

A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）

- 1 個室の場合 300点
- 2 2人部屋の場合 150点

注 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（特別入院基本料を含む。）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、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。

A 2 2 1 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 重症者等療養環境特別加算は、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保険医療機関が地方社会保険事務局長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（特別入院基本料を除く。）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、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。

A 2 2 1-2 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、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る。）について、所定点数に加算する。この場合においてHIV感染者療養環境加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算は算定しない。

A 2 2 2 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1 105点
- 2 療養病棟療養環境加算2 90点
- 3 療養病棟療養環境加算3 30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1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）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 3 診療所療養病床療養環境加算（1日につき）

- 1 診療所療養病床療養環境加算1 90点
- 2 診療所療養病床療養環境加算2 40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社会保険事務局長に届け出たもの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、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）

3,000点

注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、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（特別入院基本料を除く。）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。）について、90日を限度として所定点数に加算する。ただし、この場合において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は算定しない。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

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（特別入院基本料を含む。）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 別に厚生労働大臣の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、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） 250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社会保険事務局長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（特別入院基本料を除く。）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。

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社会保険事務局長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4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 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、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33条の4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 精神科棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点

注 医師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す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精神科棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、精神科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 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき） 350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社会保険事務局長に届け出た病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、児童・思春期精神科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。）について、所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

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特定入院料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

区分

A300 救命救急入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------|---------|
| 1 | 7日以内の期間 | |
| イ | 救命救急入院料1 | 9,190点 |
| ロ | 救命救急入院料2 | 10,590点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | |
| イ | 救命救急入院料1 | 7,990点 |
| ロ | 救命救急入院料2 | 9,390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社会保険事務局長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に従い、14日を限度として算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合又は別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、それぞれ1日につき所定点数に100点を加算し、又は所定点数から500点を減算する。

3 注2に規定する加算を算定する保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合は、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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（地域加算を除く。）
- 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

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------|--------|
| 1 | 7日以内の期間 | 8,890点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,690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社会保険事務局長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、14日を限度として算定する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射及び第9部処置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（地域加算を除く。）
- 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

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

8,500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社会保険事務局長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、区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号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21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60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部注射及び第9部処置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（地域加算を除く。）

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 インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

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 7,000点

2 新生児集中治療室管理料 8,600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社会保険事務局長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日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60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部注射及び第9部処置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（地域加算を除く。）

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。）

A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料（1日につき） 7,890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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて広範囲熱傷特定集中治療室管理が行われた場合に、60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部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷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（地域加算を除く。）

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 創傷処置

ト 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 皮膚科軟膏処置

リ 留置カテーテル設置

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 8,890点
- 2 8日以上14日以内の期間 7,690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社会保険事務局長に届け出た感染症法第6条第11項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第12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、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部注射及び第9部処置のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。
 - イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（地域加算を除く。）
 - 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

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 1,980点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関す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（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療養病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。
- 2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。
- 3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第2節に規定する超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算及び地域加算を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

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 3,000点
- 2 小児入院医療管理料2 2,600点
- 3 小児入院医療管理料3 2,100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、地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟及び老人病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。
- 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社会保険事務局長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日につき所定点数に80点を加算する。
- 3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。
- 4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第2節に規定する超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算及び小児療養環境特別加算を除く。）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。
- 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投薬、注射、手術及び麻酔の費用並びに第2節に規定する超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、小児療養環境特別加算及び児童・思春期精神科入院医療管理加算を除く。）は小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

れるものとする。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき） 1,680点

注1 別に厚生労働大臣が定める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社会保険事務局長に届け出た病棟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、当該病棟に入院した日から起算して180日を限度として所定点数を算定する。

2 診療に係る費用（当該患者に対して行ったリハビリテーションの費用及び第2節に規定する地域加算を除く。）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。

A 3 0 9 特殊疾患療養病棟入院料（1日につき）

1 特殊疾患療養病棟入院料1 1,980点

2 特殊疾患療養病棟入院料2 1,600点

注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方社会保険事務局長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日につき所定点数に600点を加算する。

3 診療に係る費用（注2に規定する加算並びに第2節に規定する超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算及び地域加算を除く。）は、特殊疾患療養病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき） 3,780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社会保険事務局長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。

2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算並びに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を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき） 2,800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社会保険事務局長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。

2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、精神科措置入院診療加算及び精神科応急入院施設管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法、同章第10部手術、同章第11部麻酔及び同章第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。

A 3 1 1 - 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 1,640点

2 精神科急性期治療病棟入院料2 1,580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社会保険事務局長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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、精神科措置入院診療加算及び精神科応急入院施設管理加算並びに第2章第8部精神科専門療法、同章第10部手術、同章第11部麻酔及び同章第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。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

- | | |
|---------------|--------|
| 1 精神療養病棟入院料 1 | 1,090点 |
| 2 精神療養病棟入院料 2 | 600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社会保険事務局長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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算及び精神科措置入院診療加算並びに第2章第8部精神科専門療法に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料1に含まれるものとする。

3 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算を除く。）は、精神療養病棟入院料2に含まれるものとする。

A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理料

注 老人医科点数表の老人一般病棟入院医療管理料の例により算定する。

A 3 1 4 老人性痴呆疾患治療病棟入院料

注 老人医科点数表の老人性痴呆疾患治療病棟入院料の例により算定する。

A 3 1 5 老人性痴呆疾患療養病棟入院料

注 老人医科点数表の老人性痴呆疾患療養病棟入院料の例により算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- | | |
|---------------|--------|
| 1 短期滞在手術基本料 1 | 2,800点 |
| 2 短期滞在手術基本料 2 | 4,800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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術基本料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 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸

性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）、過酸化脂質、イオン化カルシウム及び赤血球コプロポルフィリン定性

ホ 感染症血清反応

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒（TDH）検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ 心電図検査

区分番号D208の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E001の1に掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E002の1に掲げるもの

ル 麻酔管理料

区分番号L009に掲げるもの

3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは短期滞在手術基本料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（地域加算を除く。）

ハ 注2のイからルまでに掲げるもの

第2章 特掲診療料

第1部 指導管理等

区分

B000 特定疾患療養指導料

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 診療所の場合 | 225点 |
| 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 | 147点 |
| 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87点 |

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指導を行った場合に、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 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。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

- | | |
|--------------|------|
| イ ウイルス疾患指導料1 | 240点 |
|--------------|------|

- ロ ウイルス疾患指導料 2 330点
- 注 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指導料を算定している患者については算定しない。
- 2 特定薬剤治療管理料 500点
- 注1 ジギタリス製剤、テオフィリン、不整脈用剤、抗てんかん剤、ハロペリドール製剤若しくはリチウム製剤を投与している患者、アミノ配糖体抗生物質若しくはグリコペプチド系抗生物質等を投与している入院中の患者又は免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者、重症の再生不良性貧血、赤芽球癆の患者若しくはベーチェット病の患者（眼症状を伴うものに限る。）等に対して、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 ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積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800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月目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 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、所定点数に3,000点を加算し、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、所定点数に300点を加算する。
- 6 注1に掲げられていない薬物血中濃度の測定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に掲げられている測定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。
- 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料褥瘡
- イ 測定方法が一般的なもの 240点
- ロ 測定方法が精密なもの
- (1) 1項目の場合 390点
- (2) 2項目以上の場合 430点
- 注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、 α -フエトプロテイン（AFP）、免疫抑制酸性蛋白（IAP）及び尿中BTAに係る検査のうち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。
- 2 ロについては、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、ロの所定点数に160点を加算する。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つては、ロの所定点数のみにより算定する。