒24,548点（増点） （生活療養を受ける場合） 23,755点⇒24,444点	80点
K834－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524点⇒22,745点（増点） （生活療養を受ける場合） 21,450点⇒22,641点（増点）	41点

物価対応料の点数について、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。

* 以前は短期滞在手術基本料3は出来高算定病院のみでの算定であったが、DPC算定医療機関で

も短期滞在手術基本料3に係わる入院に関しては短期滞在手術基本料を算定することとされた。入院基本料が高い施設やDPCで係数の高い施設でも同額の算定となる。一般病棟用の重症度医療看護必要度の評価対象であるが、自宅等に退院するものの割合の計算からは除外される。

＊ 短期滞在手術基本料3算定時の注意事項について

入院して5日以内に規定された検査、手術を行った場合は短期滞在手術基本料3で算定となる。短期滞在手術料には在宅療養指導管理料、在宅で算定する薬剤・特定医療材料および透析にかかわる費用、退院時処方、食事以外のすべての診療行為が包括されているため、短期滞在手術基本料3が算定された入院日以降、外来診療にて行われる同月の診療行為のうち月に1回の算定と規定されている点数は算定不能である。

短期滞在手術基本料算定後に同月退院日以降に算定できない点数：

検体検査判断料（尿・糞便検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料、微生物的検査判断料）、検体検査管理加算、基本的検体検査判断料、脳波検査判断料、核医学診断、コンピューター断層診断、医学管理料にて月に1回に限り算定するとされているもの（悪性腫瘍特異物質治療管理料、診療情報提供料の他多数）

例えば前立腺生検にて短期滞在手術基本料3を算定して退院後、前立腺癌が確定したためPSA検査を行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。もちろんPSAの検体検査料も算定不能であるため注意が必要です。

別表第五

特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

二 これらに含まれる処置

創傷処置（手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。）

喀痰吸引	摘便	酸素吸入	酸素 TENT
------	----	------	---------

皮膚科軟膏処置	膀胱洗浄	留置カテーテル設置	導尿
---------	------	-----------	----

腔洗浄	眼処置	耳処置	耳管処置
-----	-----	-----	------

鼻処置	口腔、咽頭処置	間接喉頭鏡下喉頭処置	ネブライザー
-----	---------	------------	--------

超音波ネブライザー	介達牽引	消炎鎮痛等処置	鼻腔栄養
-----------	------	---------	------

長期療養患者褥瘡等処置

別表第五の一の二

特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤

- ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるも

のに対して投与された場合に限る。)

- ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
- ・HIFPH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
- ・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
- ・JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リユープロレリン注やゾラデックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。