

医科診療報酬点数表（抜粋）

第1章 基本診療料

【第2部 入院料等】

（令8.3.5 厚生労働省告示第69号）

- 通則1. 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64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5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、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）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等基本料を同一の日に算定することはできない。
3. 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第五、第九及び第十における1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
4. 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号「A108」に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号「A109」に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号「A400」の2に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。
5. 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（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
6. 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。
7. 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。
8. 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、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。）、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を算定する。
9. 8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。
10. 8に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、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。ただし、8に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。
11. 継続的に質上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、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日につき次に掲げる点数を減算する。

イ	急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）及び急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合）	121点
ロ	急性期病院B一般入院料及び急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。）	85点
ハ	地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料及び特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。）	65点
ニ	療養病棟入院基本料	42点
ホ	結核病棟入院基本料	64点
ヘ	急性期病院精神科病棟入院基本料及び精神科病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神科病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合）	106点
ト	急性期病院精神科病棟入院基本料（精神科病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）及び精神科病棟入院料（精神科病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）	39点
チ	特定機能病院入院基本料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	141点
リ	専門病院入院基本料	88点
ヌ	障害者施設等入院基本料	58点
ル	有床診療所入院基本料	95点
ヲ	有床診療所療養病床入院基本料	58点
ワ	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び一類感染症患者入院医療管理料	171点
カ	地域包括医療病棟入院料	113点
ヨ	特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料	53点
タ	小児入院医療管理料及び児童・思春期精神科入院医療管理料	97点
レ	回復期リハビリテーション病棟入院料	76点
ソ	地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料（注7に規定する場合）	69点
ツ	緩和ケア病棟入院料	99点
ネ	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料	42点
ナ	精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料	35点
ラ	短期滞在手術等基本料3	189点

留意点（令和8年3月5日 保医発0305第6号）

1～4、5(1)(3)～(5)(7)～(9)、6～17 省略

5. 入院中の患者の他医療機関への受診

- (2) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料3、医学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。
- (6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。
- ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。
- イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数（他医療機関において、「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の35%を控除した点数）により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病床入院料、認知症治療病床入院料又は地域移行機能強化病床入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数（他医療機関において、「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数）により算定すること。
- ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、「E101-2」ポジトロン断層撮影、「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。
- エ 他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に含まれている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。