

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64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A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5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。
- 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手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）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

291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。ただし、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保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、253点を算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）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。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、216点（注1のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法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をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、216点（注1のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。
- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医

薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。) に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、216点(注1のただし書に規定する場合にあっては、188点)を算定する。

- 5 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146点(注1のただし書に規定する場合にあっては、127点)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、108点(注1のただし書に規定する場合にあっては、94点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。
- 6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 7 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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。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、230点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点)を所定点数に加算する。
- 8 小児科を標榜^{ぼう}する保険医療機関(注7のただし書に規定するものを除く。)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、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)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7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあっては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。)、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。
- 10 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(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。
- 11 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(診療所に限る。)において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
- 12 注11本文に該当する場合であって、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おいて初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。
- 13 注11本文に該当する場合であって、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おいて初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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おいて初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

15 保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60点を所定点数に加算する。

16 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、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A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。

イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1	15点
ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2	9点
ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3	4点

第2節 再診料

区分

A001 再診料 76点

注1 保険医療機関（許可病床のうち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（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、56点を算定する。

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、39点（注2に規定する場合にあっては、29点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。

4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。

5 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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注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、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

6 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7のただし書に規定するものを除く。）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、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）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5の規定にか

かわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

- 7 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあつては、この限りでない。
- 8 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第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。
- 9 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8、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。
- 10 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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 時間外対応体制加算 1	7 点
ロ 時間外対応体制加算 2	5 点
ハ 時間外対応体制加算 3	4 点
ニ 時間外対応体制加算 4	2 点
- 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注16及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。
- 12 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（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 地域包括診療加算 1	
(1) 認知症を有する患者等の場合	38点
(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合	28点
ロ 地域包括診療加算 2	
(1) 認知症を有する患者等の場合	31点
(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合	21点
- 13 注12の場合において、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において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月1回に限り10点を更に所定点数に加算する。
- 14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した

場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

- 15 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（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
- 16 注15本文に該当する場合であって、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おいて再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。
- 17 注15本文に該当する場合であって、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おいて再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。
- 18 注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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おいて再診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。
- 19 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。
- 20 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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

77点

- 注1 許可病床のうち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。ただし、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保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、76点を算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、57点を算定する。
 - 3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、57点を算定する。

4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、57点を算定する。

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り39点（注2から注4までに規定する場合にあっては、29点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は算定しない。

6 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第3号に規定する加算は、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。

イ 尿検査

区分番号D000からD002-2までに掲げるもの

ロ 糞便検査

区分番号D003（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（ヘモグロビンA1c（HbA1c）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髓像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの

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

ホ 削除

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

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

リ 眼処置

ヌ 睫毛抜去

ル 耳処置

ヲ 耳管処置

ワ 鼻処置

カ 口腔、咽頭処置

ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置

タ ネブライザ

レ 超音波ネブライザ

ソ 介達牽引

ツ 消炎鎮痛等処置

7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。

8 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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注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、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

9 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7のただし書に規定するものを除く。）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、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限

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8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

10 医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。

11 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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

通則

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡^{じよくそう}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。
- 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。