

○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（同法第四百九十九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1002の注6及び区分番号10002-2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H0001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000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B0001-3-2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節 初・再診料

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 無菌製剤処理科

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^{（イ）}
 - 第6款 顔面・口腔・頸部^{（ロ）}
 - 第7款 胸部
 - 第8款 心・尿管
 - 第9款 腹部
 - 第10款 尿路系・副腎
 - 第11款 生殖器
 - 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 病理標準作製料
 - 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節 併設保険医療機関の療養に関する事項
 - 第2節 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1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
- 通則
- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診

- 及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関において、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に對する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 第1節 初診料
- 区分
- A000 初診料 282点
- 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（昭和三十二年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるもの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に對して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に對して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が5割以下である保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療料を初診として受診した場合は、2つ目の診療料に限り141点（注2から注4までに規定する場合にあつては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注9までに規定する加算は算定しない。
- 6 6歳未満の乳幼児に對して初診を行った場合は、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時ま

の間をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)休日(深夜を除く。以下この表において同じ。)又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児の場合においては、345点)を所定点数に加算する。

8 小児科を標榜する保険医療機関(注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあっては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合には、この限りでない。

区分 A001 再診料 72点

- 注1 保険医療機関(許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上ものを除く。)において再診を行った場合に算定する。
- 2 当該保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する。
- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、36点(注2に規定する場合は、26点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注13までに規定する加算は算定しない。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、250点)を所定点数に加算する。
- 6 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあっては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合は、この限りでない。

8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によつ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、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外対応加算 1 5点
- ロ 時間外対応加算 2 3点
- ハ 時間外対応加算 3 1点

11 個別の費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、認知症の患者(認知症以外に1以上の疾患(疑いのものを除く。))を有するものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。)に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を所定点数に加算する。

区分 A002 外来診療料 73点

- 注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。)であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関(許可病床数が500床以上である病院(特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。))に限る。)であつて、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り36点(注

2から注4までに規定する場合にあっては、26点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3節検査及び第9節処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3節第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

- イ 尿検査
- ロ 区分番号D0000からD0002までに掲げるもの
- ハ 糞便検査
- ニ 区分番号D0003に掲げるもの
- ヘ 血液形態・機能検査
- ホ 区分番号D0005(9のうちヘモグロビンA1。(HbA1c)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性、13γ-ミナラルデオキシスクレオチゾトランスフェラーゼ(TdT)、14骨髄像及びV15造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの
- ヘ 創傷処置
- ト センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの
- ト 削除
- チ 皮膚科軟膏処置
- チ 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの
- リ 膀胱洗浄
- リ 眼処置
- ル 腱毛抜き
- ル 耳処置
- ロ 鼻処置
- ロ 口腔、咽頭処置
- ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置
- タ ネオフロイザー
- シ 超音波ネオフロイザー
- ソ 介達牽引
- ソ 消炎鎮痛等処置
- ツ 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合)において、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A0000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点(6歳未満の乳幼児の場合)においては、250点)を所定点数に加算する。
- 9 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号A0000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

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

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A1008に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A1009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A4000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 産科診療及び産科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料(特別入院基本料等を含む。))、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 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おいては、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。

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棟の病棟(以下この表において「一般病棟」という。)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 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(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、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1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は、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
キ ヨ 看護配置加算
ク 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 H1V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
ナラ 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
エ 放射線治療病室管理加算
ノ 緩和ケア診療加算

ク 精神科リエンゾチーム加算
ケ 強度行動障害入院医療管理加算
カヤ 重度行動障害入院医療管理加算
ケヤ 摂食障害入院医療管理加算
ク がん拠点病院加算
クフ 栄養サポートチーム加算
クコ 医療安全対策加算

エ 感染防止対策加算
エ ア 患者サポート体制充実加算
エ ア 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
エ サ ハイリスク妊娠管理加算
エ キ ハイリスク分娩管理加算
エ ユ 総合評価加算
エ ム 呼吸ケアチーム加算

エ ム 後発医薬品使用体制加算
エ シ 病棟薬剤業務実施加算1
エ シ データ提出加算
エ ヒ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
エ モ 認知症ケア加算
エ セ 精神疾患診療体制加算
エ 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から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）

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）
ヘ	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）
イ	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）
ヘ	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。）に係る病床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1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る。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（フイルムの費用を含み、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。）の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転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（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は、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。）
- ヘ 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 H1V1感染者療養環境特別加算
- ル 療養病棟療養環境加算
- ラ 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
- ヅ 病棟薬剤実務実施加算1
- ネ テーマ提出加算
- ナ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）

ラ 認知症ケア加算

ア 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、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に掲げる腹膜灌漑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た病棟（療養病棟入院基本料2を届け出た病棟に限る。）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）については、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 1,382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る。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は、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 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 起重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヌ 看護補助加算
- ル 看護配置加算
- ラ 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
- シ 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 病棟薬剤業務実施加算1
- エ データ提出加算
- オ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
- カ 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つ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、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る。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つ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つた後の直近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、入院に当たつて区分番号A2330-7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
- ラ 看護配置加算
- ラク 看護補助加算
- カ 地域加算
- ク 離島加算
- コ 療養環境加算
- クハ HIV感染者療養環境特別加算
- クニ 二類感染症患者療養環境特別加算
- クシ 精神科措置入院診療加算
- クソ 精神科応急入院施設管理加算
- クタ 精神科隔離室管理加算
- クチ 精神病棟入院時医学管理加算
- クテ 精神科地域移行実施加算
- クツ 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。)

クニ 強度行動障害入院医療管理加算

クロ 重度アルロコル依存症入院医療管理加算

クサ 摂食障害入院医療管理加算

クシ 医療安全対策加算

クソ ヤ 感染防止対策加算

クタ ヲ 患者サポート体制充実加算

クチ ッ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

クツ ハイリスク妊娠管理加算

クソ コ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

クタ エ 後発医薬品使用体制加算

クツ ゾ 病棟薬剤業務実施加算1

クソ カ データ提出加算

クニ キ 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。)

クロ 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A2330-2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つ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 888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。

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及び、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 超急性期集中加算（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

ク 看護補助加算

カ 地域加算

キ 離島加算

ク 療養環境加算

レ H1V感染者療養環境特別加算

ロ 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。）

チ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）

リ 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）

ロ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）

ウ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）

エ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）

オ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）

カ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）

ク 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。）

コ 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。）

ク 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。）

コ 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。）	
ト	医療安全対策加算	
チ	感染防止対策加算	
ク	患者サポート体制充実加算	
キ	患者サポーターチーム患者ケア加算	
ク	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	
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。）	
ヒ	呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）	
ホ	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。）	
ソ	認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	
イロ	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に入院している患者であつて、当該病棟に90日を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A101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。	
A105	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	1,392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つ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	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は、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	妊産婦緊急輸送入院加算	
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。）	
ラ	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	
シ	H1V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	
チ	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	
フ	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	
カ	がん拠点病院加算	
キ	栄養サポートチーム加算	
ク	医療安全対策加算	
ケ	感染防止対策加算	
コ	患者サポート体制充実加算	
ク	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	
ケ	ハイリスク妊娠管理加算	
コ	総合評価加算	

A106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

- ア 呼吸ケアチーム加算
 - イ 後発医薬品使用体制加算
 - キ 病棟薬剤業務実施加算1
 - ク データ提出加算
 - ク 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
 - ニ 認知症ケア加算
 - シ 精神疾患診療体制加算
 - コ 薬剤総合評価調整加算
 - カ 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。
 - キ 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。
- | | | |
|---|-----------|--------|
| 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。）を入院させるものに限る。）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。
- 注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。
- 注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 |
- 注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。
- 注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（フイルムの費用を含む、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射液（以下この表において「除外薬剤・注射液」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①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。

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は、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
- ヘ 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
- ラ 離島加算
- ワ 療養環境加算
- カ HIV感染者療養環境特別加算
- ク 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
- チ 強度行動障害入院医療管理加算
- リ 医療安全対策加算
- ソ 感染防止対策加算
- シ 患者サポート体制充実加算
- ス 患者サポート体制充実加算
- セ 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
 ヌ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
 半 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（フイルムの費用を含み、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日以上の期間 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日以上の期間 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 550点
 - ハ 31日以上の期間 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日以上の期間 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日以上の期間 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日以上の期間 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。
- 注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。
- 注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。
 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科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 超急性期隊卒中加算
- 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
- ラ HIV感染者療養環境特別加算
- ク 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
- キ 無菌治療室管理加算
- ク 放射線治療病室管理加算
- ケ 重症皮膚潰瘍管理加算
- コ 有床診療所緩和ケア診療加算
- ク 医療安全対策加算
- ク 感染防止対策加算
- ク 患者サポート体制充実加算

- ラ ハイリスク妊娠管理加算
- レ 総合評価加算
- ル 後発医薬品使用体制加算
- ロ 退院支援加算（1のイ及び2のイに限る。）
- リ 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入院している患者について、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A1109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。

A1109 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。）であつて、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る。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（プログラムの費用を含む、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病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 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50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は、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感染症療養環境特別加算
- 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
- ラ 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。）
- チ 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入院している患者について、区分番号A1108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）
	1	総合入院体制加算1 240点
	2	総合入院体制加算2 180点
	3	総合入院体制加算3 120点

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定め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、総合入院制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A 2 0 1 から A 2 0 3 ま で 削 除

A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点

注 地域医療支援病院である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。）のうち、地域医療支援病院入院診療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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日） 40点

1 基幹型 40点
2 協力型 20点

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 救急医療管理加算（1日につき） 900点

1 救急医療管理加算 1 300点
2 救急医療管理加算 2 300点

注 1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療心器の態勢を確保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を満たす保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（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、救急医療管理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、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。

3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 2 超急性性期脳卒中加算（入院初日） 12,000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（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、超急性性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であつて別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織トラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算^ア（入院初日） 7,000点

注 産科又は産婦人科を標榜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を満たすものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、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、妊産婦緊急搬送

入院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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 6 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

1 他の保険医療機関との連携により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。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる在診療の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点
2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。） 2,000点
3 1及び2以外の場合 1,000点

注 1 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療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、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 診療録管理体制加算（入院初日） 100点

1 診療録管理体制加算 1 100点
2 診療録管理体制加算 2 30点

注 診療録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保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1 医師事務作業補助体制加算 1 870点
イ 15対1補助体制加算 658点
ロ 20対1補助体制加算 688点
ハ 25対1補助体制加算 530点
ニ 30対1補助体制加算 445点
ホ 40対1補助体制加算 355点
ヘ 50対1補助体制加算 275点
ト 75対1補助体制加算 195点
チ 100対1補助体制加算 148点
2 医師事務作業補助体制加算 2 810点
イ 15対1補助体制加算 610点
ロ 20対1補助体制加算 490点
ハ 25対1補助体制加算 410点
ニ 30対1補助体制加算

ホ 40対1補助体制加算 330点
 ト 50対1補助体制加算 255点
 ヲ 75対1補助体制加算 180点
 チ 100対1補助体制加算 138点

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上） 160点
 2 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満） 140点
 3 50対1急性期看護補助体制加算 120点
 4 75対1急性期看護補助体制加算 80点

注1 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の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。）のうち、急性期看護補助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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

2 夜間における看護業務の補助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は、当該施設基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 40点
 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 35点
 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 20点

3 夜間における看護業務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は、夜間看護体制加算として、10点を更に所定点数に加算する。

A207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき）

1 看護職員夜間12対1配置加算 80点
 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 80点
 ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 60点
 2 看護職員夜間16対1配置加算 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。）のうち、看護職員夜間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、当該施設基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）

1 乳幼児加算 333点
 イ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。） 289点
 ロ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。） 289点
 ハ 診療所の場合 289点
 イ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。） 283点
 ロ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。） 239点

ハ 診療所の場合 239点
 注1 乳幼児加算は、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入院している3歳未満の乳幼児（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、乳幼児加算・幼児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。

2 幼児加算は、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入院している3歳以上6歳未満の幼児（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、乳幼児加算・幼児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。

A209 削除

A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）

1 難病患者等入院診療加算 250点
 2 二類感染症患者入院診療加算 250点

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（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、難病等特別入院診療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。

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（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、難病等特別入院診療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。

A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき）

注 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院の病棟又は有床診療所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又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理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。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。

A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）

1 超重症児（者）入院診療加算 800点
 イ 6歳未満の場合 800点
 ロ 6歳以上の場合 400点
 2 準超重症児（者）入院診療加算 200点
 イ 6歳未満の場合 200点
 ロ 6歳以上の場合 100点

注1 超重症児（者）入院診療加算は、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入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療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。

2 準超重症児（者）入院診療加算は、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入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療

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。

3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者
であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A3011に掲げる特定集中治
療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A3014に掲げる小児特定
集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は
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ことのある者
である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児
(者) 受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

4 超重症児(者) 入院診療加算・準超重症児(者) 入院診療加算は、一般病棟に
入院している患者(区分番号A106に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番
号A306に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号A309に掲げる特殊
疾患病棟入院料を算定するものを除く。) については、入院した日から起算して90
日を限度として、所定点数に加算する。

A212-2 削除
A213 看護配置加算(1日につき)

12点

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚
生局長等に届け出て当該基準による看護を行う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、看護配
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。

A214 看護補助加算(1日につき)

1 看護補助加算1 109点

2 看護補助加算2 84点

3 看護補助加算3 56点

注1 別に厚生労働大臣が定める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て当該基準による看護を行う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、
看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当
該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届
け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入
院した日から起算して20日を限度として30点を更に所定点数に加算する。

3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合して
いるものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、
夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を更に所定点数に加算する。

A215からA217まで 削除
A218 地域加算(1日につき)

1 1級地 18点

2 2級地 15点

3 3級地 14点

4 4級地 11点

5 5級地 9点

6 6級地 5点

7 7級地 3点

注 一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号) 第11条の3第1項に規
定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険
医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))
、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、地域加算を算定

できるものを現に算定している患者に限る。) について、同令で定める級地区分に
準じて、所定点数に加算する。

A218-2 離島加算(1日につき)

18点

注 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に入院している患者(第
1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))、第3節の特定入院料又は第4節
の短期滞在手術等基本料のうち、離島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。

A219 療養環境加算(1日につき)

25点

注 1 床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室(健康保険法第63条第
2項第5号及び高齢者医療確保法第64条第2項第5号に規定する選定療養としての
特別の療養環境の提供に係るものを除く。) として保険医療機関が地方厚生局長等
に届け出た病室に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含
む。))又は第3節の特定入院料のうち、療養環境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。

A220 HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)

1 個室の場合 350点

2 2人部屋の場合 150点

注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全
症候群の病原体に感染している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含
む。))又は第3節の特定入院料のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定でき
るものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理
加算を算定するものを除く。) について、所定点数に加算する。

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算(1日につき)

1 個室加算 300点

2 陰圧室加算 200点

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染
している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びに
それらの疑似症患者(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、二類感染症患者療養環境特別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、必要を認め個室又は陰圧室に入院させた
場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A221 重症者等療養環境特別加算(1日につき)

1 個室の場合 300点

2 2人部屋の場合 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保険医療機関が地
方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(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、重症者等療養環境特別加
算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無
菌治療室管理加算を算定するものを除く。) について、所定点数に加算する。

A221-2 小児療養環境特別加算(1日につき)

300点

注 治療上の必要があつて、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、個室に入院した15歳未満の小児(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、小児療養環境特別加算を算定できるも
のを現に算定している患者に限り、HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養
環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。) について、所定点
数に加算する。

A222 療養病棟療養環境加算(1日につき)

1 療養病棟療養環境加算1 132点

2 療養病棟療養環境加算2 115点

注 療養病棟であつて、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1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 2-2 療養病棟療養環境改善加算（1日につき）

1 療養病棟療養環境改善加算 1 80点
2 療養病棟療養環境改善加算 2 20点

注 療養病棟であつて、療養環境の改善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1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）

100点
注 診療所の療養病床であつて、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について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3-2 診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき）

35点
注 診療所の療養病床であつて、療養環境の改善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もの入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算（1日につき）

1 無菌治療室管理加算 1 3,000点
2 無菌治療室管理加算 2 2,000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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（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、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）、HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

2,500点
注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理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 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）

18点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理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 2 6-2 緩和ケア診療加算（1日につき）

400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、緩和ケアを要する患者に対して、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、緩和ケア診療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。
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ものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。
3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。

A 2 2 6-3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）

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診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 7 精神科措置入院診療加算（入院初日）

2,500点
注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（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、精神科措置入院診療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、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算（入院初日）

2,500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保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第1項に規定する入院等に係る患者（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、精神科応急入院施設管理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、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 2 9 精神科隔離室管理加算（1日につき）

220点
注 精神科隔離室管理加算（1日につき）
注 精神科を標榜する病院において、入院中の精神障害者である患者に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理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、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第38条の7第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。

A 2 3 0 精神科地域移行実施加算（1日につき）

5点
注 医師の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精神科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含む。）のうち、精神科病棟入院時医学管理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 3 0-2 精神科地域移行実施加算（1日につき）

20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、精神科病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神科病棟に入院した患者（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、精神科地域移行実施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 3 0-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

450点
1 7日以内
2 8日以上10日以内 225点
注 精神科を標榜する病院であつて別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣

が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理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、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

A 2 3 0 - 4 精神科リエンチーム加算（週1回）

300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、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の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、精神科リエン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、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 4 7に掲げる認知症ケア加算 1は別に算定できない。

A 2 3 1 削除

A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）

300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（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、強度行動障害入院医療管理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治療を行った場合に、所定点数に加算する。

A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内

200点

2 31日以上60日以内

100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（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、重度アルコール依存症入院医療管理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治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内

200点

2 31日以上60日以内

100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（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、摂食障害入院医療管理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治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 2 がん拠点病院加算（入院初日）

1 がん診療連携拠点病院加算

500点

イ がん診療連携拠点病院

300点

ロ 地域がん診療病院

750点

2 小児がん拠点病院加算

750点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 3 削除

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回）

200点

注 1 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保険医療機関において、栄養管理を要する患者とし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、薬剤師、管理栄養士等が共同して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、栄養サポート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（療養病棟入院基本料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1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 2 - 3に掲げる乳幼児児童栄養指導料は別に算定できない。

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1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。

3 注1の場合において、歯科医師が、注1に必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

1 医療安全対策加算 1

85点

2 医療安全対策加算 2

35点

注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係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。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）

1 感染防止対策加算 1

400点

2 感染防止対策加算 2

100点

注 1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

2 感染防止対策加算 1を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関の連携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ものに入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 3 患者サポート体制充実加算（入院初日）

70点

注 患者に対する支援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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 5 削除
A 2 3 6 褥瘡^{（褥瘡）}ハイリスク患者ケア加算（入院中1回） 500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、褥瘡ハイリスク患者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。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

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1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 6-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき） 1,200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が、別に厚生労働大臣が定める患者（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、ハイリスク妊娠管理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、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 3,200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が、別に厚生労働大臣が定める患者（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、ハイリスク分娩管理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、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

2 ハイリスク分娩管理と同一日を行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

A 2 3 8からA 2 3 8-5まで 削除
A 2 3 8-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 1,000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が、緊急に入院した患者（第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介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、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000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が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、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、精神科救急搬送患者地域連携受入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、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 3 8-8からA 2 3 9まで 削除
A 2 4 0 総合評価加算（入院中1回） 100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） 42点

1 後発医薬品使用体制加算 1 35点
2 後発医薬品使用体制加算 2 28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 100点

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にあっては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2にあっては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） 120点

1 データ提出加算 1 120点
イ 200床以上の病院の場合 170点
ロ 200床未満の病院の場合 130点
2 データ提出加算 2 180点
イ 200床以上の病院の場合 180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、手術の実施状況等の診療に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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、データ提出加算を算定できる

ものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

A 2 4 6 退院支援加算(退院時1回)

1 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合

600点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合

1,200点

2 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合

190点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合

635点

3 退院支援加算3

イ 退院支援加算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、次に掲げる退院支援のいすれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

1,200点

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(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、退院支援加算1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(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であつて、在宅での療養を希望するもの(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、退院支援加算1を算定できるもの(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、退院支援加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(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、退院支援加算1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(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合

2 退院支援加算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が、退院困難な要因を有する入院中の患者であつて、在宅での療養を希望するもの(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、退院支援加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

3 退院支援加算3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、次に掲げる退院支援のいすれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 当該保険医療機関に入院している患者であつて、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号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ことがあるもの(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、退院支援加算3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、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

ロ 他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(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、退院支援加算3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(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、退院支援を行った場合

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が、次に掲げる退院支援のいすれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、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つて、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18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

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

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。)であつ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つて、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する場合
- 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14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
 - (4) 15日以上60日以内の期間 8,030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 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察時に限り、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 急性薬物中毒加算1(機器分析) 5,000点
- ロ 急性薬物中毒加算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節検査、第6節注射、第9節処置及び第13節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、妊娠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節の各区分の検査(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節第1節の病理標本作製料
- A 3 0 1 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 13,650点
 - イ 7日以内の期間 12,126点
 - ロ 8日以上14日以内の期間

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室管理料	
(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室管理料	
(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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、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	
ア301-2	ハイテクユニット入院医療管理料（1日につき）	6,584点
1	ハイテクユニット入院医療管理料1	4,084点
2	ハイテクユニット入院医療管理料2	

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、必要があつてハイテク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、ハイテク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、ゾータ提出加算、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	
ア301-4	小児特定集中治療室管理料（1日につき）	15,752点
1	7日以内の期間	13,720点
2	8日以上の期間	
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、急性呼吸器症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心臓補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定す	
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	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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、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	
ア301-3	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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、ゾータ提出加算、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。）	

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、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）

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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

A304 削除

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

<p>1 14日以内の期間</p> <p>2 15日以上の期間</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第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。</p> <p>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。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>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、褥瘡ヘ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。）</p> <p>ハ 酸素吸入（使用した酸素及び酸素の費用を除く。）</p> <p>ニ 留置カテーテル設置</p> <p>ホ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの</p> <p style="padding-left: 2em;">1,887点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの</p> <p style="padding-left: 2em;">1,701点</p> <p>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。</p> <p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 小児入院医療管理料1 4,584点</p> <p>2 小児入院医療管理料2 4,076点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 3,670点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 3,060点</p>	<p>5 小児入院医療管理料5 2,145点</p> <p>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依り、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料1入院基本料の例により算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。</p> <p>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、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、褥瘡ヘ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。</p> <p>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、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、褥瘡ヘ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。</p> <p>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、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、褥瘡ヘ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。</p>
--	---

<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)は、2,025点</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)は、1,811点</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)は、1,796点</p> <p>1,657点</p> <p>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別記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1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料1の例により、それぞれ算定する。</p> <p>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60点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>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節在宅医療、第7節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。</p> <p>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。</p> <p>イ 体制強化加算1 200点</p> <p>ロ 体制強化加算2 120点</p> <p>A308-2 削除</p> <p>A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)は、2,558点</p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合)は、2,544点</p> <p>2,544点</p> <p>2,558点</p>	<p>3 地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)は、2,058点</p> <p>2,044点</p> <p>4 地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合)は、2,058点</p> <p>2,058点</p> <p>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1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料1の例により、それぞれ算定する。</p> <p>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)であつては、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1又は療養病棟入院基本料2の入院基本料1の例により、それぞれ算定する。</p> <p>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。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。)の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転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。</p> <p>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。)の一般病棟から転院した患者については、転院、入院又は転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。</p> <p>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。))</p>
---	--

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、地域包括ケア病院入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病院入院料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 1,655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。
- 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。)の患者であつて、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 1,857点
- (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,701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 1,608点
- (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,452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日以上の期間 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、緩和ケア病棟療養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、かん拠点病院加算、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、褥瘡ヘリスクス患者ケア加算、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患者等患者指導管理料、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 3,557点
- イ 30日以内の期間 3,125点
- ロ 31日以上の期間 3,125点
- 2 精神科救急入院料2 3,351点
- イ 30日以内の期間 2,920点
- ロ 31日以上の期間 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科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科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に掲げる精神科病棟入院基本料の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、褥瘡ヘリスクス患者ケア加算、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、1日につき15点を所定点数に加算す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、別に厚生労働大臣が定める状態にある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 1,984点
- イ 30日以内の期間 1,655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 1,881点
- 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

A311-4 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A103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。

A312 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・注薬料に係る費用を除く。）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A

230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号1011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号1011-2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120日以内の期間 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120日以内の期間 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、当該病院に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。

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・在宅等支援病棟初期加算として、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^{潰瘍}ハイレラスク患者ケア加算、ハイレラスク妊娠管理加算、ハイレラスク分娩管理加算、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。

A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)

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

1,527点

院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科棟入院基本料の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、ゾータ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8節精神科専門療法(区分番号1011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号1011-2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) 2,886点
2 短期滞在手術等基本料2(1泊2日の場合) 4,918点

3 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合) 17,300点
イ D237 終夜睡眠ポリグラフィ 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 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

ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィ 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 前立腺斜生検査 11,380点
(生活療養を受ける場合にあつては、11,309点)

ヘ K008 腋臭症手術 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 胸腔鏡下交感神経断切除術(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 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

(両側) 37,054点
(生活療養を受ける場合にあつては、36,983点)

ル K282 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 K282 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 K474 乳腫腫瘍摘出術 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 K616-4 経皮的シヤント拡張術・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)

ク K617 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)

ケ K617 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)

コ K617 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)

ク K633 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)

ケ K633 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)

コ K633 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)

カ K633 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)

キ K634 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)

ク K634 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)

ケ K634 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)

コ K634 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)

カ K721 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)

キ K721 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 K743 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つては、12,220点)

ケ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破壊術(一連につき) 28,010点
(生活療養を受ける場合にあつては、27,939点)

- マ K 8 6 7 子宮頸部(腫部) 切除術 17,344点
(生活療養を受ける場合) 17,273点
- ケ K 8 7 3 子宮頸下子宮筋腫摘出術 34,438点
(生活療養を受ける場合) 34,367点
- ク 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) 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等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術等基本料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節検査、第4節画像診断及び第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
- ハ 末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)及び末梢血液一般検査
- ヘ 出血・凝固検査
- ヘ 出血時間、プロトロンビン時間(P.T)、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間(A.P.T.T)
- ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビンは複合型ビリルビン、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)、γ-グロトニン(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、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、ロイソソミアンペチダーゼ(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、無機リン及び尿酸、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、梅毒トロボネマ抗体定性、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
 - H B s 抗原定性・半定量及びH C V 抗体定性・定量
- ト 血漿蛋白免疫学的検査
- チ 心電図検査

- 区分番号D208の1に掲げるもの
- リ 写真診断
- ル 区分番号E001の1に掲げるもの
- ヌ 撮影
- ル 区分番号E002の1に掲げるもの
- ル 麻酔管理料(Ⅰ)
- ル 区分番号L009に掲げるもの
- ヲ 麻酔管理料(Ⅱ)
- ヲ 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節検査、第4節画像診断及び第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ブザータ提出加算を除く。)
 - ハ 注3のイからラまでに掲げるもの
 - 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。

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等

区分

B000

- 1 特定疾患療養管理料 225点
- 1 診療所の場合 147点
- 2 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点
- 3 許可病床数が100床未満の病院の場合
- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行なった管理又は当該初診の日から1月以内に行なった管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行なった管理の費用は、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 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

B001

特定疾患治療管理料

- 1 クイラムス疾患指導料 240点
- イ クイラムス疾患指導料1 330点
- ロ クイラムス疾患指導料2
- 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについてでは患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 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、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。

2 特定薬剤治療管理料 470点

注1 ジェネクス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

2 同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

3 ジェネクス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重症状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。

4 抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月日以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。

6 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料 220点

イ 尿中B.T.Aに係るもの

ロ その他のもの

(1) 1項目の場合 360点

(2) 2項目以上の場合 400点

注1 イについては、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、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B.T.Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、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、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査(注1に規定する検査を除く。)のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。

5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

6 注1及び注2に規定されない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられていない腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 月の1回目 500点
ロ 月の2回目 400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、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリング料を同一月に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

5 小児科療養指導料 270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、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けしている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

6 てんかん指導料 250点

注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん(外傷性のものを含む。)の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき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A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

5 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

7 難病外来指導管理料 270点

注1 入院中の患者以外患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ 皮膚科特定疾患指導管理料(1)

250点

ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(10)

100点

注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行なった指導又は当該初診の日から1月以内に行なった指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

9 外来栄養食事指導料

イ 初回

260点

ロ 2回目以降

200点

注 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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な職立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月において月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料(週1回)

イ 入院栄養食事指導料1

260点

(1) 初回

200点

(2) 2回目

250点

ロ 入院栄養食事指導料2

190点

(1) 初回

250点

(2) 2回目

190点

注1 イについては、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、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な職立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な職立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

11 集団栄養食事指導料

80点

注 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、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

イ 着用型自動除細動器による場合

360点

ロ イ以外の場合

360点

注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者(ロについては入院中の患者以外のものに限る。)に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。

2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる

る開心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる開心室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行なった場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者(イを算定する場合に限る。)に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。

5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、逐隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、逐隔モニタリング加算として、60点を当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

13 在宅療養指導料

170点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行なった場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月)においては、月2回)に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

14 高度難聴指導管理料

イ 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行なった場合

500点

ロ イ以外の場合

420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、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。

2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

2,250点

注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(1)判断料、生化学的検査(2)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿沈渣(鏡検法)

ハ 糞便検査

ニ 糞便中ヘモグロビン定性

ヒ 血液形態・機能検査

ホ 赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、ヘモグロビンA1。(HbA1c)

ヘ 出血・凝固検査

コ 出血時間、全血凝固時間

ク 血液化学検査

ケ 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン

- 、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスバ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）、グリコアルブミン、1、5-アゾヒドロ-D-グルシトール（1, 5AG）、1, 25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン
- ト 内分泌学的検査
 - トリヨードサイロニン（T₃）、サイロキシジン（T₄）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT₃）、C-ペプチド（CPR）、遊離サイロキシジン（FT₄）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、際性Na利尿ペプチド（BNP）
- チ 感染症免疫学的検査
 - 梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量
 - 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
 - ラ 写真診断
 - ロ 単純撮影（胸部）
 - ク 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 75点
 - イ 1月目 25点
 - ロ 2月目以降 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り。）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

- (1) 2月以降6月日まで 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J118-1に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機軸矯正術、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、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。
 - 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けようとする患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 19 削除
- 20 糖尿病合併症管理料 170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、糖尿病足病変へイリクス要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
 - 2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。
- 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点
 - 注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合

2 1以外の場合 100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、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

23 がん患者指導管理料

1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点

2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

注1 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、がんを診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B0005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B0005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 2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、がんを診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3 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保険医療機関において、がんを診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

4 2については、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B00118に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001022に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001024に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

5 3について、区分番号B001018に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B0008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方せん料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

24 外来緩和ケア管理料

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保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必

要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B001022に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

4 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1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

25 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後の場合 300点

2 造血幹細胞移植後の場合 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保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B0000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（膵腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料

350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、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定められた者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認められた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して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B00109に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001011に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B0000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

4 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1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

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、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

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する場合 572点
イ 初診時

ロ	再診時	383点
2	1以外の場合	
イ	初診時	682点
ロ	再診時	493点
注1	小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。	
2	区分番号A0001に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。	
3	区分番号A0000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算、区分番号A0001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A0002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号C0000に掲げる注診療（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A0000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A0001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A0002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。	
B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	450点
1	地域連携小児夜間・休日診療料1	600点
2	地域連携小児夜間・休日診療料2	600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が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	
B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料	130点
注	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、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。	
B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	200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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。	
B001-2-5	院内トリアージ実施料	100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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A0000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。	
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	600点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険	

医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）において、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A0000に掲げる初診料を算定する初診の日に限る。		
2	急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。	
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	72点
1	外来リハビリテーション診療料1	109点
2	外来リハビリテーション診療料2	109点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H0000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H0001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H0001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H0002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H0003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回限り算定する。	
2	外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間において、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A0000に掲げる初診料、区分番号A0001に掲げる再診料、区分番号A0002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。	
3	外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間において、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A0000に掲げる初診料、区分番号A0001に掲げる再診料、区分番号A0002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。	
B001-2-8	外来放射線照射診療料	292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、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回限り算定する。	
2	外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
3	外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A0000に掲げる初診料、区分番号A0001に掲げる再診料及び区分番号A0002に掲げる外来診療料は、算定しない。	
B001-2-9	地域包括診療料（月1回）	1,503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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。	
2	地域包括診療料を受けている患者に対して行った区分番号A0001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、第2章第2部在宅医療（区分番号C0001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C0002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C0002-2に掲げる施設入	

居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F1001に掲げる処方料及び区分番号F4001に掲げる処方せん料を除く。)を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回)

1,515点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、認知症の患者(認知症以外に1以上の疾患(疑いのものを除く。))を有する入院中の患者以外のものであつて、1

処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限り、)に對して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 認知症地域包括診療を受けている患者に對して行った区分番号A0011に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B0101に掲げる診療情報提供料Ⅱ、第2章第2部在宅医療(区分番号C0011に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C0022に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F1001に掲げる処方料及び区分番号F4001に掲げる処方せん料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1 処方せんを交付する場合

- イ 初診時 602点
- ロ 再診時 413点
- ハ 処方せんを交付しない場合

- イ 初診時 712点
- ロ 再診時 523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、未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。

2 区分番号A0011に掲げる再診療の注9に規定する場合については、算定しない。

3 区分番号A0001に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算、区分番号A0011に掲げる再診療の注5及び注6に規定する加算、区分番号A0022に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B0009に掲げる診療情報提供料Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報提供料、区分番号B0101に掲げる診療情報提供料Ⅱ並びに区分番号C0001に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

B001-3 生活習慣病管理料

- 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する場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 - ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 - ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 - ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 - ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に對して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C1011に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に對して第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 糖尿病を主病とする患者(2型糖尿病の患者であつてインスリン製剤を使用していないものに限る。)に對して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数が500点を加算する。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- 1 初回 230点
- 2 2回目から4回目まで 184点
- 3 5回目 180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、禁煙を希望する患者であつて、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 区分番号D2001に掲げるスパイログラフイー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B001-4

手術前医学管理料

1,192点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号L0002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L0004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L0008に掲げるバースク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。

3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D2008に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する

点数を算定する。

4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E0001に掲げる写真診断及び区分番号E0002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内にを行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができない。

- イ 尿中一般物質定性半定量検査
- ロ 血液形態・機能検査
- ハ 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査
- ヘ 出血・凝固検査
- コ 出血時間、プロトロンベン時間（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）、γ-グルトラーゼ（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、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、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、アスバ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

- ト HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量
- チ 血漿蛋白免疫学的検査
- リ C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ 心電図検査

区分番号D2080の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E0010の1に掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E0020の1に掲げるもの

6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(1)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検査判断料を算定している患者については算定しない。

B001-5 手術後医学管理料（1日につき） 1,188点

1 診療所の場合 1,066点

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病棟に保るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L0008に掲げるバスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。

2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数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 尿中特殊物質定性定量検査
- ハ 尿蛋白及び尿グルコース
- ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

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）、γ-グルトラーゼ（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、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）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、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、アスバ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）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析

ホ 心電図検査

ト 呼吸心拍監視

チ 経皮的動脈酸素飽和度測定

リ 終末呼吸炭酸ガス濃度測定

ヌ 中心静脈圧測定

ヘ 動脈血採取

4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(1)判断料を算定している患者については算定しない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検査判断料を算定している患者については算定しない。

6 区分番号A3000の救命救急入院料又は区分番号A3010の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。

B001-6 肺血栓塞症予防管理料

305点

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であつて肺血栓塞症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 肺血栓塞症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

100点

注1 保険医療機関に入院中の患者であつて、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに對して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号B005-6の注1に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。

B001-8 膺ヘルニア圧迫指導管理料

100点

注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する膺ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B002 開放型病院共同指導料(1)

350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放型病院に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

2 区分番号A0001に掲げる再診料、区分番号A0002に掲げる外来診療料、区分番号C0001に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

B003 開放型病院共同指導料(II)

220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B004 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であつて、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合
1,500点

2 1以外の場合
900点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等

と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合においては、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

3 区分番号A0001に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(1)、区分番号C0001に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

B005 退院時共同指導料2

400点

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)は別に算定できない。

B005-1-2 介護支援連携指導料

400点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4若しくは注5、区分番号H001-2の注4若しくは注5又は区分番号H002の注4若しくは注5を算定する者に限る。）に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者1人につき1回を限度として算定する。

B005-2からB005-3-2まで 削除
B005-4 ハイリクス分娩婦共同管理料① 800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、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号A236-2に掲げるハイリクス分娩管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリクス分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリクス分娩又はハイリクス分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。

B005-5 ハイリクス分娩婦共同管理料② 500点

注 区分番号A236-2に掲げるハイリクス分娩管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリクス分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリクス分娩又はハイリクス分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号B005-4に掲げるハイリクス分娩婦共同管理料①の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリクス分娩又はハイリクス分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B005-6 がん治療連携計画策定料 750点

1 がん治療連携計画策定料1 300点
2 がん治療連携計画策定料2 300点
注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、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（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別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（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。
3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B0099に掲げる診療情報提供料①の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 区分番号B0033に掲げる開放型病院共同指導料②又は区分番号B0055に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 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

に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6-6に掲げるがん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。
2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B0099に掲げる診療情報提供料①の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 がん治療連携管理料 500点

1 がん診療連携拠点病院の場合 300点
2 地域がん診療病院の場合 300点
3 小児がん拠点病院の場合 750点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。
2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B0099に掲げる診療情報提供料①の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-7 認知症専門診断管理料 700点

1 認知症専門診断管理料1 700点
イ 基幹型又は地域型の場合 500点
ロ 診療所型の場合 300点
2 認知症専門診断管理料2 300点
注1 認知症専門診断管理料1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う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に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪している（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、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に、3月に1回に限り所定点数を算定する。
3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B0099に掲げる診療情報提供料①の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 区分番号B0000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。 350点
B005-7-2 認知症療養指導料 350点

注1 当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者で

あつて、入院中の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、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に、当該治療を行った日の属する月を含め6月に限り、月1回を限度として算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700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が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-9 排尿自立指導料 200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中の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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 300点

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、患者を訪問し、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。

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、患者等を訪問し、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、患者の負担とする。

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つて、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つて、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(1)(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(1) 250点

注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住指定を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であつて連院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

4 保険医療機関が、精神障害者である患者であつて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設

に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

8 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(1)の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、ハイリスク妊産婦共同管理料(1)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(1)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。

9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のもので症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。

11 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。

12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものでその同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。

13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

14 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、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

15 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、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点
- ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

B009-2 電子的診療情報提供料 30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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料(1) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B011及びB011-2 削除

B011-3 薬剤情報提供料 100点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、手帳記載加算として、所定点数を3点を加算する。

3 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患者については、算定しない。

B011-4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100点

注1 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、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 2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、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第87条の規定による療養費（未達整備以外の施設）に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。

B015からB018まで 削除

第2部 在宅医療 通則

1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。

2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、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 在宅療養指導管理に当たって、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2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であつて特殊な在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似的な在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分 C000 往診料

720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であつて、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もの）をいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

- (1) 病床を有する場合
 - ① 緊急に行う往診 850点
 - ② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,700点
 - ③ 深夜の往診 2,700点
- (2) 病床を有しない場合
 - ① 緊急に行う往診 750点
 - ② 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,500点
 - ③ 深夜の往診 2,500点

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

- (1) 緊急に行う往診 650点
 - (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 1,300点
 - (3) 深夜の往診 2,300点
- ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合
- (1) 緊急に行う往診 325点
 - (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 650点
 - (3) 深夜の往診 1,300点

2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

3 患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があつたときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

6 注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す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保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

1 同一建物居住者以外の場合 833点

2 同一建物居住者の場合 203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の居住者以外の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療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。）であつて通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A0000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A0001に掲げる再診料、区分番号A0002に掲げる外来診療料又は区分番号C0000に掲げる往診料は、算定しない。

2 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。）であつて通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A0000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A0001に掲げる再診料、区分番号A0002に掲げる外来診療料又は区分番号C0000に掲げる往診料は、算定しない。

3 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

4 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ400点を所定点数に加算する。

5 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、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保険医療機関が行つた場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を更に所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるものの場合

- (1) 病床を有する場合 6,000点
 - (2) 病床を有しない場合 5,000点
- ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,000点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,000点

7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取つた場合には、看取り加算として3,000点を所定点数に加算する。

8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。

9 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。		
10 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。		
11 訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。		
C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月1回）		
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合		
イ 病床を有する場合		
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,400点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,500点	
③ ①及び②以外の場合	2,880点	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）		
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,500点	
③ ①及び②以外の場合	1,300点	
(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,750点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点	
③ ①及び②以外の場合	780点	
ロ 病床を有しない場合		
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,000点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,140点	
③ ①及び②以外の場合	2,640点	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）		
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,200点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,300点	
③ ①及び②以外の場合	1,200点	
(3) 月1回訪問診療を行っている場合		
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点	
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点	
③ ①及び②以外の場合	720点	
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合		
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点	
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	3,750点	
(3) ①及び②以外の場合	2,400点	
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,800点	
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,100点	
(3) ①及び②以外の場合	1,100点	
ハ 月1回訪問診療を行っている場合		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,280点	

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,260点
(3) ①及び②以外の場合	660点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,835点
(3) ①及び②以外の場合	1,800点
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,850点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,575点
(3) ①及び②以外の場合	850点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,710点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	945点
(3) ①及び②以外の場合	510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（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。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

2 注1において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。

3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。

5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、一回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

6 区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

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保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) ①及び②以外の場合	100点

ロ 在宅療養実績加算1

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点

C002-2 施設入居時等医学総合管理料(月1回)

- 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 75点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 100点
 - ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,700点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,400点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,240点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 2,880点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,800点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 1,300点
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 780点
- ロ 病床を有しない場合
 - (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,600点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,970点
 - ③ (1)及び(2)以外の場合 2,640点
 - (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合(①の場合を除く。)
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,000点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,650点
 - ③ (1)及び(2)以外の場合 1,200点
 - (3) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点
 - ③ (1)及び(2)以外の場合 720点

- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,620点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 900点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 660点
 - ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,050点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,125点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 850点
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,230点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 675点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 510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(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。において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。
- 2 注1において、処方せんを交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。
 - 3 施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
 - 4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
 - 5 施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の在診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。
 - 6 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
 - 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保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
 - イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 75点
 - ロ 在宅療養実績加算1
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 225点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 110点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 56点
 - ハ 在宅療養実績加算2

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 150点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 75点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 40点
- 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
- C003 在宅がん医療総合診療科（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
 - (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する場合 1,800点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 2,000点
 - ロ 病床を有しない場合
 - (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する場合 1,650点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 1,850点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,685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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 患者において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療科に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療科に要した交通費は、患者の負担とする。
- 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保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
- C004 救急搬送診療料 1,300点

- 注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等と同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
- 3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。
- C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
 - イ 週3日目まで 580点
 - ロ 週4日目以降 680点
 - 2 准看護師による場合
 - イ 週3日目まで 530点
 - ロ 週4日目以降 630点
 - 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡^{はくそう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点
- 注1 1及び2については、保険医療機関が、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看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき訪問看護計画により、保健師、助産師又は看護師が1人について単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合に限っては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合。）を限度とする。
- 2 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保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者を除く。）であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護士チームの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ1回を限度として算定する。

- 3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ480点又は800点を所定点数に加算する。
- 4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。
- 5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は重症超重症児の場合にあつては週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。
- 6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。
- 7 1及び2については、同時に複数の看護士等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。
- イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点
 - ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点
 - ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪

問看護・指導を行う場合	300点
8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。	
9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。	
10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、2,000点を所定点数に加算する。	
11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。	
12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。区分番号C005-1-2においては同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。区分番号C005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。	
13 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。	
14 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。	
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）	
1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合	
イ 同一日に2人	580点
(1) 週3日目まで	680点
(2) 週4日目以降	
ロ 同一日に3人以上	293点
(1) 週3日目まで	343点
(2) 週4日目以降	
2 准看護師による場合	
イ 同一日に2人	

(1) 週3日目まで	530点
(2) 週4日目以降	630点
ロ 同一日に3人以上	
(1) 週3日目まで	268点
(2) 週4日目以降	318点
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は緩和ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点
注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師又は看護師若しくは准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。))を限度とする。	
2 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保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は高度を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問看護管理指導料を算定する場合にあつては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者に限る。）であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護マネージャの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。	
3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認め、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ480点又は800点を所定点数に加算する。	
4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病棟の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。	
5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあつては週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。	
6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。	
7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分	

に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週1日に限り算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護士と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点

8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護士が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものであるに對して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護士が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それら者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

10 1及び2については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に對して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に對して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、2,000点を所定点数に加算する。

11 1及び2については、訪問看護・指導に對して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に對して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。

12 1及び2については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

13 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

14 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 100点

注 区分番号C005-1に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けしている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による

指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けようとする患者であって、当該患者に對する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上の点滴注射に對し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位） 300点

1 同一建物居住者以外の場合 255点

2 同一建物居住者の場合

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對して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理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であるに對して、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であるに對して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させるための訓練等について必要な指導を行なった場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものであるに對して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。

3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患者の負担とする。

C007 訪問看護指示料 300点

注1 当該患者に對する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（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若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護サービス等に對して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者に對する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護サービス等に對して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、100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1012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。
 介護職員等略称吸引等指示料 240点

C007-2 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22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略称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)に限り算定できる。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。

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。

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、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえ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A0000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B0010の1に掲げるウイルス感染症指導料、区分番号B0010の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B0010の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B0010の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。
 5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B0010に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B0010の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。
 6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料

200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

C012 在宅患者共同診療料

- 1 在診の場合 1,500点
- 2 訪問診療の場合(同一建物居住者以外) 1,000点
- 3 訪問診療の場合(同一建物居住者) 240点

注1 1については、在宅療養後方支援病院(在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院等)に届け出たものをいう。以下この表において同じ。(許可病床数が500床未満の病院に限る。)が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者であって通院が困難なもの(当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。)に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で在診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

2 2については、在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床未満の病院に限る。)が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者(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診療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、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。
 3 3については、在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床未満の病院に限る。)

が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であつて通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的な訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。

C 0 1 3 在宅患者訪問診療管理料

750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、重点的な褥瘡管理を行う必要があると認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあつては、この限りでない。

第2節 在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。

2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定めるところで当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C 1 0 2に規定する指導管理とC 1 0 2-2に規定する指導管理、C 1 0 3に規定する指導管理とC 1 0 7に規定する指導管理又はC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5-2に規定する指導管理とC 1 0 9に規定する指導管理、C 1 0 7に規定する指導管理とC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 8に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理、C 1 0 8-2に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理及びC 1 0 9に規定する指導管理とC 1 1 4に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるとする。

4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定でき

る。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行つたものに限る。）の費用は算定しない。

区分 C 1 0 0 退院前在宅療養指導管理料

120点

注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料

1,230点

1 複雑な場合

2 1以外の場合

イ 月27回以下の場合

650点

ロ 月28回以上の場合

750点

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則6に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月を限度として、580点を所定点数に加算する。

3 処方内容に変更があつた場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。

C 1 0 1-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料

820点

注 12歳未満の小児低血糖症であつて入院中の患者以外に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

C 1 0 1-3 在宅妊娠糖尿病指導管理料

150点

注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であつて入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

C 1 0 2 在宅自己腹腔灌流指導管理料

4,000点

注1 在宅自己連続換行式腹腔灌流を行っている入院中の患者以外に対して、在宅自己連続換行式腹腔灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとして、2,000点を月2回に限り算定する。

2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓又はJ 0 4 2に規定する腹腔灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

C 1 0 2-2 在宅血液透析指導管理料

8,000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、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとして、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J 0 3 8に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

C 1 0 3 在宅酸素療法指導管理料

520点

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合

C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。	3,000点
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。	2,500点
C105-1	在宅小児経管栄養法指導管理料 注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。	1,050点
C106	在宅自己導尿指導管理料 注 1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。 2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。	1,800点
C107	在宅人工呼吸指導管理料 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。	2,800点
C107-1	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	2,250点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	250点
C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 注 在宅における悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	1,500点
C108-1	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対して、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	1,050点
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料 注 1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。 2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。	1,050点
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料 注 疼痛除去のため植込型脳脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	1,300点
C110-1	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 注 1 振戦等除去のため植込型脳脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算	810点

C110-2	として、140点を所定点数に加算する。	810点
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 注 1 てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。 2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。	810点
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 注 便秘薬のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便秘管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便秘管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	810点
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジン製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。	1,500点
C112	在宅気管切開患者指導管理料 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。	900点
C113	削除	1,000点
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 注 1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。 2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。	45,000点
C115	削除	
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 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、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。 第2款 在宅療養指導管理材料加算	45,000点
通則	1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。 2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。	
C150	血糖自己測定器加算 1 月20回以上測定する場合 2 月40回以上測定する場合 3 月60回以上測定する場合 4 月80回以上測定する場合 5 月100回以上測定する場合 6 月120回以上測定する場合 注 1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤又はヒトインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行	400点 580点 860点 1,140点 1,320点 1,500点

<p>C151 注入器加算 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点 2 1以外のシリンジポンプ 1,500点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C152-2 持続血糖測定器加算 1 2個以下の場合 1,320点 2 4個以下の場合 2,640点 3 5個以上の場合 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保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。 2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。</p> <p>C153 注入器用注射針加算 1 治療上の必要があつて、1型糖尿病患者若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点 2 1以外の場合 130点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C154 紫外線殺菌器加算 注 在宅自己連続換行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C155 自動腹膜灌流装置加算 注 在宅自己連続換行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C156 透析液供給装置加算 10,000点</p>	<p>注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C157 酸素ボンベ加算 1 携帯用酸素ボンベ 880点 2 1以外の酸素ボンベ 3,950点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C158 酸素濃縮装置加算 4,000点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C159 液化酸素装置加算 3,970点 1 設置型液化酸素装置 2 携帯型液化酸素装置 880点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C159-2 呼吸同調式デブンドバルブ加算 300点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デブンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C161 注入ポンプ加算 1,250点 注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点 注 在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C163 特殊カテーテル加算 1 間歇導尿用デイスローザルカテーテル 960点 イ 親水性コーティングを有するもの 600点 ロ イ以外のもの 600点 2 間歇バルーンカテーテル 600点 注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用デイスローザルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C164 人工呼吸器加算 7,480点 1 陽圧式人工呼吸器 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 2 人工呼吸器 6,480点 注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 3 陰圧式人工呼吸器 7,480点</p>
---	--

注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。
 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
 1 ASVを使用した場合 3,750点
 2 CPAPを使用した場合 1,100点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C166 携帯型デキサメタゾン注入ポンプ加算 2,500点

注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型デキサメタゾン注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C167 疼痛等管理用送信器加算 600点

注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅採戦管理又は在宅でかんかん管理を行っている入院中の患者以外に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマーを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点

注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のもので、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C168-2 携帯型精密ネフライザー加算 3,200点

注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のもので、携帯型精密ネフライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C169 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点

注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のもので、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C170 排痰補助装置加算 1,800点

注 人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C171 在宅酸素療法材料加算 780点

1 チェアローゼ型先天性心疾患の場合 780点
 2 その他の場合 100点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

区分 C200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注 1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分 C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3部 検査

通則

1 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を採刺し又は採取した場合は、第1節又は第3節の各区分の所定点数及び第4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 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
 3 検査に当たって、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2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
 4 第1節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、第1節又は第3節に掲げられている検査のうち最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
 5 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

通則 第1節 検体検査料

検体検査の費用は、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。

通則 第1款 検体検査実施料

1 入院中の患者以外に対して、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の場合、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき200点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。
 2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
 3 入院中の患者以外に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づき診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

区分

D000 (尿・糞便等検査) 26点
 D000 尿中一般物質定性半定量検査
 注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

D001 尿中特殊物質定性定量検査 7点
 1 尿蛋白 16点
 2 VMA定性(尿)、Benecce Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース 9点
 3 クロピロノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 16点
 4 ホルモンインジネスクリーニングテスト(尿) 17点
 5 N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) 41点
 6 アルブミン定性(尿) 49点
 7 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フイブリン・フイブリンゲン分解産物(FDP)(尿) 72点
 8 アルブミン定量(尿) 108点

9	トランスフェリン (尿)、ウロポルフェリン (尿)	110点
10	δアミノレブリン酸 (δ-ALA) (尿)	112点
11	ポリアミン (尿)	115点
12	ミオインソトール (尿)	120点
13	コロボルフェリン (尿)	143点
14	ポルフォビリノゲン (尿)、総ヨウ素 (尿)	191点
15	IV型コラーゲン (尿)	200点
16	L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (尿)	210点
17	尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	
18	その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数	
	注 区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。	
D002	尿沈渣 (鏡検法)	27点
	注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	
	注2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
D002-2	尿沈渣 (フローサイトメトリー法)	24点
	注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。	
	注2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
D003	糞便検査	15点
	1 虫卵検出 (集卵法) (糞便)、ウロビリリン (糞便)	20点
	2 糞便塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	23点
	3 虫体検出 (糞便)	25点
	4 糞便中脂質	37点
	5 糞便中ヘモグロビン定性	40点
	6 虫卵培養 (糞便)	41点
	7 糞便中ヘモグロビン	56点
	8 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	80点
	9 キモトリジン (糞便)	
D004	穿刺液・採取液検査	15点
	1 酸度測定 (胃液)	20点
	2 ヒューナー検査	55点
	3 胃液又は十二指腸液一般検査	62点
	4 髄液一般検査	70点
	5 精液一般検査	75点
	6 頸管粘液一般検査	100点
	7 顆粒球エラストアゼ定性 (子宮頸管粘液)、I g E定性 (涙液)	128点
	8 顆粒球エラストアゼ (子宮頸管粘液)	170点
	9 乳糜デヒドロゲナーゼ (LD) 半定量 (膈分泌液)	

10	マインクローバブルテスト	200点
11	II型アロコラーゲン-C-末端ペプチド (コンドロカルシン) (関節液)	300点
12	I g G イソプレック	439点
13	オリゴクローナルバンド	543点
14	ミエリン塩基性蛋白 (MBP) (髄液)	601点
15	リン酸化タウ蛋白 (髄液)、タウ蛋白 (髄液)	660点
16	髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	
17	髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数	
18	その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数	
	注 区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。	
D004-2	悪性腫瘍組織検査	
	1 悪性腫瘍遺伝子検査	
	イ E G F R 遺伝子検査 (リアルタイムPCR法)	2,500点
	ロ E G F R 遺伝子検査 (リアルタイムPCR法以外)	2,100点
	ハ K-ras 遺伝子検査	2,100点
	ニ E W S - F H I I 遺伝子検査	2,100点
	ホ T L S - C H O P 遺伝子検査	2,100点
	ヘ S Y T - S S X 遺伝子検査	2,100点
	ト c-kit 遺伝子検査	2,500点
	チマインクローバブルテスト不安定性検査	2,100点
	リセリチンレベルリンパ節生検に係る遺伝子検査	2,100点
	ヌ B R A F 遺伝子検査	6,520点
	ル R A S 遺伝子検査	2,500点
	2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 (血液学的検査)	2,500点
D005	血液形態・機能検査	9点
	1 赤血球沈降速度 (ESR)	
	注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
	2 網赤血球数	12点
	3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法)	15点
	4 好酸球数	17点
	5 末梢血液一般検査	21点
	6 末梢血液像 (鏡検法)	25点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ27点を加算する。	
	7 血中微生物検査	40点
	8 赤血球抵抗試験	45点
	9 ヘモグロビンA1c (HbA1c)	49点
	10 自己溶血試験、血液粘稠度	50点
	11 ヘモグロビンF (HbF)	60点
	12 デオキシチミジンキナーゼ (TK) 活性	233点
	13 ターミナルデオキシヌクレオチドトランスフェラーゼ (TdT)	250点

D006

出血・凝固検査

14	骨髓像	837点
15	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ40点を加算する。 造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）	2,000点
1	出血時間	15点
2	プロトロンビン時間（PT）、全血凝固時間、トロンボテスト	18点
3	血餅収縮能、毛細血管抵抗試験	19点
4	フィブリノーゲン半定量、フィブリノーゲン定量、クリオフィブリノーゲン	23点
5	トロンビン時間	25点
6	蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験	28点
7	活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）、ヘパプラスチンテスト	29点
8	血小板凝集能	50点
9	血小板粘着能	64点
10	アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
11	フィブリノーゲン活性、フィブリノーゲン分解産物（FDP）定性、フィブリノーゲン・フィブリノーゲン分解産物（FDP）半定量、フィブリノーゲン・フィブリノーゲン分解産物（FDP）定量、フィラスミン、フィラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン	80点
12	フィブリノーゲン複合体定性	93点
13	フィラスミン・フィラスミン活性、フィラスミン・フィラスミン抗原、凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）	100点
14	フィブリノーゲン分解産物（FGDP）	116点
15	Dダイマー定性	131点
16	フィラスミンインヒビター（アンチフィラスミン）	134点
17	Dダイマー半定量	135点
18	von Willebrand因子（VWF）活性	136点
19	α_2 -マクログロブリン	138点
20	Dダイマー	141点
21	PIVKA-II	143点
22	凝固因子インヒビター、von Willebrand因子（VWF）抗原	155点
23	フィラスミン・フィラスミンインヒビター複合体（PIC）	162点
24	プロテインS抗原	167点
25	プロテインS活性	170点
26	β -トロンボグロブリン（ β -TG）	177点
27	血小板第4因子（PF ₄ ）	178点
28	トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）	191点
29	プロトロンビンフラグメントF1+2	193点
30	トロンボモジュリン	205点
31	凝固因子（第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子）	229点
32	フィブリノーゲン複合体	233点
33	プロテインC抗原、tPA・PAI-1複合体	247点
34	プロテインC活性	255点
35	フィブリノーゲン・フィブリノーゲン複合体	300点
イ	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から35までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 3項目又は4項目	530点

ロ 5項目以上

722点

D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査

2,100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

D006-3 Major BCR-ABL1

1 mRNA定量（国際標準値） 2,520点

イ 診断の補助に用いるもの 2,520点

ロ モニタリングに用いるもの 1,200点

2 mRNA定量（1以外のもの） 3,880点

D006-4 遺伝学的検査

注 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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行われる場合に限り算定する。

染色体検査（すべての費用を含む。） 2,712点

注 分染法を行った場合は、397点を加算する。

D006-5 免疫関連遺伝子再構成 2,520点

D006-6 UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型 2,100点

D006-7 サイトクセラチン19（KRT19）mRNA検出 2,400点

D006-8 WT1 mRNA 2,520点

D006-9 CCR4タンパク（フローサイトメトリー法） 10,000点

D006-10 血液化学検査

1 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 -グロブリンミルトランスマエラーゼ（ 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、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・アンピル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和脂肪酸結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法） 11点

2 リン脂質 15点

3 HDL-Cコレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アミノ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） 17点

4 LDL-Cコレステロール、蛋白分画 18点

5 銅（Cu） 23点

6 リンペーゼ 24点

7 イオン化カルシウム 26点

8 マンガン（Mn） 27点

9 ムコ蛋白 29点

10 カトン体 30点

イ アポリポ蛋白 31点

ロ 2項目の場合 62点

ハ 3項目以上の場合 94点

12 アダニンデアミンナーゼ（ADA） 32点

13 グラナーゼ 35点

14	有機モノカルボン酸、胆汁酸	47点
15	ALPアインザイム、アミラーゼアインザイム、 γ -GTアインザイム、LDアインザイム、重炭酸塩	48点
16	ASTアインザイム、リボ蛋白分画	49点
17	アミノニア	50点
18	CKアインザイム、グリコアルブミン	55点
19	コレステロール分画	57点
20	ケトン体分画	59点
21	リンチン・コレステロール・アソルトランスマネラーゼ (L-CAT)	70点
22	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リボ蛋白分画 (PAGデアイヌク電気泳動法)、1, 5-アツヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、グリココール酸	80点
23	CR-MB	90点
24	腫分泌性トリアソインヒター (PSTI)、LDアインザイムI型	95点
25	ALPアインザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	96点
26	リボ蛋白 (a)	107点
27	ヘパリン	108点
28	フェリチン半定量、フェリチン定量、エタノール	114点
29	ペントシジン	118点
30	心筋トロポニンI、KL-6、イヌリン、心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量	120点
31	アルミニウム (A1)	121点
32	シスタチンC	124点
33	リボ蛋白分画 (HPLC法)	129点
34	肺サ-ファクタント蛋白-A (SP-A)、ガラクトース	130点
35	肺サ-ファクタント蛋白-D (SP-D)	140点
36	血液ガス分析、亜鉛 (Zn)、プロコラーゲン-III α -ペプチド (P-III-P)、IV型コラーゲン、セリン	144点
注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。		
37	ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン	147点
38	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150点
39	アソキチンI転換酵素 (ACE)、IV型コラーゲン・7S、ピタミンB	152点
40	葉酸	162点
41	ALPアインザイム (PAG電気泳動法)	180点
42	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖I	184点
43	アセトアミノフェン、腫分泌液中イヌリン様成長因子結合蛋白I型 (IGFBP-1) 定性	190点
44	ヒムチン様リボ蛋白コレステロール (RLP-C)、トリチン	191点
45	マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、Ma α c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体	200点
46	ホスホオリバレーA α (PLA α)	204点
47	赤血球コブリン	210点
48	リボ蛋白リバレー (LPL)	223点
49	肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
50	CKアインザイム、アソリルヒドロキシラーゼ (PH)	230点
51	2, 5-オリゴデアニル酸合成酵素活性、 α -フェトプロテイン (AFP) 定性	

D008 内分泌学的検査		
(生化学的検査①)		
1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11- β ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニールマンデル酸 (VMA)	90点
5	5- α - β ヒドロキシアンドロステロン酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	103点
8	トリヨードサイロニン (T α)	108点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	110点
10	レニン定量	111点
11	イヌリン (IRI)	112点
12	サイロキニン (T α)	114点
13	成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、 α -ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH)	117点
14	アルドステロン、テストステロン	131点
15	遊離サイロキニン (FT α)、抗グルタミン酸 γ カルボキシルラーゼ抗体 (抗GAD抗体)、遊離トリヨードサイロニン (FT α)、コルチゾール、サイロキニン結合プロテイン (TBG)	134点
16	サイログロブリン	137点
17	脳性Na利尿 α -ペプチド (BNP)、サイロキニン結合能 (TBC)、脳性Na利尿 β -ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	140点
18	カルシトニン	141点
19	ヒト胎盤性ラクトローゲン (HPL)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン β サブユニット (HC α - β)	144点
20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HC G) 半定量	146点
21	グルカゴン	150点
22	プロゲステロン	159点
23	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	160点
24	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	165点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 93点
- ロ 8項目又は9項目 99点
- ハ 10項目以上 115点