

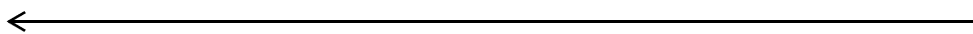
○厚生労働省告示第五十二号

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、平成二十八年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一区分番号I002の注6及び区分番号I002―2の注5に係る規定は平成二十八年七月一日から適用し、区分番号H001の注6、区分番号H001―2の注6及び区分番号H002の注6に係る規定は平成二十八年十月一日から適用し、区分番号C002の注8及び区分番号C002―2の注8に係る規定、別表第二区分番号C000の注13に係る規定並びに別表第三区分番号00の注3に係る規定は平成二十九年四月一日から適用し、別表第一区分番号B001―3―2の注1のただし書に係る規定は平成二十九年七月一日から適用し、この告示による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号B008の1に係る規定については、この告示による改正後の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A244の2に規定する診療料を算定する患者を除き、平成二十八年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとする。

平成二十八年三月四日

厚生労働大臣 塩崎 恭久

第一号中「評価療養」の下に「、患者申出療養」を加える。
別表第一から別表第三までを次のように改める。



別表第一

医科診療報酬点数表

[目次]

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
 - 第1節 初診料
 - 第2節 再診料
 - 第2部 入院料等
 - 第1節 入院基本料
 - 第2節 入院基本料等加算
 - 第3節 特定入院料
 - 第4節 短期滞在手術等基本料
- 第2章 特掲診療料
 - 第1部 医学管理等
 - 第2部 在宅医療
 - 第1節 在宅患者診療・指導料
 - 第2節 在宅療養指導管理料
 - 第1款 在宅療養指導管理料
 - 第2款 在宅療養指導管理材料加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第3部 検査
 - 第1節 検体検査料
 - 第1款 検体検査実施料
 - 第2款 検体検査判断料
 - 第2節 削除
 - 第3節 生体検査料
 - 第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料
 - 第5節 薬剤料
 - 第6節 特定保険医療材料料
 - 第4部 画像診断
 - 第1節 エックス線診断料
 - 第2節 核医学診断料
 - 第3節 コンピューター断層撮影診断料
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
 - 第5部 投薬
 - 第1節 調剤料
 - 第2節 処方料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第5節 処方せん料
 - 第6節 調剤技術基本料
 - 第6部 注射
 - 第1節 注射料
 - 第1款 注射実施料
 - 第2款 無菌製剤処理料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料

- 第7部 リハビリテーション
 - 第1節 リハビリテーション料
 - 第2節 薬剤料
- 第8部 精神科専門療法
 - 第1節 精神科専門療法料
 - 第2節 薬剤料
- 第9部 処置
 - 第1節 処置料
 - 第2節 処置医療機器等加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第10部 手術
 - 第1節 手術料
 - 第1款 皮膚・皮下組織
 - 第2款 筋骨格系・四肢・体幹
 - 第3款 神経系・頭蓋
 - 第4款 眼
 - 第5款 耳鼻咽喉
 - 第6款 顔面・口腔・頸部
 - 第7款 胸部
 - 第8款 心・脈管
 - 第9款 腹部
 - 第10款 尿路系・副腎
 - 第11款 性器
 - 第12款 削除
 - 第13款 臓器提供管理料
 - 第2節 輸血料
 - 第3節 手術医療機器等加算
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
- 第11部 麻酔
 - 第1節 麻酔料
 - 第2節 神経ブロック料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第12部 放射線治療
 - 第1節 放射線治療管理・実施料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第13部 病理診断
 - 第1節 病理標本作製料
 - 第2節 病理診断・判断料
- 第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
 - 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項
 - 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
- 第4章 経過措置

第2部 入院料等

通則

- 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4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。
- 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及び夜勤時間特別入院基本料（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。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109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A400の3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。
- 4 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、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。
- 5 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。
- 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。
- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡^{じよくそう}対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）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。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,591点
2	10対1入院基本料	1,332点
3	13対1入院基本料	1,121点
4	15対1入院基本料	960点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であつて、看護配置、看護師比率、平均在院日数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3節の特定入院料を算定する患者を除く。）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。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定

する患者を除く。)について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注1に規定する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ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間 450点(特別入院基本料等については、300点)
 - ロ 15日以上30日以内の期間 192点(特別入院基本料等については、155点)
- 4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 5 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第27項に規定する介護老人保健施設(以下この表において「介護老人保健施設」という。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度(以下この表において「看護必要度」という。)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病棟に入院している患者については、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日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護必要度加算1 55点
 - ロ 看護必要度加算2 45点
 - ハ 看護必要度加算3 25点
- 7 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病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 総合入院体制加算
 - ロ 地域医療支援病院入院診療加算

- ハ 臨床研修病院入院診療加算
 - ニ 救急医療管理加算
 - ホ 超急性期脳卒中加算
 - ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ト 在宅患者緊急入院診療加算
 - チ 診療録管理体制加算
 - リ 医師事務作業補助体制加算
 - ヌ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - ル 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - ヲ 乳幼児加算・幼児加算
 - ワ 難病等特別入院診療加算
 - カ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ヨ 看護配置加算
 - タ 看護補助加算
 - レ 地域加算
 - ソ 離島加算
 - ツ 療養環境加算
 - ネ HIV感染者療養環境特別加算
 - ナ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ラ 重症者等療養環境特別加算
 - ム 小児療養環境特別加算
 - ウ 無菌治療室管理加算
 - キ 放射線治療病室管理加算
 - ノ 緩和ケア診療加算
 - オ 精神科リエゾンチーム加算
 - ク 強度行動障害入院医療管理加算
 - ヤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - マ 摂食障害入院医療管理加算
 - ケ がん拠点病院加算
 - フ 栄養サポートチーム加算
 - コ 医療安全対策加算
 - エ 感染防止対策加算
 - テ 患者サポート体制充実加算
 - ア 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - サ ハイリスク妊娠管理加算
 - キ ハイリスク分娩^{ぶん}管理加算
 - ユ 総合評価加算
 - メ 呼吸ケアチーム加算
 - ミ 後発医薬品使用体制加算
 - シ 病棟薬剤業務実施加算 1
 - エ データ提出加算
 - ヒ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
 - モ 認知症ケア加算
 - セ 精神疾患診療体制加算
 - ス 薬剤総合評価調整加算
- 11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注10

までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

12 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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

13 注1に規定する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病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院基本料1

イ	入院基本料A	1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあつては、1,795点）
ロ	入院基本料B	1,755点（生活療養を受ける場合にあつては、1,741点）
ハ	入院基本料C	1,468点（生活療養を受ける場合にあつては、1,454点）
ニ	入院基本料D	1,412点（生活療養を受ける場合にあつては、1,397点）
ホ	入院基本料E	1,384点（生活療養を受ける場合にあつては、1,370点）
へ	入院基本料F	1,230点（生活療養を受ける場合にあつては、1,215点）
ト	入院基本料G	967点（生活療養を受ける場合にあつては、952点）
チ	入院基本料H	919点（生活療養を受ける場合にあつては、904点）
リ	入院基本料I	814点（生活療養を受ける場合にあつては、800点）

2 療養病棟入院基本料2

イ	入院基本料A	1,745点（生活療養を受ける場合にあつては、1,731点）
ロ	入院基本料B	1,691点（生活療養を受ける場合にあつては、1,677点）
ハ	入院基本料C	1,403点（生活療養を受ける場合にあつては、1,389点）
ニ	入院基本料D	1,347点（生活療養を受ける場合にあつては、1,333点）
ホ	入院基本料E	1,320点（生活療養を受ける場合にあつては、1,305点）
へ	入院基本料F	1,165点（生活療養を受ける場合にあつては、1,151点）
ト	入院基本料G	902点（生活療養を受ける場合にあつては、888点）
チ	入院基本料H	854点（生活療養を受ける場合にあつては、840点）
リ	入院基本料I	750点（生活療養を受ける場合にあつては、735点）

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置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3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院基本料Iを算定する。

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける

場合にあつては、562点)を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料2については、注1に規定する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ていた病棟であつて、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

- 3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ロ 臨床研修病院入院診療加算
 - ハ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ニ 診療録管理体制加算
 - ホ 医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。)
 - へ 乳幼児加算・幼児加算
 - ト 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - チ 地域加算
 - リ 離島加算
 - ヌ HIV感染者療養環境特別加算
 - ル 療養病棟療養環境加算
 - ヲ 療養病棟療養環境改善加算
 - ワ 重症皮膚潰瘍管理加算
 - カ 栄養サポートチーム加算
 - ヨ 医療安全対策加算
 - タ 感染防止対策加算
 - レ 患者サポート体制充実加算
 - ソ 総合評価加算

- ツ 病棟薬剤業務実施加算 1
- ネ データ提出加算
- ナ 退院支援加算（1の口及び2の口に限る。）
- ラ 認知症ケア加算
- ム 薬剤総合評価調整加算

- 8 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者については、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。
- 9 当該病棟（療養病棟入院基本料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 10 療養病棟入院基本料1を算定する病棟において、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については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。
- 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1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ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。
- 12 注1に規定する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ていた病棟（療養病棟入院基本料2を届け出ていた病棟に限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、586点（生活療養を受ける場合にあつては、572点）を算定できる。

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,591点
2	10対1入院基本料	1,332点
3	13対1入院基本料	1,121点
4	15対1入院基本料	960点
5	18対1入院基本料	822点
6	20対1入院基本料	775点

注1 病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率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3節の特定入院料を算定する患者を除く。）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。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

- 2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する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病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
- 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間	400点（特別入院基本料等については、320点）
ロ 15日以上30日以内の期間	300点（特別入院基本料等については、240点）
ハ 31日以上60日以内の期間	200点（特別入院基本料等については、160点）
ニ 61日以上90日以内の期間	100点
- 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 地域医療支援病院入院診療加算
ロ 臨床研修病院入院診療加算
ハ 救急医療管理加算
ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
ホ 在宅患者緊急入院診療加算
へ 診療録管理体制加算
ト 乳幼児加算・幼児加算
チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヌ 看護配置加算
ル 看護補助加算
ヲ 地域加算
ワ 離島加算
カ 療養環境加算
ヨ HIV感染者療養環境特別加算
タ 二類感染症患者療養環境特別加算
レ 医療安全対策加算
ソ 感染防止対策加算
ツ 患者サポート体制充実加算
ネ 褥瘡 ^{じよくそう} ハイリスク患者ケア加算
ナ ハイリスク妊娠管理加算
ラ 総合評価加算
ム 後発医薬品使用体制加算
ウ 病棟薬剤業務実施工算1
キ データ提出加算

ノ 退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）

オ 認知症ケア加算

ク 精神疾患診療体制加算

ヤ 薬剤総合評価調整加算

6 注１に規定する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ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

A103 精神病棟入院基本料（１日につき）

1	10対1入院基本料	1,271点
2	13対1入院基本料	946点
3	15対1入院基本料	824点
4	18対1入院基本料	735点
5	20対1入院基本料	680点

注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数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3節の特定入院料を算定する患者を除く。）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 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、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場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する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ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	14日以内の期間	465点（特別入院基本料等については、300点）
ロ	15日以上30日以内の期間	250点（特別入院基本料等については、155点）
ハ	31日以上90日以内の期間	125点（特別入院基本料等については、100点）
ニ	91日以上180日以内の期間	10点
ホ	181日以上1年以内の期間	3点

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が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日

から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ロ 臨床研修病院入院診療加算
 - ハ 救急医療管理加算
 - ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ホ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ヘ 診療録管理体制加算
 - ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。）
 - チ 乳幼児加算・幼児加算
 - リ 難病等特別入院診療加算
 - ヌ 特殊疾患入院施設管理加算
 - ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ヲ 看護配置加算
 - ワ 看護補助加算
 - カ 地域加算
 - ヨ 離島加算
 - タ 療養環境加算
 - レ HIV感染者療養環境特別加算
 - ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ツ 精神科措置入院診療加算
 - ネ 精神科応急入院施設管理加算
 - ナ 精神科隔離室管理加算
 - ラ 精神病棟入院時医学管理加算
 - ム 精神科地域移行実施加算
 - ウ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）
 - キ 強度行動障害入院医療管理加算
 - ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - オ 摂食障害入院医療管理加算
 - ク 医療安全対策加算
 - ヤ 感染防止対策加算
 - マ 患者サポート体制充実加算
 - ケ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
 - フ ハイリスク妊娠管理加算
 - コ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
 - エ 後発医薬品使用体制加算
 - テ 病棟薬剤業務実施加算1
 - ア データ提出加算
 - サ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - キ 薬剤総合評価調整加算
- 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について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。
- 8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精

神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

9 注1に規定する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ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,599点
 - ロ 10対1入院基本料 1,339点
 - 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,599点
 - ロ 10対1入院基本料 1,339点
 - ハ 13対1入院基本料 1,126点
 - ニ 15対1入院基本料 965点
 - 3 精神病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,350点
 - ロ 10対1入院基本料 1,278点
 - ハ 13対1入院基本料 951点
 - ニ 15対1入院基本料 868点
- 注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数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3節の特定入院料を算定する患者を除く。）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 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。
 - 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 一般病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 712点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 207点
 - ロ 結核病棟の場合
 - (1) 30日以内の期間 330点
 - (2) 31日以上90日以内の期間 200点
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 505点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 250点
 - (3) 31日以上90日以内の期間 125点
 - (4) 91日以上180日以内の期間 30点
 - (5) 181日以上1年以内の期間 15点
 - 4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定め

るものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院している患者の看護必要度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病棟に入院している患者については、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日につき所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算1 55点
- ロ 看護必要度加算2 45点
- ハ 看護必要度加算3 25点

6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

7 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 臨床研修病院入院診療加算
- ロ 救急医療管理加算
- ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）
- ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算1
- チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）
- リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）
- ヌ 乳幼児加算・幼児加算
- ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ワ 看護補助加算
- カ 地域加算
- ヨ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
- ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）
- ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
- ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
- ヰ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
- ノ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
- オ 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）
- ク 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
- ヤ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
- マ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）
- ケ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）

- フ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- コ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- エ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
- テ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）
- ア 医療安全対策加算
- サ 感染防止対策加算
- キ 患者サポート体制充実加算
- ユ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- メ ハイリスク妊娠管理加算
- ミ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。）
- シ 総合評価加算（精神病棟を除く。）
- エ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- ヒ 後発医薬品使用体制加算
- モ 病棟薬剤業務実施加算 1
- セ データ提出加算
- ス 退院支援加算（一般病棟は 1 のイ、2 のイ及び 3 に限り、結核病棟は 1 のロ及び 2 のロに限る。）
- ン 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
- イイ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
- イロ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料又は 13 対 1 入院基本料を算定するものに限る。）
- イハ 薬剤総合評価調整加算
- 9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者については、注 1 から注 8 までの規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の例により算定する。
- 10 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL 維持向上等体制加算として、入院した日から起算して 14 日を限度とし、1 日につき 80 点を所定点数に加算する。

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1 日につき）

- | | | |
|---|--------------|---------|
| 1 | 7 対 1 入院基本料 | 1,591 点 |
| 2 | 10 対 1 入院基本料 | 1,332 点 |
| 3 | 13 対 1 入院基本料 | 1,121 点 |
- 注 1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数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 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）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。ただし、通則第 6 号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- | | | |
|---|---|-------|
| 2 | 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。 | |
| イ | 14 日以内の期間 | 512 点 |
| ロ | 15 日以上 30 日以内の期間 | 207 点 |
- 3 当該病棟に入院している患者の看護必要度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病棟に入院している患者については、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

所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算 1 55点
- ロ 看護必要度加算 2 45点
- ハ 看護必要度加算 3 25点
- 4 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病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 臨床研修病院入院診療加算
 - ロ 救急医療管理加算
 - ハ 超急性期脳卒中加算
 - ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ホ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ヘ 診療録管理体制加算
 - ト 医師事務作業補助体制加算
 - チ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - リ 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
 - ヌ 乳幼児加算・幼児加算
 - ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ワ 看護補助加算
 - カ 地域加算
 - ヨ 離島加算
 - タ 療養環境加算
 - レ HIV感染者療養環境特別加算
 - ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ツ 重症者等療養環境特別加算
 - ネ 小児療養環境特別加算
 - ナ 無菌治療室管理加算
 - ラ 放射線治療病室管理加算
 - ム 緩和ケア診療加算
 - ウ 精神科リエゾンチーム加算
 - キ 強度行動障害入院医療管理加算
 - ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
 - オ 摂食障害入院医療管理加算
 - ク がん拠点病院加算
 - ヤ 栄養サポートチーム加算
 - マ 医療安全対策加算
 - ケ 感染防止対策加算
 - フ 患者サポート体制充実加算

- コ じよくそう 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- エ ハイリスク妊娠管理加算
- テ 総合評価加算
- ア 呼吸ケアチーム加算
- サ 後発医薬品使用体制加算
- キ 病棟薬剤業務実施加算1
- ユ データ提出加算
- メ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
- ミ 認知症ケア加算
- シ 精神疾患診療体制加算
- エ 薬剤総合評価調整加算

- 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。
- 9 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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,588点
2	10対1入院基本料	1,329点
3	13対1入院基本料	1,118点
4	15対1入院基本料	978点

- 注1 障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関す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一般病棟をいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）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 注1に規定する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ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- | | | |
|---|---------------|------|
| イ | 14日以内の期間 | 312点 |
| ロ | 15日以上30日以内の期間 | 167点 |
- 4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場

合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

- 5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、860点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
- 6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。
 - イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
 - (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,465点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,331点
 - ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
 - (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,317点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,184点
 - ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
 - (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,219点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,086点
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 臨床研修病院入院診療加算
 - ロ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ハ 診療録管理体制加算
 - ニ 医師事務作業補助体制加算
 - ホ 乳幼児加算・幼児加算
 - へ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - ト 特殊疾患入院施設管理加算
 - チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - リ 看護配置加算
 - ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
 - ル 地域加算
 - ヲ 離島加算
 - ヾ 療養環境加算
 - カ HIV感染者療養環境特別加算
 - ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - タ 重症者等療養環境特別加算
 - レ 強度行動障害入院医療管理加算
 - ソ 医療安全対策加算
 - ツ 感染防止対策加算

- ネ 患者サポート体制充実加算
- ナ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ラ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ム データ提出加算
- ウ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
- キ 認知症ケア加算

8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

A107 削除

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

1 有床診療所入院基本料 1	
イ 14日以内の期間	861点
ロ 15日以上30日以内の期間	669点
ハ 31日以上	567点
2 有床診療所入院基本料 2	
イ 14日以内の期間	770点
ロ 15日以上30日以内の期間	578点
ハ 31日以上	521点
3 有床診療所入院基本料 3	
イ 14日以内の期間	568点
ロ 15日以上30日以内の期間	530点
ハ 31日以上	500点
4 有床診療所入院基本料 4	
イ 14日以内の期間	775点
ロ 15日以上30日以内の期間	602点
ハ 31日以上	510点
5 有床診療所入院基本料 5	
イ 14日以内の期間	693点
ロ 15日以上30日以内の期間	520点
ハ 31日以上	469点
6 有床診療所入院基本料 6	
イ 14日以内の期間	511点
ロ 15日以上30日以内の期間	477点
ハ 31日以上	450点

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置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診療所である保険医療機関に入院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。

2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を

担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 夜間の緊急体制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診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

5 医師配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、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日につき所定点数に加算する。

イ 医師配置加算1 88点
ロ 医師配置加算2 60点

6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、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日につき所定点数に加算する。

イ 看護配置加算1 40点
ロ 看護配置加算2 20点
ハ 夜間看護配置加算1 85点
ニ 夜間看護配置加算2 35点
ホ 看護補助配置加算1 10点
ヘ 看護補助配置加算2 5点

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診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 救急医療管理加算
ロ 超急性期脳卒中加算
ハ 妊産婦緊急搬送入院加算
ニ 在宅患者緊急入院診療加算
ホ 診療録管理体制加算
ヘ 乳幼児加算・幼児加算
ト 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
チ 特殊疾患入院施設管理加算
リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヌ 地域加算
ル 離島加算
ヲ HIV感染者療養環境特別加算
ワ 二類感染症患者療養環境特別加算
カ 小児療養環境特別加算
ヨ 無菌治療室管理加算
タ 放射線治療病室管理加算
レ 重症皮膚潰瘍管理加算
ソ 有床診療所緩和ケア診療加算

- ツ 医療安全対策加算
- ネ 感染防止対策加算
- ナ 患者サポート体制充実加算
- ラ ハイリスク妊娠管理加算
- ム 総合評価加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- キ 退院支援加算（1のイ及び2のイに限る。）
- ノ 薬剤総合評価調整加算

- 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診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理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診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を算定する診療所である保険医療機関であって、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ものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき5点を所定点数に加算する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

- | | | |
|---|--------|----------------------------|
| 1 | 入院基本料A | 994点（生活療養を受ける場合にあつては、980点） |
| 2 | 入院基本料B | 888点（生活療養を受ける場合にあつては、874点） |
| 3 | 入院基本料C | 779点（生活療養を受ける場合にあつては、765点） |
| 4 | 入院基本料D | 614点（生活療養を受ける場合にあつては、599点） |
| 5 | 入院基本料E | 530点（生活療養を受ける場合にあつては、516点） |
- 注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置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診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。
 - 2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあつては、444点）を算定できる。
 - 3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
 - 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
 - 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療

機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 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診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。
- 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ロ 診療録管理体制加算
 - ハ 乳幼児加算・幼児加算
 - ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ホ 地域加算
 - ヘ 離島加算
 - ト HIV感染者療養環境特別加算
 - チ 診療所療養病床療養環境加算
 - リ 診療所療養病床療養環境改善加算
 - ヌ 重症皮膚潰瘍管理加算
 - ル 有床診療所緩和ケア診療加算
 - ヲ 医療安全対策加算
 - ワ 感染防止対策加算
 - カ 患者サポート体制充実加算
 - ヨ 総合評価加算
 - タ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
 - レ 薬剤総合評価調整加算
- 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診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理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診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所であ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するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算（1日につき）

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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（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、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週1回） 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケア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、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 42点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 35点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 28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（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、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、後発医薬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。）について、当該施設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 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） | 100点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） | 80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。

A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

- | | |
|----------------|------|
| 1 データ提出加算 1 | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 120点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 170点 |
| 2 データ提出加算 2 | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 130点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 180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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、

支援連携指導料及び区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において注1に規定する退院支援加算1又は注3に規定する退院支援加算3の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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地方厚生局長等に届け出たものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。

A 2 4 7 認知症ケア加算（1日につき）

- | | |
|------------|------|
| 1 認知症ケア加算1 | |
| イ 14日以内の期間 | 150点 |
| ロ 15日以上期間 | 30点 |
| 2 認知症ケア加算2 | |
| イ 14日以内の期間 | 30点 |
| ロ 15日以上期間 | 10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（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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

- | | |
|------------------------------|--------|
| 1 精神疾患診療体制加算1（入院初日） | 1,000点 |
| 2 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回） | 330点 |

注1 精神疾患診療体制加算1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が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（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、精神疾患診療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。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 精神疾患診療体制加算2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身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（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、精神疾患診療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。）に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科医が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（1日につき） 500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。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置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、所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

注 入院中の患者について、以下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。

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及び調整し、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

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、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

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

1 救命救急入院料1

イ 3日以内の期間 9,869点
 ロ 4日以上7日以内の期間 8,929点
 ハ 8日以上14日以内の期間 7,623点

2 救命救急入院料2

イ 3日以内の期間 11,393点
 ロ 4日以上7日以内の期間 10,316点
 ハ 8日以上14日以内の期間 9,046点

3 救命救急入院料3

イ 救命救急入院料
 (1) 3日以内の期間 9,869点
 (2) 4日以上7日以内の期間 8,929点
 (3) 8日以上14日以内の期間 7,623点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 9,869点
 (2) 4日以上7日以内の期間 8,929点
 (3) 8日以上60日以内の期間 8,030点

4 救命救急入院料4

イ 救命救急入院料
 (1) 3日以内の期間 11,393点
 (2) 4日以上7日以内の期間 10,316点
 (3) 8日以上14日以内の期間 9,046点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 11,393点

- (2) 4日以上7日以内の期間 10,316点
- (3) 8日以上14日以内の期間 9,046点
- (4) 15日以上60日以内の期間 8,030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、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

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救命救急医療が行われた場合には、1日につき1,000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救命救急医療が行われた場合には、1日につき500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救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

6 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点

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、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）
- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- へ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

1	特定集中治療室管理料 1	
	イ 7日以内の期間	13,650点
	ロ 8日以上14日以内の期間	12,126点
2	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(1) 7日以内の期間	13,650点
	(2) 8日以上14日以内の期間	12,126点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 7日以内の期間	13,650点
	(2) 8日以上60日以内の期間	12,319点
3	特定集中治療室管理料 3	
	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
4	特定集中治療室管理料 4	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(1) 7日以内の期間	9,361点
	(2) 8日以上14日以内の期間	7,837点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 7日以内の期間	9,361点
	(2) 8日以上60日以内の期間	8,030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、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料 2 及び 4 に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料 2 及び 4 に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ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、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
	イ 7日以内の期間	2,000点
	ロ 8日以上14日以内の期間	1,500点
3	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。	
	イ 入院基本料	
	ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡 ^{じよくそう} ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算 2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）	
	ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）	
	ニ 点滴注射	
	ホ 中心静脈注射	
	ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）	
	ト 留置カテーテル設置	
	チ 第13部第1節の病理標本作製料	

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点
- 2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084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、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院^{じょくそ}加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）

5,804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、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム^{じょくそ}加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上期間 13,720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、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）

を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

- | | |
|-------------------|---------|
| 1 新生児特定集中治療室管理料 1 | 10,174点 |
| 2 新生児特定集中治療室管理料 2 | 8,109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、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

- | | |
|-----------------|---------|
| 1 母体・胎児集中治療室管理料 | 7,125点 |
| 2 新生児集中治療室管理料 | 10,174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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

リ 第13部第1節の病理標本作製料

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 5,499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、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 4 削除

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- | | | |
|---|----------|--------|
| 1 | 14日以内の期間 | 9,046点 |
| 2 | 15日以上期間 | 7,826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感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。）を除く。）

ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ニ 留置カテーテル設置

ホ 第13部第1節の病理標本作製料

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）

2,009点

注1 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

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。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A 2 4 6に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,857点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,701点

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 0 7 小児入院医療管理料（1日につき）

1 小児入院医療管理料1

4,584点

2	小児入院医療管理料 2	4,076点
3	小児入院医療管理料 3	3,670点
4	小児入院医療管理料 4	3,060点
5	小児入院医療管理料 5	2,145点

- 注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
- 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 3 当該病棟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600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入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。
- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
- 6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
- 7 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート

体制充実加算、^{じよくそろう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 2,025点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,011点) | |
| 2 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 1,811点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,796点) | |
| 3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3 | 1,657点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,642点) | |

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関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つて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料2又は回復期リハビリテーション病棟入院料3を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき40点を所定点数に加算する。

4 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日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 | 体制強化加算1 | 200点 |
| ロ | 体制強化加算2 | 120点 |

A308-2 削除

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------|--------|
| 1 | 地域包括ケア病棟入院料1 | 2,558点 |
|---|--------------|--------|

- (生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
- 3 地域包括ケア病棟入院料 2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)
- 4 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058点
(生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)

注1 1及び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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2及び4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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在す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病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,191点、2,191点、1,763点又は1,763点(生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,177点、2,177点、1,749点又は1,749点)を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料(特定地域)に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、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病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150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病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

6 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研

修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|------------|--------|
| 1 | 特殊疾患病棟入院料1 | 2,008点 |
| 2 | 特殊疾患病棟入院料2 | 1,625点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関す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 当該病棟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600点を所定点数に加算する。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | | |
|-----|-----------------|--------|
| (1) | 医療区分2の患者に相当するもの | 1,857点 |
| (2) | 医療区分1の患者に相当するもの | 1,701点 |

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | | |
|-----|-----------------|--------|
| (1) | 医療区分2の患者に相当するもの | 1,608点 |
| (2) | 医療区分1の患者に相当するもの | 1,452点 |

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|---------------|--------|
| 1 | 30日以内の期間 | 4,926点 |
| 2 | 31日以上60日以内の期間 | 4,400点 |
| 3 | 61日以上期間 | 3,300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緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。
- 3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院^{じよくそう}加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。）、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A311 精神科救急入院料（1日につき）

- 1 精神科救急入院料1
 - イ 30日以内の期間 3,557点
 - ロ 31日以上期間 3,125点
- 2 精神科救急入院料2
 - イ 30日以内の期間 3,351点
 - ロ 31日以上期間 2,920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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- 1 精神科急性期治療病棟入院料1
 - イ 30日以内の期間 1,984点

- ロ 31日以上の期間 1,655点
- 2 精神科急性期治療病棟入院料 2
 - イ 30日以内の期間 1,881点
 - ロ 31日以上の期間 1,552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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）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。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- 1 30日以内の期間 3,560点
- 2 31日以上の期間 3,128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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に

含まれるものとする。

- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,957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病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,090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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。
- 2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算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入院している患者についてのみ加算する。
 - イ 重症者加算1 60点
 - ロ 重症者加算2 30点
- 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、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500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について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

- 7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A313 削除

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

- 1 認知症治療病棟入院料1
- | | |
|-----------------|--------|
| イ 30日以内の期間 | 1,809点 |
| ロ 31日以上60日以内の期間 | 1,501点 |
| ハ 61日以上 | 1,203点 |
- 2 認知症治療病棟入院料2
- | | |
|-----------------|--------|
| イ 30日以内の期間 | 1,316点 |
| ロ 31日以上60日以内の期間 | 1,111点 |
| ハ 61日以上 | 987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病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該施設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病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

3 当該病棟が、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である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算する。

4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316 削除

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

- 1 特定一般病棟入院料1 1,121点
- 2 特定一般病棟入院料2 960点

注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が1病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための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病棟に入院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。

2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- | | |
|-----------------|------|
| イ 14日以内の期間 | 450点 |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 192点 |

- 3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150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するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩^{べん}管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 当該病棟の病室のうち、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ものに入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,191点又は1,763点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。
- 9 注1から注6までの規定にかかわらず、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（注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であつて、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算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入院している患者についてのみ加算する。

イ 重症者加算1 60点

ロ 重症者加算2 30点

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

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） 2,856点

2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 4,918点
（生活療養を受ける場合にあつては、4,890点）

3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）
イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合 17,300点
（生活療養を受ける場合にあつては、17,229点）

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点
（生活療養を受ける場合にあつては、7,420点）

ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,349点
（生活療養を受ける場合にあつては、9,278点）

ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,000点
（生活療養を受ける場合にあつては、5,929点）

ホ D413 前立腺針生検法 11,380点
（生活療養を受ける場合にあつては、11,309点）

へ K008 腋臭症手術^{えき} 2 皮膚有毛部切除術 19,993点
（生活療養を受ける場合にあつては、19,922点）

ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,313点
（生活療養を受ける場合にあつては、19,242点）

チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術^{くう}（両側） 40,666点
（生活療養を受ける場合にあつては、40,595点）

リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの

	(片側)			22,096点
			(生活療養を受ける場合にあつては、22,025点)	
ヌ	K 2 8 2	水晶体再建術	1	眼内レンズを挿入する場合
	(両側)			ロ その他のもの
				37,054点
			(生活療養を受ける場合にあつては、36,983点)	
ル	K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
				20,065点
			(生活療養を受ける場合にあつては、19,994点)	
ヲ	K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
				30,938点
			(生活療養を受ける場合にあつては、30,867点)	
ワ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	1	長径5センチメートル未満
				19,806点
			(生活療養を受ける場合にあつては、19,735点)	
カ	K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術		37,588点
			(生活療養を受ける場合にあつては、37,517点)	
ヨ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	1	抜去切除術
				24,013点
			(生活療養を受ける場合にあつては、23,942点)	
タ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	2	硬化療法 (一連として)
				12,669点
			(生活療養を受ける場合にあつては、12,598点)	
レ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	3	高位結紮術
				11,749点
			(生活療養を受ける場合にあつては、11,678点)	
ソ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。)
				35,052点
			(生活療養を受ける場合にあつては、34,981点)	
ツ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。)
				28,140点
			(生活療養を受ける場合にあつては、28,069点)	
ネ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。)
				25,498点
			(生活療養を受ける場合にあつては、25,427点)	
ナ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5	鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)
				24,466点
			(生活療養を受ける場合にあつては、24,395点)	
ラ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。)		68,729点
				(生活療養を受ける場合にあつては、68,658点)
ム	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。)		55,102点
				(生活療養を受ける場合にあつては、55,031点)
ウ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。)		43,921点
				(生活療養を受ける場合にあつては、43,850点)
キ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)		50,212点
				(生活療養を受ける場合にあつては、50,141点)
ノ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1	長径2センチメートル未満
				14,314点
			(生活療養を受ける場合にあつては、14,243点)	
オ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2	長径2センチメートル以上
				17,847点
			(生活療養を受ける場合にあつては、17,776点)	
ク	K 7 4 3	痔核手術 (脱肛を含む。)	2	硬化療法 (四段階注射法によるもの)
				12,291点

		(生活療養を受ける場合にあっては、12,220点)	
ヤ	K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき)	28,010点
		(生活療養を受ける場合にあっては、27,939点)	
マ	K 8 6 7	子宮頸部 ^{けい} (頸部 ^{ちつ}) 切除術	17,344点
		(生活療養を受ける場合にあっては、17,273点)	
ケ	K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	34,438点
		(生活療養を受ける場合にあっては、34,367点)	
フ	M 0 0 1 - 2	ガンマナイフによる定位放射線治療	59,855点
		(生活療養を受ける場合にあっては、59,784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、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (同一の日に入院及び退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (入院した日の翌日までに退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

2 保険医療機関 (診療所を除く。) において、当該手術を行った場合 (入院した日から起算して5日までの期間に限る。) は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢^{しよう}血液像 (自動機械法)、末梢^{しよう}血液像 (鏡検法) 及び末梢^{しよう}血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間 (PT)、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、^こ膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (尿・髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

- ト 血漿^{しょうたん}蛋白免疫学的検査
C反応性蛋白^{たん}（CRP）定性及びC反応性蛋白^{たん}（CRP）
 - チ 心電図検査
区分番号D208の1に掲げるもの
 - リ 写真診断
区分番号E001の1に掲げるもの
 - ヌ 撮影
区分番号E002の1に掲げるもの
 - ル 麻酔管理料(I)
区分番号L009に掲げるもの
 - ヲ 麻酔管理料(II)
区分番号L010に掲げるもの
- 4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。
- イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）
 - ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの
- 5 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

- リ 肝炎ウイルス関連検査
HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量
- ヌ 血漿蛋白免疫学的検査
C反応性蛋白（CRP）、血清補体価（CH₅₀）、免疫グロブリン、C₃、
C₄、トランスフェリン（Tf）、β₂-マイクログロブリン
- ル 心電図検査
- ヲ 写真診断
単純撮影（胸部）
- ワ 撮影
単純撮影（胸部）

16 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料 1

- イ 1月目 75点
- ロ 2月目以降 25点

2 喘息治療管理料 2 280点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 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、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

- (1) 1月目 2,525点
- (2) 2月目以降6月目まで 1,975点

3 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

17 慢性疼痛疾患管理料 130点

注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 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、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画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

対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。

B006 救急救命管理料 500点

注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B006-2 削除

B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

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。

B007-2 退院後訪問指導料 580点

注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。

2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、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。

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に対して行う場合 380点

2 1の患者以外の患者に対して行う場合 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回に限り、月4回を限度として算定する。

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、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(I)（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。

B009 診療情報提供料(I) 250点

を所定点数に加算する。

3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

4 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等^{かくたん}喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等^{かくたん}喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（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薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 530点
- 2 同一建物居住者の場合 450点

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（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栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して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、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C010 在宅患者連携指導料 900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）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に対して、患者の同意を

第5部 投薬

通則

- 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、処方せんを交付した場合は、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（処方せん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。

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） 9点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6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1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、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点をそれぞれ加算する。
- 2 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算定しない。
 - 3 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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 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、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
 - 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、1処方につき3点を加算する。
 - 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。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
 - 6 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、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

- 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（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点を加算する。
- 8 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日以上の場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
- 9 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算定しない。
- 10 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- 11 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、外来後発医薬品使用体制加算として、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加算する。

イ	外来後発医薬品使用体制加算1	4点
ロ	外来後発医薬品使用体制加算2	3点

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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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日以上の場合には

、所定点数の100分の60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。
- 7 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算定しない。
- 8 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。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70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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4節 特定保険医療材料料

区分

F300 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 処方せん料

区分

F400 処方せん料

- 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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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 30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 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 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日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60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せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
 - 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。
 - 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、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。
 - 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に係る処方せん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、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

イ 一般名処方加算1 3点

ロ 一般名処方加算2 2点

8 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算定しない。

9 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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 8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（処方せん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、所定点数に10点を加算する。

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。

5 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算定しない。

6 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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、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、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、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、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、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であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、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。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 820点 |
| ② 15歳以上 | 600点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 670点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 740点 |
| ② 15歳以上 | 470点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 640点 |
| ② 15歳以上 | 370点 |

- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 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。

第1節 注射料

通則

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。

第1款 注射実施料

区分

- | | |
|---|-----|
| G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） | 20点 |
| 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。 | |
| 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に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2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。 | |
| G001 静脈内注射（1回につき） | 32点 |
| 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。 | |

とする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。

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 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、500点を所定点数に加算する。

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に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2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を算定する日に併せて行った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、50点を所定点数に加算する。

G007 髄鞘^{けんしやう}内注射 27点

G008 骨髄内注射
1 胸骨 80点
2 その他 90点

G009 脳脊髄腔^{くう}注射
1 脳室 300点
2 後頭下 220点
3 腰椎 140点

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。

G010 関節腔^{くわんせつくわう}内注射 80点

G010-2 滑液囊^{のうせん}穿刺後の注入 80点

G011 気管内注入 100点

G012 結膜下注射 27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 60点

G015 テノン氏囊^{のう}内注射 60点

G016 硝子体内注射 580点

G017 腋窩^{えきか}多汗症注射（片側につき） 200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 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、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、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、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。

第2節 薬剤料

区分