

別紙 1

診療報酬の算定方法（改正案）

（「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」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」を統合したもの）

1 医科診療報酬点数表

項目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 通則 (通則の変更)</p> <p>第 1 節 初診料 初診料 (点数の見直し)</p>	<p>1 健康保険法第 6 3 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。</p> <p>1 病院の場合 255 点 2 診療所の場合 274 点</p>	<p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び老人保健法第 1 7 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 のただし書きに規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1 回として算定する。</p> <p>270 点</p>

(注の変更)

注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。

注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。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。

(注の変更)

注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又は注6に規定する加算を算定する場合は、115点)を加算する。

注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点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

(注の移動)

注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。

(削除)

(注の変更)

注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

注4 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、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点を加算する。

(注の変更)

注6 小児科を標榜する保険医療機関(注5のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。

(注の削除)

注7 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

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(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695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、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に345点)を加算する。

注5 小児科を標榜する保険医療機関(注4のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点を加算する。

(削除)

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。

(注の削除)

注8 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
へ	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、へ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。

(削除)

(加算の新設)

(新設)

注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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。

第2節 再診料

再診料

(点数の見直し)

1 病院の場合

58点

1 病院の場合

57点

2 診療所の場合

73点

2 診療所の場合

71点

(注の変更)

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点(注3又は注4に規定する加算を算定する場合は、70点)を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

(注の変更)

注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つては、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。

注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(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注

(注の変更)

注4 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。

(注の変更)

注5 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、所定点数に52点を加算する。

4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（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。

注4 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。

注5 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、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。

(加算の廃止)	<p>注6 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。</p>	(削除)
(注の変更)	<p>注7 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5の外来管理加算及び注6の継続管理加算は算定しない。</p>	<p>注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5の外来管理加算は算定しない。</p>
外来診療料	<p>72点 → 70点</p>	
(点数の見直し)	<p>注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。</p>	<p>注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。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則の3に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p>
(注の変更)	<p>イ～ロ (略) ハ 血液形態・機能検査</p>	<p>イ～ロ (略) ハ 血液形態・機能検査</p>

	<p>区分番号D005（17骨髄像を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 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</p> <p>ホ 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</p> <p>ヘ 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</p> <p>ト～カ (略)</p> <p>ヨ 喉頭処置</p> <p>タ～ツ (略)</p>		<p>区分番号D005（11のうちヘモグロビンA1c（HbA1c）及び16骨髄像を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ホ 熱傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ト～カ (略)</p> <p>ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置</p> <p>タ～ツ (略)</p>
(注の変更)	<p>注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点（注4又は注5に規定する加算を算定する場合は、70点）を加算する。</p>	→	<p>注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>
(注の変更)	<p>注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</p>	→	<p>注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</p>

<p>(注の変更)</p>	<p>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つては、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。</p> <p>注5 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。</p>	<p>は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注4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（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。</p> <p>注5 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。</p>
<p>第2部 入院料等 通則 (通則の変更)</p>	<p>1 健康保険法第63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</p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17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</p>

<p>(通則の新設)</p>	<p>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。</p>	<p>(新設)</p>	<p>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。</p>
<p>第1節 入院基本料</p> <p>(通則の削除)</p>	<p>1 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。</p> <p>イ 入院診療計画未実施減算（入院中1回） 350点</p> <p>ロ 院内感染防止対策未実施減算（1日につき） 5点</p> <p>ハ 医療安全管理体制未整備減算（1日につき） 10点</p> <p>ニ 褥瘡対策未実施減算（1日につき） 5点</p>	<p>(削除)</p>	<p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、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。</p>

(通則の移動)	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に入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数に20点を加算する。	(削除)
一般病棟入院基本料（1日につき）	一般病棟入院基本料	
(項目の再編)	1 I群（平均在院日数28日以内）	1 7対1入院基本料 1,555点
(点数の見直し)	イ 入院基本料1 1,209点	2 10対1入院基本料 1,269点
	ロ 入院基本料2 1,107点	3 13対1入院基本料 1,092点
	ハ 入院基本料3 939点	4 15対1入院基本料 954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	
(注の削除)	注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	(削除)

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

(注の変更)

注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）

注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、特別入院基本料として、575点を算定できる。

(注の変更)

- (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

注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日以上の期間 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

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

イ 14日以内の期間

428点 (特別入院基本料については、300点)

ロ 15日以上30日以内の期間

192点 (特別入院基本料については、155点)

(注の新設)	(新設)	<p>注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、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。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、老人特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。</p>
(注の新設)	(新設)	<p>注5 注4に規定する老人特定入院基本料を算定す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及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>
(注の変更)	<p>注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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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～カ (略) 	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ (略) (削除) (削除) (削除) ロ～ル (略)

療養病棟入院基本料（1日につき）

（点数の見直し）

（注の変更）

ヨ 看護補助加算

タ 夜間勤務等看護加算

レ～キ （略）

ヲ 看護補助加算（注4に規定する老人特定入院基本料を算定するものを除く。）

（削除）

ワ～ナ （略）

ラ がん診療連携拠点病院加算

ム 栄養管理実施加算

ウ 医療安全対策加算

キ 褥瘡患者管理加算

ノ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

オ ハイリスク分娩管理加算

療養病棟入院基本料

1 入院基本料1

1, 209点

2 入院基本料2

1, 138点

（平成18年6月30日まで）

1 療養病棟入院基本料1

イ 入院基本料1 1, 187点
（老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 130点）

ロ 入院基本料2 1, 117点
（老人保健法の規定による医療を提供する場合にあつては、1, 060点）

注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り、当該病棟に

注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り、当

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

(注の変更)

注3 療養病棟入院基本料を算定す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（フィルムの費用を含む。）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。

(注の変更)

注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～カ (略)

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1 955点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、898点)
- ロ 特別入院基本料2 885点
(老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、828点)

注3 療養病棟入院基本料を算定す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及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）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。

注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～カ (略)

(項目の再編)

(新設)

- ヨ 栄養管理実施加算
- タ 医療安全対策加算
- レ 褥瘡患者管理加算

(平成18年7月1日から)

2 療養病棟入院基本料2

- イ 入院基本料A 1, 740点
- ロ 入院基本料B 1, 344点
- ハ 入院基本料C 1, 220点
- ニ 入院基本料D 885点
- ホ 入院基本料E 764点

注1 病院の療養病棟であって、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、入院基本料Eを算定する。

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方社会保険事務局長

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、特別入院基本料として、563点を算定できる。

3 療養病棟入院基本料を算定す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及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りではない。

4 入院基本料Cの算定対象である入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、認知機能障害加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

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

結核病棟入院基本料（1日につき）

（項目の再編）

結核病棟入院基本料

1	入院基本料 1	1, 1 0 1 点
2	入院基本料 2	1, 0 0 2 点
3	入院基本料 3	8 5 8 点
4	入院基本料 4	7 7 2 点
5	入院基本料 5	7 1 3 点
6	入院基本料 6	6 1 4 点
7	入院基本料 7	5 7 2 点

を満たす場合に算定できる。

- イ 地域医療支援病院入院診療加算
- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 在宅患者応急入院診療加算
- ニ 診療録管理体制加算
- ホ 乳幼児加算・幼児加算
- ヘ 地域加算
- ト 離島加算
- チ HIV感染者療養環境特別加算
- リ 療養病棟療養環境加算
- ヌ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ル 栄養管理実施加算
- ヲ 医療安全対策加算
- ワ 褥瘡患者管理加算

1	7対1入院基本料	1, 4 4 7 点
2	10対1入院基本料	1, 1 6 1 点
3	13対1入院基本料	9 4 9 点
4	15対1入院基本料	8 8 6 点
5	18対1入院基本料	7 5 7 点
6	20対1入院基本料	7 1 3 点