

診療報酬の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第五十四号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九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、令和四年四月一日から適用する。ただし、同年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100の1のへに係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、急性期一般入院料6の算定に係る規定は、同年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとし、同年三月三十一日において現に旧算定方法別表第一区分番号A308の5又は6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定に係る規定は、令和五年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。

令和四年三月四日

厚生労働大臣 後藤 茂之

別表第一から別表第三までを次のように改める。



- 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<sup>じよくそう</sup>対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 急性期一般入院基本料	
イ 急性期一般入院料1	1,650点
ロ 急性期一般入院料2	1,619点
ハ 急性期一般入院料3	1,545点
ニ 急性期一般入院料4	1,440点
ホ 急性期一般入院料5	1,429点
ヘ 急性期一般入院料6	1,382点
2 地域一般入院基本料	
イ 地域一般入院料1	1,159点
ロ 地域一般入院料2	1,153点
ハ 地域一般入院料3	988点

- 注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、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に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| イ 14日以内の期間      | 450点（特別入院基本料等については、300点） |
| ロ 15日以上30日以内の期間 | 192点（特別入院基本料等については、155点） |
- 4 地域一般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に掲げる入院支援加算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 地域一般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老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（

以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

- 6 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

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

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

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

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

イ 総合入院体制加算

ロ 急性期充実体制加算(急性期一般入院料1を算定するものに限る。)

ハ 地域医療支援病院入院診療加算

ニ 臨床研修病院入院診療加算

ホ 紹介受診重点医療機関入院診療加算

ヘ 救急医療管理加算

ト 超急性期脳卒中加算

チ 妊産婦緊急搬送入院加算

リ 在宅患者緊急入院診療加算

ヌ 診療録管理体制加算

ル 医師事務作業補助体制加算

ヲ 急性期看護補助体制加算

ワ 看護職員夜間配置加算

カ 乳幼児加算・幼児加算

ヨ 難病等特別入院診療加算

タ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

レ 看護配置加算

ソ 看護補助加算

ツ 地域加算

ネ 離島加算

ナ 療養環境加算

ラ HIV感染者療養環境特別加算

ム 二類感染症患者療養環境特別加算

- ウ 重症者等療養環境特別加算
- キ 小児療養環境特別加算
- ノ 無菌治療室管理加算
- オ 放射線治療病室管理加算
- ク 緩和ケア診療加算
- ヤ 精神科リエゾンチーム加算
- マ 強度行動障害入院医療管理加算
- ケ 依存症入院医療管理加算
- フ 摂食障害入院医療管理加算
- コ がん拠点病院加算
- エ 栄養サポートチーム加算
- テ 医療安全対策加算
- ア 感染対策向上加算
- サ 患者サポート体制充実加算
- キ 報告書管理体制加算
- ユ 褥瘡<sup>じよくそつ</sup>ハイリスク患者ケア加算
- メ ハイリスク妊娠<sup>べん</sup>管理加算
- ミ ハイリスク分娩<sup>べん</sup>等管理加算（ハイリスク分娩<sup>べん</sup>管理加算に限る。）
- シ 呼吸ケアチーム加算
- エ 術後疼痛<sup>じゆつ</sup>管理チーム加算（急性期一般入院基本料に限る。）
- ヒ 後発医薬品使用体制加算
- モ 病棟薬剤業務実施加算 1
- セ データ提出加算
- ス 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）
- ン 認知症ケア加算
- イイ せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）
- イロ 精神疾患診療体制加算
- イハ 薬剤総合評価調整加算
- イニ 排尿自立支援加算
- イホ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

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ものについては、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（急性期一般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。

#### A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

##### 1 療養病棟入院料1

- イ 入院料A 1,813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、1,798点）
- ロ 入院料B 1,758点（生活療養を受ける場合にあつては、1,744点）
- ハ 入院料C 1,471点（生活療養を受ける場合にあつては、1,457点）
- ニ 入院料D 1,414点（生活療養を受ける場合にあつては、1,399点）
- ホ 入院料E 1,386点（生活療養を受ける場合にあつては、1,372点）
- ヘ 入院料F 1,232点（生活療養を受ける場合にあつては、1,217点）
- ト 入院料G 968点（生活療養を受ける場合にあつては、953点）
- チ 入院料H 920点（生活療養を受ける場合にあつては、905点）
- リ 入院料I 815点（生活療養を受ける場合にあつては、801点）

3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の75に相当する点数を算定する。

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 夜間看護加算 50点
- ロ 看護補助体制充実加算 55点

A102 **結核病棟入院基本料(1日につき)**

1	7対1入院基本料	1,654点
2	10対1入院基本料	1,385点
3	13対1入院基本料	1,165点
4	15対1入院基本料	998点
5	18対1入院基本料	854点
6	20対1入院基本料	806点

注1 病院(特定機能病院を除く。)の結核病棟(医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。

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

- イ 14日以内の期間 400点  
(特別入院基本料等については、320点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 300点  
(特別入院基本料等については、240点)
- ハ 31日以上60日以内の期間 200点  
(特別入院基本料等については、160点)
- ニ 61日以上90日以内の期間 100点

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

- イ 地域医療支援病院入院診療加算

- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算
- ニ 救急医療管理加算
- ホ 妊産婦緊急搬送入院加算
- へ 在宅患者緊急入院診療加算
- ト 診療録管理体制加算
- チ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
- リ 乳幼児加算・幼児加算
- ヌ 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。）
- ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヲ 看護配置加算
- ワ 看護補助加算
- カ 地域加算
- コ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 栄養サポートチーム加算
- ネ 医療安全対策加算
- ナ 感染対策向上加算
- ラ 患者サポート体制充実加算
- ム 報告書管理体制加算
- ウ 褥瘡<sup>じよくそつ</sup>ハイリスク患者ケア加算
- キ ハイリスク妊娠管理加算
- ノ **術後疼痛<sup>じゆつ</sup>管理チーム加算**
- オ 後発医薬品使用体制加算
- ク 病棟薬剤業務実施工算1
- ヤ データ提出加算
- マ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- ケ 認知症ケア加算
- フ 精神疾患診療体制加算
- コ 薬剤総合評価調整加算
- エ 排尿自立支援加算
- テ 地域医療体制確保加算（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。）

6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、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、591点を算定できる。

7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）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場合に限り、注2の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、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

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に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。

10 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

#### 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	1,718点
ロ 10対1入院基本料	1,438点
2 結核病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,718点
ロ 10対1入院基本料	1,438点
ハ 13対1入院基本料	1,210点
ニ 15対1入院基本料	1,037点
3 精神病棟の場合	
イ 7対1入院基本料	1,450点
ロ 10対1入院基本料	1,373点
ハ 13対1入院基本料	1,022点
ニ 15対1入院基本料	933点

注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

イ 一般病棟の場合	
(1) 14日以内の期間	712点
(2) 15日以上30日以内の期間	207点
ロ 結核病棟の場合	
(1) 30日以内の期間	330点
(2) 31日以上90日以内の期間	200点
ハ 精神病棟の場合	
(1) 14日以内の期間	505点
(2) 15日以上30日以内の期間	250点

- |                    |      |
|--------------------|------|
| (3) 31日以上90日以内の期間  | 125点 |
| (4) 91日以上180日以内の期間 | 30点  |
| (5) 181日以上1年以内の期間  | 15点  |
- 4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟に入院している患者の重症度、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するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- |            |     |
|------------|-----|
| イ 看護必要度加算1 | 55点 |
| ロ 看護必要度加算2 | 45点 |
| ハ 看護必要度加算3 | 25点 |
- 6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 7 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- |   |  |
|---|--|
| イ 臨床研修病院入院診療加算                              |  |
| ロ 救急医療管理加算                                  |  |
| ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）                       |  |
| ニ 妊産婦緊急搬送入院加算                               |  |
| ホ 在宅患者緊急入院診療加算                              |  |
| ヘ 診療録管理体制加算                                 |  |
| ト 医師事務作業補助体制加算                              |  |
| チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）                     |  |
| リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）                      |  |
| ヌ 乳幼児加算・幼児加算                                |  |
| ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。） |  |
| ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算              |  |
| ワ 看護補助加算                                    |  |
| カ 地域加算                                      |  |
| ヨ 離島加算                                      |  |
| タ 療養環境加算                                    |  |
| レ HIV感染者療養環境特別加算                            |  |
| ソ 二類感染症患者療養環境特別加算                           |  |
| ツ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）                    |  |
| ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）                      |  |
| ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）                       |  |
| ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）                     |  |
| ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）                        |  |
| ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）                     |  |
| キ 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）                   |  |
| ク 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）                   |  |
| コ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）                      |  |
| ケ 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）                   |  |



- ヤ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）
  - マ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
  - ケ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）
  - フ 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 依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
  - エ 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。）
  - テ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
  - ア 栄養サポートチーム加算
  - サ 医療安全対策加算
  - キ 感染対策向上加算
  - ユ 患者サポート体制充実加算
  - メ 報告書管理体制加算
  - ミ 褥瘡<sup>じよくそつ</sup>ハイリスク患者ケア加算
  - シ ハイリスク妊娠<sup>べん</sup>管理加算
  - エ ハイリスク分娩<sup>べん</sup>等管理加算（ハイリスク分娩<sup>べん</sup>管理加算に限る。）（一般病棟又は精神病棟に限る。）
  - ヒ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
  - モ 術後疼痛<sup>びつう</sup>管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
  - セ 後発医薬品使用体制加算
  - ス 病棟薬剤業務実施加算 1
  - ン データ提出加算
  - イイ 入退院支援加算（一般病棟は 1 のイ、2 のイ又は 3 に限り、結核病棟は 1 のロ又は 2 のロに限る。）
  - イロ 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
  - イハ せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）
  - イニ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
  - イホ 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。）
  - イヘ 薬剤総合評価調整加算
  - イト 排尿自立支援加算
  - イチ 地域医療体制確保加算（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。）
- 9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院するものについては、注 1 から注 8 までの規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院料 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。
- 11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ 1 回に限り、270 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A 2 3 3 - 2 に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
- 12 注 11 に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号）第 34 条第 1 項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭

和22年法律第164号) 第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時1回に限り、50点を更に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  | 1,667点 |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1,396点 |
| 3 | 13対1入院基本料 | 1,174点 |
- 注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。)の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- |   |   |      |
|---|---|------|
| 2 | 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 |      |
| イ | 14日以内の期間                                      | 512点 |
| ロ | 15日以上30日以内の期間                                 | 207点 |
- |   |   |     |
|---|---|-----|
| 3 | 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 |     |
| イ | 看護必要度加算1  | 55点 |
| ロ | 看護必要度加算2  | 45点 |
| ハ | 看護必要度加算3  | 25点 |
- |   |   |  |
|---|---|--|
| 4 | 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。 |  |
|---|---|--|
- 5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- |   |                              |
|---|------------------------------|
| イ | 臨床研修病院入院診療加算                 |
| ロ | 救急医療管理加算                     |
| ハ | 超急性期脳卒中加算                    |
| ニ | 妊産婦緊急搬送入院加算                  |
| ホ | 在宅患者緊急入院診療加算                 |
| ヘ | 診療録管理体制加算                    |
| ト | 医師事務作業補助体制加算                 |
| チ | 急性期看護補助体制加算                  |
| リ | 看護職員夜間配置加算                   |
| ヌ | 乳幼児加算・幼児加算                   |
| ル | 難病等特別入院診療加算(難病患者等入院診療加算に限る。) |
| ヲ | 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 |
| ワ | 看護補助加算                       |
| カ | 地域加算                         |

- ヨ 離島加算
  - タ 療養環境加算
  - レ HIV感染者療養環境特別加算
  - ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
  - ツ 重症者等療養環境特別加算
  - ネ 小児療養環境特別加算
  - ナ 無菌治療室管理加算
  - ラ 放射線治療病室管理加算
  - ム 緩和ケア診療加算
  - ウ 精神科リエゾンチーム加算
  - キ 強度行動障害入院医療管理加算
  - ノ 依存症入院医療管理加算
  - オ 摂食障害入院医療管理加算
  - ク がん拠点病院加算
  - ヤ 栄養サポートチーム加算
  - マ 医療安全対策加算
  - ケ 感染対策向上加算
  - フ 患者サポート体制充実加算
  - コ 報告書管理体制加算
  - エ 褥瘡<sup>じよくそつ</sup>ハイリスク患者ケア加算
  - テ ハイリスク妊娠管理加算
  - ア 呼吸ケアチーム加算
  - サ 術後<sup>じゆう</sup>疼痛管理チーム加算
  - キ 後発医薬品使用体制加算
  - ユ 病棟薬剤業務実施加算 1
  - メ データ提出加算
  - ミ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）
  - シ 認知症ケア加算
  - エ 精神疾患診療体制加算
  - ヒ 薬剤総合評価調整加算
  - モ 排尿自立支援加算
  - セ 地域医療体制確保加算（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。）
- 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、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料1の例により算定する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。
- 10 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、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
- イ 年6日以内であること。
  - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点

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 30点
- 注 1 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。
- 2 医療安全対策に関する医療機関間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保険医療機関（特定機能病院を除く。）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更に所定点数に加算する。
    - イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点
    - ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点

A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日）

- 1 感染対策向上加算 1 710点
  - 2 感染対策向上加算 2 175点
  - 3 感染対策向上加算 3 75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、感染対策向上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（3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回）それぞれ所定点数に加算する。
- 2 感染対策向上加算 1 を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間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保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。
  - 3 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間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保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。
  - 4 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5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 4 - 4 重症患者初期支援充実加算（1日につき）

300点

注 特に重篤な患者及びその家族等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3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援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、入院した日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

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 4 1まで 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 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） 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、区分番号L 0 0 8に掲げるマ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を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、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、術後疼痛管理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、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

- 1 後発医薬品使用体制加算1 47点
- 2 後発医薬品使用体制加算2 42点
- 3 後発医薬品使用体制加算3 37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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- 1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点
- 2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 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について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算

- 1 データ提出加算1（入院初日）

療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

- イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点
- ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

- 1 小児入院医療管理料1 4,750点
- 2 小児入院医療管理料2 4,224点
- 3 小児入院医療管理料3 3,803点
- 4 小児入院医療管理料4 3,171点
- 5 小児入院医療管理料5 2,206点

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜<sup>ほう</sup>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3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。

3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

5 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室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、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。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

- イ 無菌治療管理加算1 2,000点
- ロ 無菌治療管理加算2 1,500点

6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、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上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

7 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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

8 当該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、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の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保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料

2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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外受入体制強化加算1 300点
- ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

9 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注8までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、**病棟薬剤業務実施加算1**、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)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。

10 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、**病棟薬剤業務実施加算1**、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)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。

11 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、**病棟薬剤業務実施加算1**、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

#### A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,129点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 2,066点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,051点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,899点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,884点)
- 4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,841点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,827点)
- 5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,678点

用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

- 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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1
- イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点
  - ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点
- 2 外来腫瘍化学療法診療料2
- イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点
  - ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- 4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、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。
- 5 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200点を加算する。
- 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保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用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150点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 脂質異常症を主病とする場合 570点
  - 2 高血圧症を主病とする場合 620点
  - 3 糖尿病を主病とする場合 720点
- 注1 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。）に対して、当該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っては、区分番号C101に掲げる在宅自己注



る。

7 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣の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て、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MR I 撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。

8 1について、別に厚生労働大臣の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、頭部のMR I 撮影を行った場合は、頭部MR I 撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

9 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のMR I 撮影を行った場合は、全身MR I 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

10 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 コンピューター断層診断 450点

注 コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。

#### 第4節 薬剤料

E 3 0 0 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5節 特定保険医療材料料

E 4 0 0 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E 4 0 1 特定保険医療材料（フィルムを除く。） 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（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第5部 投薬

##### 通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。
- 5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

#### 第1節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
    - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
    - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
  - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
  - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
  - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
  - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
  - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。
  - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。
  - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
  - 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
  - 8 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
  - 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体

制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点

10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

### 第3節 薬剤料

#### 区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難

である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第4節 特定保険医療材料

区分

F 3 0 0 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
  - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
  - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（**保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。**）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
  - 3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
  - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。
  - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
  - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
  - 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 一般名処方加算1 7点
- ロ 一般名処方加算2 5点
- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
- 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
- 3 1において、調剤を院内製剤の上を行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

- (1) 15歳未満の患者の場合 670点
- (2) 15歳以上の患者の場合 450点

ロ 外来化学療法加算2

- (1) 15歳未満の患者の場合 640点
- (2) 15歳以上の患者の場合 370点

- 7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用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150点を更に所定点数に加算する。

8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

#### 第1節 注射料

#### 通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

#### 第1款 注射実施料

#### 区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G001 静脈内注射（1回につき） 34点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

G002 動脈注射（1日につき）

1 内臓の場合 155点

2 その他の場合 45点

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点

注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

G003-2 削除

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 101点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点

注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。