

●規程改正の概要

要 旨	診療報酬改定に伴い、「地方独立行政法人山梨県立病院機構使用料及び手数料規程」の一部改正を行う。
内 容	1 概要 令和6年6月1日より診療報酬改定により、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び入院ベースアップ評価料を算定し、初診料、再診料及び入院基本料を引き上げることから、関連する使用料及び手数料の規程を改正する。 2 診療報酬改定の内容 初 診 料 : 291 点→297 点（60 円の引き上げ） 再診料(外来診療料) : 76 点→78 点（20 円の引き上げ） 入 院 基 本 料 : 860 円/日の加算 3 規程改正 ・死亡時画像診断(読影料) 変更前 11,891 円(税込)→11,957 円(税込) ・渡航・ワクチン外来中の相談料 初診料:変更前 3,201 円(税込)→変更後 3,267 円(税込) 再診料:変更前 836 円（税込）→変更後 858 円（税込） ※影響額 11,044 円/年 4 実質上の改正 ・別表 1 その他(新型コロナ感染にかかる検査、証明書の発行) ・別表 1ー② PRP(多血小板血漿)療法、ザガーロカプセル、母体入院加算 ※影響額 886,936 円/年(母体入院加算 882,790 円/年)
施行期日	令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

賃上げに係る評価の全体像

ベースアアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

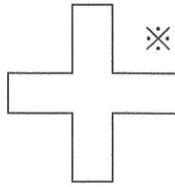
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアアップ評価料(I)、訪問看護ベースアアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

(新) 外来・在宅ベースアアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアアップ評価料(II)、訪問看護ベースアアップ評価料(II)

・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアアップ評価料(II) 等

② 入院患者に係る評価

入院ベースアアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告

・ ベースアアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

(新) 入院ベースアアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアアップ評価料 1点
2 入院ベースアアップ評価料 2点

↓
165 入院ベースアアップ評価料 165 165点

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握 13

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

<u>(新)</u> 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）	
<u>1</u> 初診時	<u>6点</u>
<u>2</u> 再診時等	<u>2点</u>
<u>3</u> 訪問診療時	
<u>イ</u> 同一建物居住者等以外の場合	<u>28点</u>
<u>ロ</u> イ以外の場合	<u>7点</u>

【算定要件】

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）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、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

【施設基準の概要】

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設③（歯科）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

<u>1</u> <u>初診時</u>	<u>10点</u>
<u>2</u> <u>再診時等</u>	<u>2点</u>
<u>3</u> <u>歯科訪問診療時</u>	
<u>イ</u> <u>同一建物居住者以外の場合</u>	<u>41点</u>
<u>ロ</u> <u>同一建物居住者の場合</u>	<u>10点</u>

〔算定要件（通知）〕

- （1）主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）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、入院中以外の患者に初診、再診、歯科訪問診療を行った場合に所定点数を算定する。
- （2）1については、初診料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （3）2については、再診料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （4）3のイについては、歯科訪問診療1を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- （5）3のロについては、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4、歯科訪問診療5、歯科訪問診療料の注15又は注19を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

- 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 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
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

【算定要件】

- ・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）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、入院基本料、特定入院料又は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。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療工ックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

【施設基準の概要】

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数
が、対象職員の給与総額の2.3%未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。

当院

$$\frac{563,033,894円 \times 2.3\% - 60,192.8点 \times 10円}{14,421.3人 \times 10円} = \frac{12,347,851}{144,213} = 85.6 \div 86$$

【B】 =
$$\frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 2.3\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み}) \times 10円 \end{array} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10円}$$

入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

【施設基準の概要】

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。
また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
- 新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善の賃金の改善のため繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等)に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 当該保険医療機関において、社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【B】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

			診療報酬改定理由	R5年患者数等
No.	区分	種別	単	
1	実質上の改正	その他	における新型コロナ感染症の健康 相談料 初診料:291点 → 297点 再診料(外来診療料):76点 → 78点 算根拠となる下記項目は変更なし 後検出:700点 判断料:150点 (60円) (=60円)×1.1=66円 増額 (=20円)×1.1=22円 増額 → 14,817円 → 12,408円	0人
			におけるPCR検査の実施 相談料 初診料:291点 → 297点 算根拠となる下記項目は変更なし 後検出:700点 判断料:150点 ×1.1=66円 増額 → 12,617円	0人
			の実施 ワクチン接種後に抗体が出来ているか に対し、抗体検査を実施 料):76点 → 78点 算根拠となる下記項目は変更なし 液採取 静脈(40点) (円/1テスト) ×1.1=22円 増額 → 5,659円	R4:2人 R5:0人

R6診療報酬改定理由				R5患者数等
No.	区分	区分		
1	実質上の改正	治療	料):76点 → 78点 (算根拠となる下記項目は変更なし 点(=400円) 肉内注射:25点(=250円) 診材))(8,550円) 費却(485円) 性の確保等に関する法律第21条に関する 円) 2点(=20円)×1.1=22円 増額 3 PRP(多血小板血しているため、実質上は20円増額 注射1回:13,470円→13,490円 注射2回:13,745円→13,765円 注射3回:14,020円→14,040円 注射1回:22,875円→22,895円 注射2回:23,150円→23,170円 注射3回:23,425円→23,445円 注射1回:32,280円→32,300円 注射2回:32,555円→32,575円 注射3回:32,830円→32,850円	実人数:29人 延人数:138件 (①のみ実施実績あり)
2	実質上の改正	薬品	診料:291点→297点 診料(外来診療料):76点→78点 錠処方した場合 点(2,910円)×1.1=3,201円…① }×60錠=16,080円 …②),281円 点(2,970円)×1.1=3,267円…③ }×60錠=16,080円 …④ ,347円	実人数:6人 延人数:21人 60錠:6人 90錠:15人
3	規程改正		97点 算根拠となる下記項目は変更なし 死亡時画像診断(読影)院内画像診断加算:110点 上:230点 30=1,087点 1,087点×10×1.1=11,957円	4人
4	規程改正	渡航・ワクチン外来	相談料	実人数:93人
5	規程改正		7点 ,267円 料):76点 → 78点 8円	実人数:93人 延人数:211人

使用料及び手数料規程新旧対照表(第2条第3項関係:中央病院別表1-②)

			新		旧		R6診療報酬改定理由						R5患者数等	
No.	区分	区分	単位	料金(税込)又は算定方法	単位	料金(税込)又は算定方法								
6	実質上の改正	母体入院加算	初日	1日	右記同様	入院費を1点＝15円と1点＝10円で計算したときの差額とする。							【改定理由】 ・令和6年6月1日より入院ベースアップ評価料を新たに算定することとなったため今回追加する	
									【積算根拠】 入院ベースアップ評価料:増点86点 1点=10円:86点×10円=860.円 …① 1点=15円:86点×15円=1,290円 …② ②-①=430円 増額					
								【金額】 初 日 :36,890円→37,320円 2日目以降:16,555円→16,985円						
												【R5患者数等】 初日:289人 2日目以降:398人 延人数:1,655人		
												※6月1日として前回起案と比較する		

入院費各種加算		R6改定点数		R6今回 初日		R6前回 初日	
		新	旧	1点＝10円	1点＝15円	1点＝10円	1点＝15円
急性期入院料 1		2,138	2,138	21,380	32,070	21,380	32070
医師事務作業補助体制加算 1 (15対1)		1,070	1,070	10,700	16,050	10,700	16050
感染対策向上加算 1		710	710	7,100	10,650	7,100	10650
急性期看護補助体制加算 (夜間100対1)		105	105	1,050	1,575	1,050	1575
医療安全対策加算 1		85	85	850	1,275	850	1275
臨床研修病院入院診療加算 (基幹型)		40	40	400	600	400	600
診療録管理体制加算 3		30	30	300	450	300	450
療養環境加算		25	25	250	375	250	375
地域加算 (6 級地)		5	5	50	75	50	75
地域医療支援病院入院診療加算		1,000	1,000	10,000	15,000	10,000	15000
地域医療体制確保加算		620	620	6,200	9,300	6,200	9300
急性期充実体制加算 1 (7日以内の期間)		440	440	4,400	6,600	4,400	6600
急性期看護補助体制加算 (25対1)		240	240	2,400	3,600	2,400	3600
データ提出加算 2		155	155	1,550	2,325	1,550	2325
病棟薬剤業務実施加算 1		120	120	1,200	1,800	1,200	1800
看護職員夜間12対1配置加算 1		110	110	1,100	1,650	1,100	1650
小児・周産期・精神科充実体制加算		90	90	900	1,350	900	1350
後発医薬品使用体制加算 1		87	87	870	1,305	870	1305
急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)		71	71	710	1,065	710	1065
患者サポート体制充実加算		70	70	700	1,050	700	1050
看護職員処遇改善評価料		67	67	670	1,005	670	1005
医療安全対策地域連携加算 1		50	50	500	750	500	750
指導強化加算 (感染対策向上加算 1)		30	30	300	450	300	450
急性期看護補助体制加算 (看護補助体制充実加算)		20	20	200	300	200	300
☆入院ベースアップ評価料		86	0	860	1,290	0	0
合計		7,464	7,378	74,640	111,960	73,780	110,670
母体入院加算 初日				37,320		36,890	

入院費各種加算		R6改定点数		R6今回 2日目以降		R6前回 2日目以降	
		新	旧	1点＝10円	1点＝15円	1点＝10円	1点＝15円
急性期入院料 1		2,138	2,138	21,380	32,070	21,380	32070
急性期看護補助体制加算 (夜間100対1)		105	105	1,050	1,575	1,050	1575
療養環境加算		25	25	250	375	250	375
地域加算 (6 級地)		5	5	50	75	50	75
急性期充実体制加算 1 (7日以内の期間)		440	440	4,400	6,600	4,400	6600
急性期看護補助体制加算 (25対1)		240	240	2,400	3,600	2,400	3600
看護職員夜間12対1配置加算 1		110	110	1,100	1,650	1,100	1650
小児・周産期・精神科充実体制加算		90	90	900	1,350	900	1350
急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)		71	71	710	1,065	710	1065
看護職員処遇改善評価料		67	67	670	1,005	670	1005
急性期看護補助体制加算 (看護補助体制充実加算)		20	20	200	300	200	300
☆入院ベースアップ評価料		86	0	860	1,290	0	0
合計		3,397	3,311	33,970	50,955	33,110	49,665
母体入院加算 2日目以降				16,985		16,555	

出産にかかる費用について

○入院初日に正常分娩し、5日間入院した患者の例

1) 令和6年6月1日～(今回)

母親 :509,950 円(6,450 円増)

内訳)	* 証明書	1 通	2,200 × 1
	* 一般病衣貸与料(妊婦用)		42 × 5
	* 新分娩介助料(1 児)		140,000 × 1
	* 産科医療補償制度負担金	1 件	12,000 × 1
	* 母体入院加算初日		37,320 × 1
	* 母体入院加算 2 日目以降		16,985 × 4
			<u>259,670 円</u>
	* 投薬		128 点
	* 注射		298 点
	* 処置・薬剤		95 点
	* 検査		2,388 点
	* 画像診断		210 点
	* 入院費各種加算		21,052 点
			<u>24,171 点(241,710 円)</u>
	* 食事代		<u>8,570 円</u>

新生児:49,385 円

内訳)	* 先天性代謝異常検査		2,800 × 1
	* 新生児聴覚検査(助成あり)		6,350 × 1
	* 新生児病衣貸与料(妊産用)		42 × 5
	* 小人おむつ		435 × 1
			<u>9,795 円</u>
	* 薬剤管理指導料		325 点 × 1
	* 薬剤等		134 点
			<u>459 点(4,590 円)</u>
	* 新生児入院管理料		7,000 × 5
			<u>35,000 円</u>
	合計		<u>559,335 円</u>

2) 令和6年6月1日～(前回)

母親 :503,500 円

内訳)	* 証明書	1 通	2,200 × 1
	* 一般病衣貸与料(妊婦用)		42 × 5
	* 新分娩介助料(1 児)		140,000 × 1
	* 産科医療補償制度負担金	1 件	12,000 × 1
	* 母体入院加算初日		36,890 × 1
	* 母体入院加算 2 日目以降		16,555 × 4
			<u>257,520 円</u>
	* 投薬		128 点
	* 注射		298 点
	* 処置・薬剤		95 点
	* 検査		2,388 点
	* 画像診断		210 点
	* 入院費各種加算		20,622 点
			<u>23,741 点(237,410 円)</u>
	* 食事代		<u>8,570 円</u>

新生児:49,385 円

内訳)	* 先天性代謝異常検査		2,800 × 1
	* 新生児聴覚検査(助成あり)		6,350 × 1
	* 新生児病衣貸与料(妊産用)		42 × 5
	* 小人おむつ		435 × 1
			<u>9,795 円</u>
	* 薬剤管理指導料		325 点 × 1
	* 薬剤等		134 点
			<u>459 点(4,590 円)</u>
	* 新生児入院管理料		7,000 × 5
			<u>35,000 円</u>
	合計		<u>552,885 円</u>