

○厚生労働省告示第七十一号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第四十三条ノ九第二項の規定に基づき、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成六年三月厚生省告示第五十四号）の一部を次のように改正し、平成十四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第一章第2部第1節及び第3節中医療安全管理体制未整備減算及び褥瘡対策未実施減算に係る規定並びに第4章第1部中区分番号A313及びA315に係る規定は平成十四年十月一日から、この告示による改正後の別表第一第一章第2部第3節中特定集中治療室管理料に係る規定（注2に限る。）は平成十五年四月一日から、それぞれ適用する。

平成十四年三月八日

厚生労働大臣 坂口 力

別表第一から別表第三までを次のように改める。

別表第一

医科診療報酬点数表

[目次]

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

第1節 初診料

第2節 再診料

第2部 入院料等

通則

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 短期滞在手術基本料

第2章 特掲診療料

第1部 指導管理等

第2部 在宅医療

通則

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3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第3部 検査

通則

第1節 検体検査料

第2節 病理学的検査料

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

通則

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

通則

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

通則

第1節 注射料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第7部 リハビリテーション

通則

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

通則

第1節 精神科専門療法料

第2節 薬剤料

第9部 処置

通則

第1節 処置料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第10部 手術

通則

第1節 手術料

第2節 輸血料

第3節 薬剤料

第4節 特定保険医療材料料

第11部 麻酔

通則

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

通則

放射線治療料

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第4章 経過措置

第1部 算定制限

第2部 読替規定

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第43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、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あっては、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基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、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

- | | |
|----------|------|
| 1 病院の場合 | 250点 |
| 2 診療所の場合 | 270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 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。

- 3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点（注5に規定する加算を算定する場合は、102点）を加算する。
- 4 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して初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときは、所定点数に130点を加算する。
- 5 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時までの間をいう。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、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。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、夜間であっ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、所定点数に230点を加算する。
- 6 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(B)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(C)又は区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料(D)を別の保険医療機関において算定した患者について、診療所である保険医療機関において初診を行った場合には、所定点数に50点を加算する。
- 7 病院である保険医療機関において、別の保険医療機関等からの文書による紹介により来院した患者について初診を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 紹介患者加算1	400点
ロ 紹介患者加算2	300点
ハ 紹介患者加算3	250点
ニ 紹介患者加算4	150点
ホ 紹介患者加算5	75点
ヘ 紹介患者加算6	40点

注 イからホまでについては、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算し、ヘについてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に所定点数に加算する。

第2節 再診料

区分

A001 再診料

- 1 病院の場合

イ 月の1回目の受診の場合	65点
ロ 月の2回目又は3回目の受診の場合	59点
ハ 月の4回目以降の受診の場合	30点

注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、ロに掲げる所定点数を算定する。
 - 2 診療所の場合

イ 月の1回目の受診の場合	81点
ロ 月の2回目又は3回目の受診の場合	74点
ハ 月の4回目以降の受診の場合	37点

注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、ロに掲げる所定点数を算定する。
- 注1 保険医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）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（以下この表において「許可病床」という。）のうち同法第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以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。
- 2 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再診を行った場合は、

それぞれ所定点数に35点（注3に規定する加算を算定する場合は、65点）又は27点（注3に規定する加算を算定する場合は、57点）を加算する。

3 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注5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、所定点数に180点を加算する。

4 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リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 月の3回目までの受診の場合 52点

ロ 月の4回目以降の受診の場合 26点

注 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者については、イに掲げる所定点数を算定する。

5 入院中の患者以外の患者に対して、治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する月は算定しない。

6 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注4の外来管理加算及び注5の継続管理加算は算定しない。

A002 外来診療料

1 月の1回目の受診の場合 77点

2 月の2回目以降の受診の場合

イ 15歳未満の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者の場合 70点

ロ イ以外の場合 35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 第2章第3部検査及び第9部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。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿沈渣顕微鏡検査

ハ 糞便検査

潜血反応検査

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 創傷処置

手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの

ヘ 術後創傷処置

手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの

ト 皮膚科軟膏処置

半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの

チ 膀胱洗浄

リ 腔洗浄

ヌ 眼処置

ル 睫毛拔去

ヲ 耳処置

ワ 耳管処置

- カ 鼻処置
- ヨ 口腔、咽頭処置
- タ 喉頭処置
- レ ネブライザー
- ソ 超音波ネブライザー
- ツ 消炎鎮痛等処置

- 3 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再診を行った場合は、それぞれ所定点数に35点（注4に規定する加算を算定する場合は、65点）又は27点（注4に規定する加算を算定する場合は、57点）を加算する。
- 4 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注5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、所定点数に180点を加算する。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第43条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、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基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。
- 4 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 5 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等については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 6 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る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。

第1節 入院基本料

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、当該基準に係る区分に従い、当該基準に係る患者について、次に掲げる点数を本節各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数から減算する。

- | | |
|------------------------|------|
| 1 入院診療計画未実施減算（入院中1回） | 350点 |
| 2 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） | 5点 |
| 3 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） | 10点 |
| 4 褥瘡対策未実施減算（1日につき） | 5点 |

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 I群（平均在院日数28日以内） | |
| イ 入院基本料1 | 1,209点 |
| ロ 入院基本料2 | 1,107点 |
| ハ 入院基本料3 | 939点 |

ニ	入院基本料 4	842点
ホ	入院基本料 5	783点
2	Ⅱ群（平均在院日数29日以上）	
イ	入院基本料 3	974点
ロ	入院基本料 4	880点
ハ	入院基本料 5	820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及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成6年3月厚生省告示第72号）別表第一老人医科診療報酬点数表（以下この表において「老人医科点数表」という。）に規定する老人病棟（以下単に「老人病棟」という。）以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であつて、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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一般病棟であつて、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、一般病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。	
イ	入院基本料1の場合	88点
ロ	入院基本料2の場合	76点
ハ	入院基本料3（Ⅰ群及びⅡ群）の場合	90点
ニ	入院基本料4（Ⅰ群及びⅡ群）の場合	38点
ホ	入院基本料5（Ⅰ群及びⅡ群）の場合	15点
3	注1又は注2に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。	
イ	Ⅰ群（平均在院日数28日以内）	
	(1) 特別入院基本料1	569点
	(2) 特別入院基本料2	540点
ロ	Ⅱ群（平均在院日数29日以上）	
	(1) 特別入院基本料1	608点
	(2) 特別入院基本料2	580点
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1日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。	
イ	Ⅰ群の場合	
	(1) 14日以内の期間	452点（入院基本料5及び特別入院基本料については、440点）加算
	(2) 15日以上30日以内の期間	207点（入院基本料5及び特別入院基本料については、195点）加算
	(3) 180日以上	50点減算
ロ	Ⅱ群の場合	
	(1) 14日以内の期間	312点（入院基本料5及び特別入院基本料については、300点）加算
	(2) 15日以上30日以内の期間	167点（入院基本料5及び特別入

院基本料については、155点) 加算

(3) 180日以上の期間 30点減算

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 入院時医学管理加算
- ロ 紹介外来加算・紹介外来特別加算
- ハ 急性期入院加算
- ニ 急性期特定入院加算
- ホ 地域医療支援病院入院診療加算
- ヘ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- ト 在宅患者応急入院診療加算
- チ 診療録管理体制加算
- リ 乳幼児加算・幼児加算
- ヌ 難病等特別入院診療加算
- ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- ヲ 新生児入院医療管理加算
- ワ 看護配置加算
- カ 看護補助加算
- ヨ 夜間勤務等看護加算
- タ 地域加算
- レ 療養環境加算
- ソ HIV感染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

A101 療養病棟入院基本料(1日につき)

1	入院基本料1	1,209点
2	入院基本料2	1,138点
3	入院基本料3	1,098点
4	入院基本料4	1,204点
5	入院基本料5	1,129点
6	入院基本料6	1,076点
7	入院基本料7	1,041点

注1 病院の療養病棟(医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下この表において「療養病床」という。)に係る病棟として地方社会保険事務局長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基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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療養病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。

- イ 特別入院基本料1 973点
- ロ 特別入院基本料2 902点

3 療養病棟入院基本料を算定している患者に対して行った検査、投薬、注射並び

に別に厚生労働大臣が定める画像診断、リハビリテーション及び処置の費用（フィルムを費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用を除く。

4 入院している患者が別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、当該基準に係る区分に従い、当該入院している患者につき、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 日常生活障害加算 40点
- ロ 痴呆加算 20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 在宅患者応急入院診療加算
- ハ 診療録管理体制加算
- ニ 乳幼児加算・幼児加算
- ホ 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。）
- ヘ 特殊疾患入院施設管理加算
- 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 夜間勤務等看護加算
- リ 地域加算
- ヌ HIV感染者療養環境特別加算
- ル 療養病棟療養環境加算
- ヲ 重症皮膚潰瘍管理加算

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1 入院基本料1	1,101点
2 入院基本料2	1,002点
3 入院基本料3	858点
4 入院基本料4	772点
5 入院基本料5	713点
6 入院基本料6	614点
7 入院基本料7	572点

注1 病院（特定機能病院（医療法第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。）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社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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結核病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、結核病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。

- イ 入院基本料1の場合 88点
- ロ 入院基本料2の場合 76点
- ハ 入院基本料3の場合 90点
- ニ 入院基本料4の場合 38点
- ホ 入院基本料5の場合 15点

- へ 入院基本料 6 の場合 12点
- ト 入院基本料 7 の場合 11点
- 3 注 1 又は注 2 に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。
 - イ 特別入院基本料 1 485点
 - ロ 特別入院基本料 2 469点
- 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 1 日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者については、所定点数からの減算は行わない。
 - イ 30 日以内の期間 300点（入院基本料 5、入院基本料 6、入院基本料 7 及び特別入院基本料については、240点）加算
 - ロ 31 日以上 90 日以内の期間 200点加算
 - ハ 91 日以上 30 日以内の期間 30点減算
- 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 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
 - ハ 在宅患者応急入院診療加算
 - ニ 診療録管理体制加算
 - ホ 乳幼児加算・幼児加算
 - へ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
 - ト 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - チ 看護配置加算
 - リ 看護補助加算
 - ヌ 夜間勤務等看護加算
 - ル 地域加算
 - ヲ 療養環境加算
 - ワ HIV 感染者療養環境特別加算

A 1 0 3 精神病棟入院基本料（1 日につき）

- 1 入院基本料 1 1,037点
- 2 入院基本料 2 940点
- 3 入院基本料 3 800点
- 4 入院基本料 4 712点
- 5 入院基本料 5 658点
- 6 入院基本料 6 589点
- 7 入院基本料 7 548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社会保険事務局長に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、精神病棟入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。

- イ 入院基本料1の場合 88点
- ロ 入院基本料2の場合 76点
- ハ 入院基本料3の場合 90点
- ニ 入院基本料4の場合 38点
- ホ 入院基本料5の場合 15点
- ヘ 入院基本料6の場合 12点
- ト 入院基本料7の場合 11点

3 注1又は注2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基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、特別入院基本料として、次に掲げる点数を算定できる。

- イ 特別入院基本料1 459点
- ロ 特別入院基本料2 438点

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1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 439点(入院基本料5、入院基本料6、入院基本料7及び特別入院基本料については、427点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 242点(入院基本料5、入院基本料6、入院基本料7及び特別入院基本料については、230点)
- ハ 31日以上90日以内の期間 125点
- ニ 91日以上180日以内の期間 40点
- ホ 181日以上1年以内の期間 25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 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- ハ 在宅患者応急入院診療加算
- ニ 診療録管理体制加算
- 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
- ル 夜間勤務等看護加算
- ヲ 地域加算
- ワ 療養環境加算
- カ HIV感染者療養環境特別加算
- ヨ 精神科措置入院診療加算
- タ 精神科応急入院施設管理加算
- レ 精神科隔離室管理加算
- ソ 精神病棟入院時医学管理加算
- ツ 児童・思春期精神科入院医療管理加算

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 I群(平均在院日数28日以内)

(1) 入院基本料 1	1,209点
(2) 入院基本料 2	1,107点
ロ II群 (平均在院日数29日以上)	
(1) 入院基本料 1	1,244点
(2) 入院基本料 2	1,142点
(3) 入院基本料 3	983点
2 結核病棟の場合	
イ I群 (平均在院日数28日以内)	
(1) 入院基本料 1	1,101点
(2) 入院基本料 2	1,002点
ロ II群 (平均在院日数29日以上)	
(1) 入院基本料 1	1,101点
(2) 入院基本料 2	1,002点
(3) 入院基本料 3	883点
3 精神病棟の場合	
イ I群 (平均在院日数28日以内)	
(1) 入院基本料 1	1,037点
(2) 入院基本料 2	940点
ロ II群 (平均在院日数29日以上)	
(1) 入院基本料 1	1,037点
(2) 入院基本料 2	940点
(3) 入院基本料 3	811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基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長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、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟については、当分の間、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社会保険事務局長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、当該基準に係る区分に従い、特定機能病院入院基本料を算定できる。ただし、次に掲げる点数を1日につきそれぞれの入院基本料の所定点数から減算するものとする。	
イ 入院基本料1の場合	88点
ロ 入院基本料2の場合	76点
ハ 入院基本料3の場合	12点
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1日につきそれぞれ所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。	
イ 一般病棟の場合	
(1) I群の場合	
(→) 14日以内の期間	512点加算
(←) 15日以上30日以内の期間	207点加算
(≡) 180日以上の場合	50点減算
(2) II群の場合	
(→) 14日以内の期間	372点加算
(←) 15日以上30日以内の期間	167点加算
(≡) 180日以上の場合	30点減算
ロ 結核病棟の場合 (I群及びII群)	