

「日医標準レセプトソフト」

令和4年4月診療報酬改定対応  
(入院)

初版

2022年3月24日

日本医師会 ORCA 管理機構

## = 目次 =

■入院医療の改定	3
1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」設定の切り替え	4
2. システム管理「5001 病棟管理情報」設定の切り替え	5
3. システム管理「5002 病室管理情報」設定の切り替え	6
4. 入院登録画面で表示する短期滞在手術等基本料3の設定	6
5. 入院会計の一括置換プログラム	7
入院料等（入院基本料）	8
A100 一般病棟入院基本料	8
A101 療養病棟入院基本料	8
A104 特定機能病院入院基本料	10
A106 障害者施設等入院基本料	10
A108 有床診療所入院基本料	13
A109 有床診療所療養病床入院基本料	13
入院料等（入院基本料等加算）	15
A200-2 急性期体制充実加算（病院・診療所）	15
A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療（病院・診療所）	15
A205 救急医療管理加算（病院・診療所）	15
A207-2 医師事務作業補助体制加算（病院・診療所）	16
A207-3 急性期看護補助体制加算（病院）	16
A207-4 看護職員夜間配置加算	17
A214 看護補助加算	17
A225 放射線治療病室管理加算	17
A231-3 依存症入院医療管理加算	18
A234-2 感染対策向上加算	18
A234-4 重症患者初期支援充実加算	19
A234-5 報告書管理体制加算	19
A237 ハイリスク分娩管理加算	20
A242-2 術後疼痛管理チーム加算	20
A246 入院支援加算（退院時1回）	20
A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）	21
A252 地域医療体制確保加算（入院初日）	21
入院料等（特定入院料）	22
A300 救命救急入院料	22
A301 特定集中治療室管理料	25
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	27
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	27
A301-4 小児特定集中治療室管理料	27
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	28
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	28
A306 特殊疾患入院医療管理料	29
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	29
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	30
A309 特殊疾患病棟入院料	36

A 3 1 0	緩和ケア病棟入院料.....	37
A 3 1 1	精神科救急急性期医療入院料（旧 精神科救急入院料）.....	37
A 3 1 1 - 2	精神科急性期治療病棟入院料.....	38
A 3 1 1 - 3	精神科救急・合併症入院料.....	38
A 3 1 9	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料.....	39
	短期滞在手術基本料.....	41
A 4 0 0	短期滞在手術等基本料.....	41

**■入院医療の改定**

今回の改定では、入院料の施設基準見直し、入院料加算の追加及び点数変更、算定要件の見直し、短期滞在手術等基本料3の見直しが主な内容となります。プログラム更新及びマスタ更新を実施した後、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」について有効期間の切り替えと設定項目の再設定を行ってください。（「5003 短期滞在手術等基本料3情報」は切り替え必須ではありませんが、対象手術の改正対応があることから、算定を行っている場合、切り替えを行うことを推奨します。）

既に4月分以降の入院会計を改定前の内容で作成済みの場合であって、算定点数に変更がある場合は、システム管理の登録後に「31 入退院登録」から4月1日異動日で異動処理を行うか、「52 月次統計」業務より、入院会計の一括置換プログラムを実行して入院会計の更新を行ってください。

システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」及び「5001 病棟管理情報」については改定により算定コードが変更になっているものがあることから、有効期間の開始日が令和4年4月1日からとなる期間を必ず追加設定してください。

## 1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」設定の切り替え

プログラム更新及びマスタ更新後にシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で令和4年4月以降に設定可能となる入院料加算は次頁の表となります。システム管理の有効開始日を令和4年4月1日以降とすることで設定が可能となることから、以下の手順で有効期間の切り替えを行ってください。

**有効期間「令和3年10月1日～99999999」のデータが存在している場合**

- (1). (W01)システム管理情報設定画面で選択番号の入力、又はマウスでの選択により、有効期間「令和3年10月1日～99999999」のデータを選択し、「確定」(F12)を押下します。
- (2). (W24)システム管理情報－医療機関入院基本情報設定画面の右上に表示される有効期間が「R 4.4.1」～「99999999」と表示されていることを確認し、入院料加算の設定を行った後、「登録」(F12)を押下してください。
- (3). 再度 (W01) システム管理情報設定画面で、令和4年4月1日から開始となるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」が存在していることを確認してください。

**新規導入でシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」のデータが存在しない場合**

- (1). (W01)システム管理情報設定画面で有効年月日に「00000000～99999999」を入力し、「確定(F12)」を押下します。
- (2). (W24)システム管理情報－医療機関入院基本情報設定画面の右上に表示される有効期間が「R 4.4.1」～「99999999」と表示されていることを確認し、入院料加算等の設定を行った後、「登録(F12)」を押下してください。
- (3). (W01) システム管理情報設定画面で、令和4年4月1日開始日となるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」が存在していることを確認してください。

## システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」に設定可能な入院料加算

令和4年4月1日から	
病 院	A 2 3 4 感染対策向上加算 1
	A 2 3 4 感染対策向上加算 2
	A 2 3 4 感染対策向上加算 3 (追加)
診療所	A 2 3 4 感染対策向上加算 1
	A 2 3 4 感染対策向上加算 2
	A 2 3 4 感染対策向上加算 3 (追加)

**【画面設定することにより(I01)入退院登録画面で加算算定有無を表示する加算の取り扱い】**

190135470 有床診療所一般病床初期加算（有床診療所入院基本料）（診療所・令和4年3月迄）

- ↳ （新設）×有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）  
 （新設）×有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）

190135670 救急・在宅等支援療養病床初期加算（有床診療所療養病床入院基本料）（診療所・令和4年3月迄）

- ↳ （新設）×有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算  
 （新設）×有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算

- 190142970 ○救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般入院基本料）（病院・継続）  
 190152470 ○救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）（病院・継続）  
 190201870 ○在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料）（病院・継続）  
 190212470 在宅患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）（病院・令和4年3月迄）  
     ↳（新設）×在宅患者支援病床初期加算（介護老人保健施設から入院した患者）  
     （新設）×在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）

×は未対応の加算

○は引き続き算定可能な加算

このことから、令和4年4月以降のシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」は一般病床初期加算コンボは設定不可（非活性）とします。

## 2. システム管理「5001 病棟管理情報」設定の切り替え

マスタ更新及びプログラム更新後にシステム管理「5001 病棟管理情報」で病棟の有効開始日を令和4年4月以降に設定すると、改正後の入院料及び入院料加算が設定可能となります。病棟有効開始日の切り替えは選択番号の入力、又はマウスでの選択により該当病棟を表示した後、有効期間の開始日欄に令和4年4月1日上書き入力し、他の項目を設定した後に「追加(F6)」を押下することで登録が可能です。

「追加(F6)」押下時に「有効期間の重複するデータが存在します。前の期間を区切りますか」と確認メッセージが表示されたら「OK(F12)」を押下し登録を続行してください。

システム管理「5001 病棟管理情報」で設定可能な入院料

令和4年4月1日から	
病院	地域包括ケア病棟入院料（療養病床） 地域包括ケア病棟入院料の注9、10、11、12に定められたもの 精神科救急急性期医療入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
診療所	変更なし

### 3. システム管理「5002 病室管理情報」設定の切り替え

マスタ更新及びプログラム更新後にシステム管理「5002 病室管理情報」で病室の有効開始日を令和4年4月以降に設定すると、改正後の入院料及び入院料加算が設定可能となります。病室有効開始日の切り替えは選択番号の入力、又はマウスでの選択により該当病室を表示した後、有効期間の開始日欄に令和4年4月1日上書き入力し、他の項目を設定した後に「追加(F6)」を押下することで登録が可能です。

「追加(F6)」押下時に「有効期間の重複するデータが存在します。前の期間を区切りますか」と確認メッセージが表示されたら「OK(F12)」を押下し登録を続行してください。

システム管理「5002 病室管理情報」で設定可能な入院料及び入院料加算

令和4年4月1日から	
病院	地域包括ケア入院医療管理料（療養病床） 地域包括ケア入院医療管理料の注9、10、11、12に定められたもの
診療所	変更なし

### 4. 入退院登録画面で表示する短期滞在手術等基本料3の設定

短期滞在手術基本料3について対象手術等の削除に伴い、システム管理「5003 短期滞在手術等基本料3情報」を令和4年4月1日開始の有効期間で改めて登録することで、有効な対象手術の表示に切り替わります。

管理コード「5003 短期滞在手術等基本料3情報」について有効期間[R 2. 4. 1~9999999]の設定を選択し「(W37)システム管理情報—短期滞在手術等基本料3情報」画面に遷移すると、有効期間「R 4. 4. 1 ~ 9999999」の設定画面が表示されるので、令和4年4月以降に入退院登録画面で表示選択を行う対象手術を設定してください。

※有効期間[R 2. 4. 1~9999999]で選択済みの設定は令和4年4月の設定に自動的に引継がれます。

## 5. 入院会計の一括置換プログラム

改正によるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」の設定変更を行った後、4月分の入院会計を再作成する必要があります。(算定入院料に変更が無い場合であっても、算定点数変動している場合は入院会計の再作成が必要となります。)

また、システム管理の設定変更後であっても3月入院月で入院登録を実施した場合は入院日時点のシステム管理設定内容に基づいて2ヶ月分の入院会計を作成していることから、この場合についても4月分の入院会計再作成が必要となります。

この入院会計再作成を一括処理で可能とするプログラムを提供します。

以下の処理手順により実行してください。

- ① システム管理「3002 統計帳票出力情報(月次)」より処理プログラムの登録を行います。  
「(W01)システム管理情報設定」画面の区分コードは未使用の番号を数字3桁で指定し、有効年月日は00000000~99999999としてください。  
確定ボタン(F12)押下で「(W10)システム管理情報－統計帳票出力情報」に遷移し、以下の項目を入力し登録します。

帳票名	入院会計一括置換		
プログラム名	ORCBNYUINCHG		
帳票パラメタ1	対象処理年月	YM	(必須項目)
帳票パラメタ2	対象病棟番号	BTUNUM	(任意項目)

- ② システム管理に登録したプログラムを「52 月次統計」業務より実行します。  
対象処理年月に令和4年4月を指定します。(西暦、和暦どちらでもかまいません)  
病棟を指定して処理を行いたい場合については対象病棟番号を指定します。(未設定の場合は全病棟を対象に処理を行います。)
- ③ 処理が終了すると「入院会計一括置換リスト」が作成されるので、更新後の(141)入院会計照会画面と併せて更新結果を確認してください。

## [制限事項]

以下に該当する患者は入院会計一括置換の処理対象外です。

- ・ 特定入院料を算定する患者
- ・ 処理対象月に入院登録、異動処理を実施された患者
- ・ 処理対象月に退院登録済みの患者
- ・ 処理対象月に入院会計が未作成の患者

## 入院料等（入院基本料）

**A100 一般病棟入院基本料**

急性期一般入院基本料について、施設基準における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準を変更することに伴い、以下の入院料の評価を見直す。なお、令和4年3月31日時点において、急性期一般入院料6に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。

急性期一般入院料6	1,408点	⇒	急性期一般入院料6（経過措置）	1,408点
急性期一般入院料7	1,382点	⇒	急性期一般入院料6	1,382点

## 〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における急性期一般入院料6の算定については、令和4年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。

**A101 療養病棟入院基本料**

## 【注1の見直し】

## （見直し前）

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「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、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の入院料Iを算定する。

## （見直し後）

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「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、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、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥えん下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、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の入院料Iを算定する。

## 【注11の見直し】

## （見直し前）

注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設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、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

（見直し後）

注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設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、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。

〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。

【注12の見直し】

（見直し前）

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、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。

（見直し後）

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

〔新設〕

190240110	看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）	55点
-----------	-----------------------	-----

**A104 特定機能病院入院基本料****【注11の追加】**

別に厚生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A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算 270点

**[対象患者]**

特定機能病院入院基本料を算定している患者

**[新設]**

190240210	入院栄養管理体制加算（特定機能病院入院基本料）	270点
-----------	-------------------------	------

**【注12の追加】**

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。

栄養情報提供加算 50点

**[新設]**

190240310	栄養情報提供加算（特定機能病院入院基本料）	50点
-----------	-----------------------	-----

**A106 障害者施設等入院基本料**

障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病棟に入院してから90日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

**【注5の見直し】**

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まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969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、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

## 【注9の見直し】

別に厚生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（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。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、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 14日以内の期間 141点 ⇒ イ 看護補助加算  
 ロ 15日以上30日以内の期間 116点 ⇒ (1) 14日以内の期間 146点  
(2) 15日以上30日以内の期間 121点  
ロ 看護補助体制充実加算  
(1) 14日以内の期間 151点  
(2) 15日以上30日以内の期間 126点

## [新設]

190240470	看護補助体制充実加算（14日以内）（障害者施設等入院基本料）	151点
190240570	看護補助体制充実加算（15日～30日）（障害者施設等入院基本料）	126点

## 【注12の追加】

当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロ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、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

- イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合  
 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,345点  
 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,221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 1,207点  
 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,084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 1,118点  
 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 995点

## [算定方法]

(I01)入退院登録画面で障害者施設等入院基本料の選択時、名称に（重度除く）と付加された入院料を選択登録してください。

## [新設]

190240610	障害者施設等7対1入院基本料（区分2）（重度除く）	1,345点
190240710	障害者施設等7対1入院基本料（区分1）（重度除く）	1,221点
190240810	障害者施設等10対1入院基本料（区分2）（重度除く）	1,345点
190240910	障害者施設等10対1入院基本料（区分1）（重度除く）	1,221点

190241010	障害者施設等 13 対 1 入院基本料 (区分 2) (重度除く)	1,207 点
190241110	障害者施設等 13 対 1 入院基本料 (区分 1) (重度除く)	1,084 点
190241210	障害者施設等 15 対 1 入院基本料 (区分 2) (重度除く)	1,118 点
190241310	障害者施設等 15 対 1 入院基本料 (区分 1) (重度除く)	995 点
(夜勤時間超過減算)		
190241410	障害者施設等 7 対 1 入院基本料 (区分 2・夜勤超過減算・重度除く)	1,143 点
190241510	障害者施設等 7 対 1 入院基本料 (区分 1・夜勤超過減算・重度除く)	1,038 点
190241610	障害者施設等 10 対 1 入院基本料 (区分 2・夜勤超過減算・重度除く)	1,143 点
190241710	障害者施設等 10 対 1 入院基本料 (区分 1・夜勤超過減算・重度除く)	1,038 点
190241810	障害者施設等 13 対 1 入院基本料 (区分 2・夜勤超過減算・重度除く)	1,026 点
190241910	障害者施設等 13 対 1 入院基本料 (区分 1・夜勤超過減算・重度除く)	921 点
190242010	障害者施設等 15 対 1 入院基本料 (区分 2・夜勤超過減算・重度除く)	950 点
190242110	障害者施設等 15 対 1 入院基本料 (区分 1・夜勤超過減算・重度除く)	846 点

**A 1 0 8 有床診療所入院基本料****【注 3 の見直し】**

(廃止)

## ◆有床診療所一般病床初期加算 150点

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、介護医療院、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

(新設)

## ◆有床診療所急性期患者支援病床初期加算 1日につき150点

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については、転院した日から起算して21日を限度

## ◆有床診療所在宅患者支援病床初期加算 1日につき300点

治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度

[廃止]

190135470	有床診療所一般病床初期加算（有床診療所入院基本料）	150点
-----------	---------------------------	------

[新設]

190242210	有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）	150点
190242310	有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）	300点

**【注 6 の見直し】**

ハ 夜間看護配置加算 1 100点 ⇒ 105点

ニ 夜間看護配置加算 2 50点 ⇒ 55点

**A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料****【注 6 の見直し】**

(見直し前)

別に厚生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、介護医療院、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。

(見直し後)

別に厚生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については、転院した日から起算して 21 日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき 300 点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して 21 日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき 350 点を所定点数に加算する。

(廃止)

救急・在宅等支援療養病床初期加算（有床診療所療養病床入院基本料） 150点

## 〔新設〕

- ◆有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算 1日につき300点
- ◆有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算 1日につき350点

## 〔廃止〕

190135670	救急・在宅等支援療養病床初期加算（有床診療所療養病床入院基本料）	150点
-----------	----------------------------------	------

## 〔新設〕

190242410	有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（診療養入院）	300点
190242510	有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（診療養入院）	350点

## 【注12の追加】

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に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

- ◆慢性維持透析管理加算（有床診療所療養病床入院基本料） 1日につき100点

## 〔新設〕

190242610	慢性維持透析管理加算（有床診療所療養病床入院基本料）	100点
-----------	----------------------------	------

## 入院料等（入院基本料等加算）

**A200-2 急性期体制充実加算（病院）**

## 【新設】

- ◆1 7日以内の期間 460点
- ◆2 8日以上11日以内の期間 250点
- ◆3 12日以上14日以内の期間 180点

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供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、急性期充実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、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

## 【新設】

190242710	急性期充実体制加算（7日以内の期間）	460点
190242810	急性期充実体制加算（8日以上11日以内の期間）	250点
190242910	急性期充実体制加算（12日以上14日以内の期間）	180点

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した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に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

## 【新設】

190243010	精神科充実体制加算	30点
-----------	-----------	-----

**A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療（病院・診療所）**

## 【新設】

- ◆紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点

## 【新設】

190243110	紹介受診重点医療機関入院診療加算	800点
-----------	------------------	------

**A205 救急医療管理加算（病院・診療所）**

## 【点数見直し】

- |                   |   |                    |
|-------------------|---|--------------------|
| ◆1 救急医療管理加算1 950点 | ⇒ | 1 救急医療管理加算1 1,050点 |
| ◆2 救急医療管理加算2 350点 |   | 2 救急医療管理加算2 420点   |

**A207-2 医師事務作業補助体制加算（病院・診療所）****【点数の見直し】****1 医師事務作業補助体制加算 1**

イ	15 対 1 補助体制加算	970 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	758 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	630 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	545 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	455 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	375 点
ト	75 対 1 補助体制加算	295 点
チ	100 対 1 補助体制加算	248 点

**2 医師事務作業補助体制加算 2**

イ	15 対 1 補助体制加算	910 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	710 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	590 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	510 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	430 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	355 点
ト	75 対 1 補助体制加算	280 点
チ	100 対 1 補助体制加算	238 点

**1 医師事務作業補助体制加算 1**

イ	15 対 1 補助体制加算	1,050 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	835 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	705 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	610 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	510 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	430 点
ト	75 対 1 補助体制加算	350 点
チ	100 対 1 補助体制加算	300 点

**2 医師事務作業補助体制加算 2**

イ	15 対 1 補助体制加算	975 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	770 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	645 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	560 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	475 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	395 点
ト	75 対 1 補助体制加算	315 点
チ	100 対 1 補助体制加算	260 点

**A207-3 急性期看護補助体制加算（病院）****【点数の見直し】**

イ	夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算	120 点
ロ	夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	115 点
ハ	夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算	100 点



イ	夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算	125 点
ロ	夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	120 点
ハ	夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算	105 点

**【注4の追加】**

4 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に係る十分な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、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

◆看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算） 5点（1日につき）

**[新設]**

190243210	看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算）	5点
-----------	-------------------------	----

**A207-4 看護職員夜間配置加算****【点数の見直し】**

## 1 看護職員夜間12対1配置加算

イ 看護職員夜間12対1配置加算1 105点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 85点

## 2 看護職員夜間16対1配置加算

イ 看護職員夜間16対1配置加算1 65点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 40点



## 1 看護職員夜間12対1配置加算 1

イ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

## 2 看護職員夜間16対1配置加算

イ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

**A214 看護補助加算****【点数の見直し】**

◆夜間75対1看護補助加算 50点 =&gt; 55点

**【注4の追加】**

4 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に係る十分な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、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

◆看護補助体制充実加算 5点

**[新設]**

190243370	看護補助体制充実加算（看護補助加算）	5点
-----------	--------------------	----

**A225 放射線治療病室管理加算**

◆A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）2,500点



## A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）

◆1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点

◆2 密封小線源による治療の場合 2,200点

**[新設]**

190243410	放射線治療病室管理加算（治療用放射性同位元素による治療）	6,370点
190243510	放射線治療病室管理加算（密封小線源による治療）	2,200点

**[廃止]**

190106670	放射線治療病室管理加算	2,500点
-----------	-------------	--------

**A 2 3 1 - 3 依存症入院医療管理加算**

【名称の見直し】

◆重度アルコール依存症入院医療管理加算 => ◆依存症入院医療管理加算

**A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算**

【名称の見直し】

◆感染防止対策加算 => ◆感染対策向上加算

<p>A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日）</p> <p>◆ 1 感染防止対策加算 1 390点</p> <p>◆ 2 感染防止対策加算 2 90点</p>		<p>A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）</p> <p>◆ 1 感染対策向上加算 1 710点</p> <p>◆ 2 感染対策向上加算 2 175点</p> <p>◆ 3 感染対策向上加算 3 75点</p>
--	---	---

[新設]

190243810	感染対策向上加算 3	75点
-----------	------------	-----

【注 1 から注 3 の見直し】

【注 4 の追加】

改正前	改正後
<p>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。</p> <p>2 感染防止対策加算 1 を算定する場合について、感染防止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、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。</p> <p>（廃止）感染防止対策地域連携加算 100点</p> <p>3 感染防止対策加算 1 を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制に</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>（新設）指導強化加算（感染対策向上加算 1）30点</p> <p>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</p>

<p>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、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> <p>(廃止) 抗菌薬適正使用支援加算 100点</p>	<p>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。</p> <p>(新設) 連携強化加算(感染対策向上加算2又は3) 30点</p> <p>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。</p> <p>(新設) サーベイランス強化加算(感染対策向上加算2又は3) 5点</p>
---	---

190243770	指導強化加算(感染対策向上加算1)	30点
190243970	連携強化加算(感染対策向上加算2又は3)	30点
190244070	サーベイランス強化加算(感染対策向上加算2又は3)	5点
[廃止]		
190147470	感染防止対策地域連携加算	100点
190206870	抗菌薬適正使用支援加算	100点

#### A 2 3 4 - 4 重症患者初期支援充実加算

【新設】

◆重症患者初期支援充実加算(1日につき) 300点

[新設]

190244110	重症患者初期支援充実加算	300点
-----------	--------------	------

#### A 2 3 4 - 5 報告書管理体制加算

【新設】

◆報告書管理体制加算(退院時1回) 7点

[新設]

190244210	報告書管理体制加算	7点
-----------	-----------	----

**A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算**

◆ハイリスク分娩管理加算 3,200点  
（1入院に限り8日を限度）



ハイリスク分娩管理加算

- 1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点
- 2 地域連携分娩管理加算 3,200点

上記1、2いずれも1入院に限り8日を限度

[新設]

190244310	地域連携分娩管理加算	3,200点
-----------	------------	--------

**A 2 4 2-2 術後疼痛管理チーム加算**

【新設】

◆術後疼痛チーム管理加算（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L008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。

[新設]

190244410	術後疼痛管理チーム加算	100点
-----------	-------------	------

**A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）**

1 入退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料の場合 1,200点

2・3（略）



1 入退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料の場合 700点
- ロ 療養病棟入院基本料の場合 1,300点

2・3（略）

**A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（1日につき）**

1 (略)

2 精神科急性期医師配置加算 2

イ (略)

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合  
500点

3 精神科急性期医師配置加算 3 450点



1 (略)

2 精神科急性期医師配置加算 2

イ (略)

ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合  
450点

3 精神科急性期医師配置加算 3 400点

**A 2 5 2 地域医療体制確保加算（入院初日）**

◆地域医療体制確保加算 520点



◆地域医療体制確保加算 620点

入院料等（特定入院料）

### A300 救命救急入院料

急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

#### 【注1の見直し】

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、別に厚生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であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったもの）にあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

#### 1 救命救急入院料1（急性血液浄化等の患者）

- イ 3日以内の期間 10,223点
- ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点
- ハ 8日以上7日以内の期間 7,897点

#### 2 救命救急入院料2（急性血液浄化等の患者）

- イ 3日以内の期間 11,802点
- ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点
- ハ 8日以上7日以内の期間 9,371点

#### 3 救命救急入院料3（急性血液浄化等の患者）

- イ 救命救急入院料
  - (1) 3日以内の期間 10,223点
  - (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点
  - (3) 8日以上7日以内の期間 7,897点
- ロ (略)

#### 4 救命救急入院料4（急性血液浄化等の患者）

- イ 救命救急入院料
  - (1) 3日以内の期間 11,802点
  - (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点
  - (3) 8日以上7日以内の期間 9,371点
- ロ (略)

#### [算定方法]

(I01) 特定入院料選択コンボで救命救急入院料を選択時に、当該コンボ横の算定要件コンボで「急性血液浄化等の患者」が選択可能です。該当する患者はこれを選択した上で入院登録を行ってください。

## [API 使用時の算定方法]

入退院登録 API (/orca31/hsptinfmodv2) で急性血液浄化等の算定を行う場合は Hospital\_Charge\_NotApplicable に 6 をセットしてください。

※Hospital\_Charge は病室で設定されている特定救命救急入院料の算定コードをセットしてください。

## [新設]

190244510	救命救急入院料 1 (3日以内) (急性血液浄化等の患者)	10,223 点
190244610	救命救急入院料 1 (4～7日以内) (急性血液浄化等の患者)	9,250 点
190244710	救命救急入院料 1 (8日以上) (急性血液浄化等の患者)	7,897 点
190244810	救命救急入院料 2 (3日以内) (急性血液浄化等の患者)	11,802 点
190244910	救命救急入院料 2 (4～7日以内) (急性血液浄化等の患者)	10,686 点
190245010	救命救急入院料 2 (8日以上) (急性血液浄化等の患者)	9,371 点
190245110	救命救急入院料 3 (3日以内) (急性血液浄化等の患者)	10,223 点
190245210	救命救急入院料 3 (4～7日以内) (急性血液浄化等の患者)	9,250 点
190245310	救命救急入院料 3 (8日以上) (急性血液浄化等の患者)	7,897 点
190245410	救命救急入院料 4 (3日以内) (急性血液浄化等の患者)	11,802 点
190245510	救命救急入院料 4 (4～7日以内) (急性血液浄化等の患者)	10,686 点
190245610	救命救急入院料 4 (8日以上) (急性血液浄化等の患者)	9,371 点

## 【注2の見直し】

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っ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、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A 2 4 8 に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。

- イ 別に厚生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った場合 7,000 点  
 ロ イ以外の場合 3,000 点

## [新設]

190245710	精神疾患診断治療初回加算 (施設基準適合) (救命救急入院料)	7,000 点
-----------	---------------------------------	---------

## 【注8の追加】

8 別に厚生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に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

## [新設]

190245810	早期離床・リハビリテーション加算 (救命救急入院料)	500 点
-----------	----------------------------	-------

## 【注 9 の追加】

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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

[新設]

190245910	早期栄養介入管理加算（救命救急入院料）	250 点
190246010	早期栄養介入管理加算（経腸栄養）（救命救急入院料）	400 点

## 【注 10 の追加】

10 注 2 のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。

[新設]

190246110	精神疾患診断治療初回加算（退院時）（救命救急入院料）	2,500 点
-----------	----------------------------	---------

## 【注 11 の追加】

11 重症患者の対応に係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病室に入院している患者（救命救急入院料 2 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の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 3 日以内の期間 750 点
- ロ 4 日以上 7 日以内の期間 500 点
- ハ 8 日以上 14 日以内の期間 300 点

[新設]

190246210	重症患者対応体制強化加算（3 日以内の期間）（救命救急入院料）	750 点
190246310	重症患者対応体制強化加算（4 日以上 7 日以内）（救命救急入院料）	500 点
190246410	重症患者対応体制強化加算（8 日以上 14 日以内）（救命救急入院料）	300 点

### A301 特定集中治療室管理料

急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

#### 【注1の見直し】

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、必要があっ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。）にあっては60日、別に厚生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であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするもの）にあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 1 特定集中治療室管理料1（急性血液浄化等の患者）
  - イ 7日以内の期間 14,211点
  - ロ 8日以上期間 12,633点
- 2 特定集中治療室管理料2（急性血液浄化等の患者）
  - イ 特定集中治療室管理料
    - (1) 7日以内の期間 14,211点
    - (2) 8日以上期間 12,633点
  - ロ (略)
- 3 特定集中治療室管理料3（急性血液浄化等の患者）
  - イ 7日以内の期間 9,697点
  - ロ 8日以上期間 8,118点
- 4 特定集中治療室管理料4（急性血液浄化等の患者）
  - イ 特定集中治療室管理料
    - (1) 7日以内の期間 9,697点
    - (2) 8日以上期間 8,118点
  - ロ (略)

#### [算定方法]

(I01) 特定入院料選択コンボで特定集中治療室管理料を選択時に、当該コンボ横の算定要件コンボで「急性血液浄化等の患者」が選択可能です。該当する患者はこれを選択した上で入院登録を行ってください。

#### [API 使用時の算定方法]

入退院登録 API (/orca31/hsptinfmodv2) で急性血液浄化等の算定を行う場合は Hospital\_Charge\_NotApplicable に 6 をセットしてください。

※Hospital\_Charge は病室で設定されている特定集中治療室管理料の算定コードをセットしてください。

## [新設]

190246510	特定集中治療室管理料1（7日以内）（急性血液浄化等の患者）	14,211点
190246610	特定集中治療室管理料1（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	12,633点
190246710	特定集中治療室管理料2（7日以内）（急性血液浄化等の患者）	14,211点
190246810	特定集中治療室管理料2（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	12,633点
190246910	特定集中治療室管理料3（7日以内）（急性血液浄化等の患者）	9,697点
190247010	特定集中治療室管理料3（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	8,118点
190247110	特定集中治療室管理料4（7日以内）（急性血液浄化等の患者）	9,697点
190247210	特定集中治療室管理料4（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	8,118点

## 【注3の見直し】

基本診療料の施設基準等第九の三の（7）に規定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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

- （変更）190219270 早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料） 400点  
 ⇒ 早期栄養介入管理加算（経腸栄養）（特定集中治療室管理料）400点  
 （新設）190247310 早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料） 250点

190247310	早期栄養介入管理加算（特定集中治療室管理料）	250点
-----------	------------------------	------

## 【注4の追加】

4 重症患者の対応に係る体制につき基本診療料の施設基準等第九の三の（8）に規定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病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

190247670	重症患者対応体制強化加算（3日以内）（特定集中治療室管理料）	750点
190247570	重症患者対応体制強化加算（4～7日以内）（特定集中治療室管理料）	500点
190247470	重症患者対応体制強化加算（8～14日以内・特定集中治療室管理料）	300点

**A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料****【注3の追加】**

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室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

190247710	早期離床・リハビリテーション加算（ハイケア）	500点
-----------	------------------------	------

**【注4の追加】**

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室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

190247810	早期栄養介入管理加算（ハイケア）	250点
190247910	早期栄養介入管理加算（経腸栄養）（ハイケア）	400点

**A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料****【注3の追加】**

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室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

190248070	早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケア）	500点
-----------	-------------------------	------

**【注4の追加】**

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室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

190248110	早期栄養介入管理加算（脳卒中ケア）	250点
190248210	早期栄養介入管理加算（経腸栄養）（脳卒中ケア）	400点

**A301-4 小児特定集中治療室管理料****【注3の追加】**

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室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。

190248510	早期離床・リハビリテーション加算（小児特定集中治療室管理料）	500点
-----------	--------------------------------	------

## 【注4の追加】

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室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。

190248310	早期栄養介入管理加算（小児特定集中治療室管理料）	250点
190248410	早期栄養介入管理加算（経腸栄養）（小児特定集中治療室管理料）	400点

## A303 総合周産期特定集中治療室管理料

## 【注1の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては110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。

## 【注3の追加】

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、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。

## 【新設】

190248610	成育連携支援加算	1,200点
-----------	----------	--------

## A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

## 【注1の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140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。

**A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料****【注 6 の追加】**

6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 3（1）の口に規定する医療区分 2 の患者又は第 5 の 3（2）のトに規定する医療区分 1 の患者に相当するものについては、注 1 の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

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

**[算定方法]**

(I01)入退院登録画面の入院料選択コンボで特殊入院医療管理料の名称に（重度意識障害等を除く）が付加された入院料を選択し、入院登録を行ってください。

**[API 使用時の算定方法]**

入退院登録 API (/orca31/hsptinfmodv2) で算定を行う場合は Hospital\_Charge に以下新設された算定コードをセットしてください。

**[新設]**

190248710	特殊疾患入院医療管理料（医療区分 2）（重度意識障害等除く）	1,717 点
190248810	特殊疾患入院医療管理料（医療区分 1）（重度意識障害等除く）	1,569 点

**A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料**

回復期リハビリテーション病棟入院料 5  
 1,736 点（生活療養を受ける場合 1,721 点）  
 回復期リハビリテーション病棟入院料 6  
 1,678 点（生活療養を受ける場合 1,664 点）

回復期リハビリテーション病棟入院料 5  
 1,678 点（生活療養を受ける場合 1,664 点）

**【注 5 の追加】**

5 5 については、算定を開始した日から起算して 2 年（回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 4 を算定していた病棟にあつては、1 年）を限度として算定する。

**[新設]**

190249510	回復期リハビリテーション病棟入院料 5	1,678 点
190249610	回復期リハビリテーション病棟入院料 5（生活療養）	1,664 点

**[名称変更]**

190208710	回復期リハビリテーション病棟入院料 5（経過措置）	1,736 点
190208810	回復期リハビリテーション病棟入院料 5（生活療養）（経過措置）	1,721 点
190208910	回復期リハビリテーション病棟入院料 6（経過措置）	1,678 点
190209010	回復期リハビリテーション病棟入院料 6（生活療養）（経過措置）	1,664 点

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## [現行の算定点数]

1	地域包括ケア病棟入院料 1	2,809 点 (生活療養の場合 2,794 点)
2	地域包括ケア入院医療管理料 1	2,809 点 (生活療養の場合 2,794 点)
3	地域包括ケア病棟入院料 2	2,620 点 (生活療養の場合 2,605 点)
4	地域包括ケア入院医療管理料 2	2,620 点 (生活療養の場合 2,605 点)
5	地域包括ケア病棟入院料 3	2,285 点 (生活療養の場合 2,270 点)
6	地域包括ケア入院医療管理料 3	2,285 点 (生活療養の場合 2,270 点)
7	地域包括ケア病棟入院料 4	2,076 点 (生活療養の場合 2,060 点)
8	地域包括ケア入院医療管理料 4	2,076 点 (生活療養の場合 2,060 点)

## 【注 1 の見直し】

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（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。

## [新設]

190249710	地域包括ケア病棟入院料 1 (療養病床)	2,669 点
190249810	地域包括ケア病棟入院料 1 (生活療養・療養病床)	2,654 点
190250110	地域包括ケア入院医療管理料 1 (療養病床)	2,669 点
190250210	地域包括ケア入院医療管理料 1 (生活療養・療養病床)	2,654 点
190250510	地域包括ケア病棟入院料 2 (療養病床)	2,489 点
190250610	地域包括ケア病棟入院料 2 (生活療養・療養病床)	2,475 点
190252110	地域包括ケア入院医療管理料 2 (療養病床)	2,489 点
190252210	地域包括ケア入院医療管理料 2 (生活療養・療養病床)	2,475 点
190252910	地域包括ケア病棟入院料 3 (療養病床)	2,171 点
190253010	地域包括ケア病棟入院料 3 (生活療養・療養病床)	2,157 点
190253310	地域包括ケア入院医療管理料 3 (療養病床)	2,171 点
190253410	地域包括ケア入院医療管理料 3 (生活療養・療養病床)	2,157 点
190253710	地域包括ケア病棟入院料 4 (療養病床)	1,972 点
190253810	地域包括ケア病棟入院料 4 (生活療養・療養病床)	1,957 点
190255310	地域包括ケア入院医療管理料 4 (療養病床)	1,972 点
190255410	地域包括ケア入院医療管理料 4 (生活療養・療養病床)	1,957 点

## 【注 4 の見直し】

(見直し前)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。

(見直し後)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、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 看護補助者配置加算 160点

## □ 看護補助体制充実加算 165点

[新設]

190262870	看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）	165点
-----------	-------------------------	------

## 【注5の見直し】

(見直し前)

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又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者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し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

(見直し後)

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又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、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 急性期患者支援病床初期加算

(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 150点
- ② ①の患者以外の患者の場合 50点

(2) 許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合

- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 250点
- ② ①の患者以外の患者の場合 125点

## □ 在宅患者支援病床初期加算

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

[新設]

190262970	急性期患者支援病床初期加算（400床以上・他医一般病棟から転棟）	150点
190263070	急性期患者支援病床初期加算（400床以上・1の患者以外）	50点
190263170	急性期患者支援病床初期加算（400床未満・他医一般病棟から	250点

	転棟)	
190263270	急性期患者支援病床初期加算（400床未満・1の患者以外）	125点
190263370	在宅患者支援病床初期加算（介護老人保健施設から入院した患者）	500点
190263470	在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）	400点
[廃止]		
190212370	急性期患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）	150点
190212470	在宅患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）	300点

## 【注7の見直し】

看護職員夜間配置加算 65点 => 70点

## [以下、注9、注10、注11、注12の入院料算定について]

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の注9、注10、注11、注12については令和4年4月1日以降の病棟設定又は、病室設定に「地域包括」の選択コンボを新設しています。該当する注を選択して登録後に入院登録又は異動処理を行ってください。

## [API使用時の算定方法]

入退院登録API (/orca31/hsptinfmodv2) で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の注9、注10、注11、注12の算定を行う場合は病棟設定又は、病室設定に「地域包括」の設定をした上で、Hospital\_Charge は病棟、病室で設定されている注の付加しない特定入院料の算定コードをセットしてください。

## 【注9の見直し】

(見直し前)

9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設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、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

(見直し後)

9 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設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、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

## [新設]

190256110	地域包括ケア病棟入院料2（注9）	2,227点
190256210	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注9）	2,214点
190256910	地域包括ケア病棟入院料4（注9）	1,765点
190257010	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注9）	1,751点
190250710	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注9）	2,116点
190250810	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注9）	2,104点
190253910	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注9）	1,676点
190254010	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注9）	1,663点

## [廃止]

190231310	地域包括ケア病棟特別入院料2	2,358点
-----------	----------------	--------

190231410	地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）	2,345点
190231710	地域包括ケア病棟特別入院料4	1,868点
190231810	地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）	1,854点
190232110	地域包括ケア病棟特別入院料2（特定地域）	2,020点
190232210	地域包括ケア病棟特別入院料2（生活療養）（特定地域）	2,007点
190232510	地域包括ケア病棟特別入院料4（特定地域）	1,597点
190232610	地域包括ケア病棟特別入院料4（生活療養）（特定地域）	1,584点

## 【注10の追加】

10 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

## [新設]

190257710	地域包括ケア病棟入院料3（注10）	2,057点
190257810	地域包括ケア病棟入院料3（生活療養・注10）	2,043点
190257910	地域包括ケア入院医療管理料3（注10）	2,057点
190258010	地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養・注10）	2,043点
190258110	地域包括ケア病棟入院料4（注10）	1,868点
190258210	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注10）	1,854点
190258510	地域包括ケア入院医療管理料4（注10）	1,868点
190258610	地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養・注10）	1,854点
190253110	地域包括ケア病棟入院料3（療養病床・注10）	1,954点
190253210	地域包括ケア病棟入院料3（生活療養・療養病床・注10）	1,941点
190253510	地域包括ケア入院医療管理料3（療養病床・注10）	1,954点
190253610	地域包括ケア入院医療管理料3（生活療養・療養病床・注10）	1,941点
190254110	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注10）	1,775点
190254210	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注10）	1,761点
190255510	地域包括ケア入院医療管理料4（療養病床・注10）	1,775点
190255610	地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養・療養病床・注10）	1,761点

## 【注11の追加】

11 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

## [新設]

190258910	地域包括ケア病棟入院料2（注11）	2,358点
190259010	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注11）	2,345点
190259310	地域包括ケア入院医療管理料2（注11）	2,358点
190259410	地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養・注11）	2,345点
190259710	地域包括ケア病棟入院料4（注11）	1,868点
190259810	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注11）	1,854点

190259910	地域包括ケア入院医療管理料4（注11）	1,868点
190260010	地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養・注11）	1,854点
190250910	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注11）	2,240点
190251010	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注11）	2,227点
190252310	地域包括ケア入院医療管理料2（療養病床・注11）	2,240点
190252410	地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養・療養病床・注11）	2,227点
190254310	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注11）	1,775点
190254410	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注11）	1,761点
190255710	地域包括ケア入院医療管理料4（療養病床・注11）	1,775点
190255810	地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養・療養病床・注11）	1,761点

## 【注12の追加】

12 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

## [新設]

190260110	地域包括ケア病棟入院料1（注12）	2,528点
190260210	地域包括ケア病棟入院料1（生活療養・注12）	2,515点
190260310	地域包括ケア入院医療管理料1（注12）	2,528点
190260410	地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養・注12）	2,515点
190260510	地域包括ケア病棟入院料2（注12）	2,358点
190260610	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注12）	2,345点
190260710	地域包括ケア入院医療管理料2（注12）	2,358点
190260810	地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養・注12）	2,345点
190249910	地域包括ケア病棟入院料1（療養病床・注12）	2,402点
190250010	地域包括ケア病棟入院料1（生活療養・療養病床・注12）	2,389点
190250310	地域包括ケア入院医療管理料1（療養病床・注12）	2,402点
190250410	地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養・療養病床・注12）	2,389点
190251110	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注12）	2,240点
190251210	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注12）	2,227点
190252510	地域包括ケア入院医療管理料2（療養病床・注12）	2,240点
190252610	地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養・療養病床・注12）	2,227点

## [新設]合成コード

190251310	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注9・注11）	1,904点
190251410	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注9・注11）	1,893点
190251510	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注9・注12）	1,904点
190251610	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注9・注12）	1,893点
190251710	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注11・注12）	2,016点
190251810	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・療養病床・注11・注12）	2,005点
190251910	地域包括ケア病棟入院料2（療養病床・注9・注11・注12）	1,714点

190252010	地域包括ケア病棟入院料2（生活・療養病床・注9・注11・注12）	1,704点
190252710	地域包括ケア入院医療管理料2（療養病床・注11・注12）	2,016点
190252810	地域包括ケア入院医療管理料2（生活・療養病床・注11・注12）	2,005点
190254510	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注9・注10）	1,509点
190254610	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注9・注10）	1,497点
190254710	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注9・注11）	1,509点
190254810	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注9・注11）	1,497点
190254910	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注10・注11）	1,597点
190255010	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・療養病床・注10・注11）	1,585点
190255110	地域包括ケア病棟入院料4（療養病床・注9・注10・注11）	1,358点
190255210	地域包括ケア病棟入院料4（生活・療養病床・注9・注10・注11）	1,347点
190255910	地域包括ケア入院医療管理料4（療養病床・注10・注11）	1,597点
190256010	地域包括ケア入院医療管理料4（生活・療養病床・注10・注11）	1,585点
190256310	地域包括ケア病棟入院料2（注9・注11）	2,004点
190256410	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注9・注11）	1,993点
190256510	地域包括ケア病棟入院料2（注9・注12）	2,004点
190256610	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注9・注12）	1,993点
190256710	地域包括ケア病棟入院料2（注9・注11・注12）	1,804点
190256810	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注9・注11・注12）	1,794点
190257110	地域包括ケア病棟入院料4（注9・注10）	1,588点
190257210	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注9・注10）	1,576点
190257310	地域包括ケア病棟入院料4（注9・注11）	1,588点
190257410	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注9・注11）	1,576点
190257510	地域包括ケア病棟入院料4（注9・注10・注11）	1,429点
190257610	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注9・注10・注11）	1,418点
190258310	地域包括ケア病棟入院料4（注10・注11）	1,682点
190258410	地域包括ケア病棟入院料4（生活療養・注10・注11）	1,669点
190258710	地域包括ケア入院医療管理料4（注10・注11）	1,682点
190258810	地域包括ケア入院医療管理料4（生活療養・注10・注11）	1,669点
190259110	地域包括ケア病棟入院料2（注11・注12）	2,122点
190259210	地域包括ケア病棟入院料2（生活療養・注11・注12）	2,110点
190259510	地域包括ケア入院医療管理料2（注11・注12）	2,122点
190259610	地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養・注11・注12）	2,110点

## 入院料と「注」の組み合わせ

入院料	注9	注10	注11	注12
地域包括ケア病棟入院料1				○
地域包括ケア病棟入院料2	○		○	○
地域包括ケア病棟入院料3		○		

地域包括ケア病棟入院料 4	○	○	○	
地域包括ケア入院医療管理料 1				○
地域包括ケア入院医療管理料 2			○	○
地域包括ケア入院医療管理料 3		○		
地域包括ケア入院医療管理料 4		○	○	

### A309 特殊疾患病棟入院料

障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病棟に入院してから90 日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

#### 【注6の追加】

6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）の口に規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

（1） 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点

（2） 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

（1） 医療区分2の患者に相当するもの 1,490点

（2） 医療区分1の患者に相当するもの 1,341点

#### [算定方法]

(I01)入退院登録画面の入院料選択コンボで特殊疾患病棟入院料の名称に（重度意識障害等を除く）が付加された入院料を選択し、入院登録を行ってください。

#### [API 使用時の算定方法]

入退院登録 API (/orca31/hspt infmodv2) で算定を行う場合は

Hospital\_Charge に以下新設された算定コードをセットしてください。

#### [新設]

190263510	特殊疾患病棟入院料1（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1,717点
190263610	特殊疾患病棟入院料1（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1,569点
190263710	特殊疾患病棟入院料2（医療区分2）（重度意識障害等除く）	1,490点
190263810	特殊疾患病棟入院料2（医療区分1）（重度意識障害等除く）	1,341点

**A310 緩和ケア病棟入院料****【点数の見直し】**

1 緩和ケア病棟入院料 1		1 緩和ケア病棟入院料 1	
イ 30日以内の期間	5,207点	イ 30日以内の期間	5,107点
ロ 31日以上60日以内の期間	4,654点	ロ 31日以上60日以内の期間	4,554点
ハ 61日以上の期間	3,450点	ハ 61日以上の期間	3,350点
2 緩和ケア病棟入院料 2		2 緩和ケア病棟入院料 2	
イ 30日以内の期間	4,970点	イ 30日以内の期間	4,870点
ロ 31日以上60日以内の期間	4,501点	ロ 31日以上60日以内の期間	4,401点
ハ 61日以上の期間	3,398点	ハ 61日以上の期間	3,298点

**【注4の追加】**

4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

190263910	緩和ケア疼痛評価加算	100点
-----------	------------	------

**A311 精神科救急急性期医療入院料（旧 精神科救急入院料）**

1 精神科救急入院料 1		精神科救急急性期医療入院料（1日につき）	
イ 30日以内の期間	3,579点	1 30日以内の期間	2,400点
ロ 31日以上の期間	3,145点	2 31日以上60日以内の期間	2,100点
2 精神科救急入院料 2		3 61日以上90日以内の期間	1,900点
イ 30日以内の期間	3,372点		
ロ 31日以上の期間	2,938点		

**[新設]**

190264010	精神科救急急性期医療入院料（30日以内）	2,400点
190264110	精神科救急急性期医療入院料（31日以上60日以内）	2,100点
190264210	精神科救急急性期医療入院料（61日以上90日以内）	1,900点

**[廃止]**

190121010	精神科救急入院料 1（30日以内）	3,579点
190111410	精神科救急入院料 1（31日以上）	3,145点
190130010	精神科救急入院料 2（30日以内）	3,372点
190130110	精神科救急入院料 2（31日以上）	2,938点

**【注6の追加】**

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、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあつては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 精神科救急医療体制加算 1 600点（別に厚生労働大臣が定める場合 360点）

- 精神科救急医療体制加算2 590点（別に厚生労働大臣が定める場合 354点）  
 ハ 精神科救急医療体制加算3 500点（別に厚生労働大臣が定める場合 300点）

## [新設]

190264370	精神科救急医療体制加算1	600点
190264470	精神科救急医療体制加算1（別に厚生労働大臣が定める場合）	360点
190264570	精神科救急医療体制加算2	590点
190264670	精神科救急医療体制加算2（別に厚生労働大臣が定める場合）	354点
190264770	精神科救急医療体制加算3	500点
190264870	精神科救急医療体制加算3（別に厚生労働大臣が定める場合）	300点

## A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

- 1 精神科急性期治療病棟入院料1  
 イ 30日以内の期間 1,997点  
 □ 31日以上90日以内の期間 1,665点  
 2 精神科急性期治療病棟入院料2  
 イ 30日以内の期間 1,883点  
 □ 31日以上90日以内の期間 1,554点



- 1 精神科急性期治療病棟入院料1  
 イ 30日以内の期間 2,000点  
 □ 31日以上60日以内の期間 1,700点  
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,500点  
 2 精神科急性期治療病棟入院料2  
 イ 30日以内の期間 1,885点  
 □ 31日以上60日以内の期間 1,600点  
 ハ 61日以上90日以内の期間 1,450点

## [新設]

190264910	精神科急性期治療病棟入院料1（61日以上90日以内）	1,500点
190265010	精神科急性期治療病棟入院料2（61日以上90日以内）	1,450点

## A311-3 精神科救急・合併症入院料

- 1 30日以内の期間 3,579点  
 2 31日以上90日以内の期間 3,145点



- 1 30日以内の期間 3,600点  
 2 31日以上60日以内の期間 3,300点  
 3 61日以上90日以内の期間 3,100点

## [新設]

190265110	精神科救急・合併症入院料（61日以上90日以内）	3,100点
-----------	--------------------------	--------

**A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟棟入院料**

【新設】（1日につき）

特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点  
（生活療養を受ける場合 2,115点）

## 〔対象患者〕

特定機能病院の一般病棟に入院している患者であって、回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの

## 〔算定要件〕

（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（特定機能病院に限る。）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、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、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）診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、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、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

## 〔施設基準〕

- （1）回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。
- （2）回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。
- （3）心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）及び呼吸器リハビリテーション料（I）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- （4）回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- （5）当該病棟に専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- （6）当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- （7）当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- （8）当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- （9）当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。

- (10) 特定機能病院であること。（当分の間は、令和 4 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）
- (11) 休日を含め、週 7 日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- (12) 当該病棟において、新規入院患者のうち 5 割以上が重症の患者であること。
- (13) 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が 7 割以上であること。
- (14) リハビリテーションの効果に係る実績の指数が 40 以上であること。
- (15) 他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (16) 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (17) 1 病棟に限り届出を行うことができること。

## [新設]

190265310	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	2,129 点
190265210	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（生活療養）	2,115 点

## 短期滞在手術基本料

## 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）2,947点

↓

 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

- イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点
- ロ イ以外の場合 2,718点

[新設]

190265410	短期滞在手術等基本料1（麻酔を伴う手術を行った場合）	2,947点
190265510	短期滞在手術等基本料1（イ以外）	2,718点

[廃止]

190076710	短期滞在手術等基本料1	2,947点
-----------	-------------	--------

## 短期滞在手術等基本料2（1泊2日）の廃止

- 短期滞在手術等基本料2 5,075点 => 削除
- 短期滞在手術等基本料2（生活療養を受ける場合）5,046点 => 削除

[廃止]

190076810	短期滞在手術等基本料2	5,075点
190125310	短期滞在手術等基本料2（生活療養）	5,046点

## 2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日まで）

【評価の見直し】

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの

10,549点（生活療養を受ける場合 10,475点）

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの

8,744点（生活療養を受ける場合 8,670点）

D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT）

11,485点（生活療養を受ける場合 11,411点）

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）

8,312点（生活療養を受ける場合 8,238点）

D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

5,630点（生活療養を受ける場合 5,556点）=>5,040点（生活療養を受ける場合 4,966点）

D413 前立腺針生検法 2 その他のもの

10,309点（生活療養を受ける場合10,235点）=>10,197点（生活療養を受ける場合10,123点）

K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ留置術

33,572点（生活療養を受ける場合 33,498点）

K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 2手、足（手に限る。）

16,224点（生活療養を受ける場合 16,150点）

K046 骨折観血の手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）

32,937点（生活療養を受ける場合 32,863点）

K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）

20,611点（生活療養を受ける場合 20,537点）

- K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）  
その他（鎖骨に限る。）  
21,057点（生活療養を受ける場合 20,983点）
- K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）  
その他（手に限る。）  
15,180点（生活療養を受ける場合 15,106点）
- K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）  
13,878点（生活療養を受ける場合 13,804点）
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術  
18,448点（生活療養を受ける場合 18,374点）=>17,621点（生活療養を受ける場合17,547点）
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）  
40,943点（生活療養を受ける場合 40,869点）=>35,663点（生活療養を受ける場合35,589点）
- K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの  
11,312点（生活療養を受ける場合 11,238点）
- K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法  
10,654点（生活療養を受ける場合 10,580点）
- K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法  
18,016点（生活療養を受ける場合 17,942点）
- K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの  
16,347点（生活療養を受ける場合 16,273点）
- K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）  
9,431点（生活療養を受ける場合 9,357点）
- K242 斜視手術 2 後転法  
18,326点（生活療養を受ける場合 18,252点）
- K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施  
22,496点（生活療養を受ける場合 22,422点）
- K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は  
帯状角膜変性に係るものに限る。）  
20,426点（生活療養を受ける場合 20,352点）
- K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術  
37,155点（生活療養を受ける場合 37,081点）
- 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）  
19,873点（生活療養を受ける場合 19,799点）=>17,888点（生活療養を受ける場合17,814点）
- 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）  
34,416点（生活療養を受ける場合 34,342点）=>32,130点（生活療養を受ける場合32,056点）
- K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側）  
15,059点（生活療養を受ける場合 14,985点）
- K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）  
25,312点（生活療養を受ける場合 25,238点）
- K318 鼓膜形成手術  
30,571点（生活療養を受ける場合 30,497点）
- K333 鼻骨骨折整復固定術  
18,809点（生活療養を受ける場合 18,735点）
- K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの  
26,312点（生活療養を受ける場合 26,238点）
- K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

- 18,588点（生活療養を受ける場合 18,514点）=>17,302点（生活療養を受ける場合17,228点）
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上**  
**25,366点（生活療養を受ける場合 25,292点）**
- K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1（初回）  
 32,540点（生活療養を受ける場合 32,466点）=>28,842点（生活療養を受ける場合28,768点）
- K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2（1の実施後3ヵ月以内）  
 32,540点（生活療養を受ける場合 32,466点）=>28,884点（生活療養を受ける場合28,810点）
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術  
 21,755点（生活療養を受ける場合 21,681点）=>19,798点（生活療養を受ける場合19,724点）
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）  
 10,411点（生活療養を受ける場合 10,337点）=>9,149点（生活療養を受ける場合9,075点）
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術  
 10,225点（生活療養を受ける場合 10,151点）=>9,494点（生活療養を受ける場合9,420点）
- K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術**  
**23,090点（生活療養を受ける場合 23,016点）**
- K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術**  
**20,130点（生活療養を受ける場合 20,056点）**
- K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術**  
**22,252点（生活療養を受ける場合 22,178点）**
- K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）  
 31,835点（生活療養を受ける場合 31,761点）=>33,785点（生活療養を受ける場合33,711点）
- K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）  
 25,358点（生活療養を受ける場合 25,284点）=>24,296点（生活療養を受ける場合24,222点）
- K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）  
 22,597点（生活療養を受ける場合 22,523点）=>21,275点（生活療養を受ける場合21,201点）
- K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）  
 24,975点（生活療養を受ける場合 24,901点）=>23,648点（生活療養を受ける場合23,574点）
- K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）  
 62,344点（生活療養を受ける場合 62,270点）=>70,492点（生活療養を受ける場合70,418点）
- K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）  
 51,773点（生活療養を受ける場合 51,699点）=>53,309点（生活療養を受ける場合53,235点）
- K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）  
 40,741点（生活療養を受ける場合 40,667点）=>41,081点（生活療養を受ける場合41,007点）
- K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）  
 50,328点（生活療養を受ける場合 50,254点）=>48,934点（生活療養を受ける場合48,860点）
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満  
 12,739点（生活療養を受ける場合 12,665点）=>12,560点（生活療養を受ける場合12,486点）
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上  
 15,599点（生活療養を受ける場合 15,525点）=>16,258点（生活療養を受ける場合16,184点）
- K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）  
 11,109点（生活療養を受ける場合 11,035点）=>10,604点（生活療養を受ける場合10,530点）
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）**  
**10,792点（生活療養を受ける場合 10,718点）**  
**（新設）**
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジロー**

ム切除術に限る。)

8,415点 (生活療養を受ける場合 8,341点)

K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき)

25,597点 (生活療養を受ける場合 25,523点) =>25,894点 (生活療養を受ける場合25,820点)

K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

24,703点 (生活療養を受ける場合 24,629点)

K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

23,870点 (生活療養を受ける場合 23,796点)

K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術

16,249点 (生活療養を受ける場合 16,175点) =>14,607点 (生活療養を受ける場合14,533点)

K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの

21,709点 (生活療養を受ける場合 21,635点)

K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの

18,652点 (生活療養を受ける場合 18,578点)

K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの

35,191点 (生活療養を受ける場合 35,117点)

K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの

33,460点 (生活療養を受ける場合 33,386点)

K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術

109,045点 (生活療養を受ける場合 108,971点)

M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療

59,199点 (生活療養を受ける場合 59,125点) =>58,496点 (生活療養を受ける場合58,422点)

#### 【注1の見直し】

(見直し前)

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (同一の日に入院及び退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (入院した日の翌日までに退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

(見直し後)

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (同一の日に入院及び退院した場合に限る。) は、短期滞在手術等基本料1を算定する。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。