13　１の規定にかかわらず、５に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の⑼に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑽に規定する日（５の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ１０５に掲げる専門病院入院基本料	７対１入院基本料	95点
	10対１入院基本料	78点
	13対１入院基本料	65点

14　１の規定にかかわらず、６に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の⑷に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑸に規定する日（６の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第１章第２部第１節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料	急性期病院Ａ一般入院料	97点
	急性期病院Ａ一般入院料（月平均夜勤時間超過減算）	82点
	急性期病院Ａ一般入院料（夜勤時間特別入院基本料）	68点
	急性期病院Ｂ一般入院料	82点
	急性期病院Ｂ一般入院料（月平均夜勤時間超過減算）	70点
	急性期病院Ｂ一般入院料（夜勤時間特別入院基本料）	58点
	急性期一般入院料１	94点
	急性期一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	80点
	急性期一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	66点
	急性期一般入院料２	89点
	急性期一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	76点
	急性期一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	62点
	急性期一般入院料３	85点
	急性期一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	72点
	急性期一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	60点
	急性期一般入院料４	80点
	急性期一般入院料４（月平均夜勤時間超過減算）	68点
	急性期一般入院料４（夜勤時間特別入院基本料）	56点
	急性期一般入院料５	79点
	急性期一般入院料５（月平均夜勤時間超過減算）	67点
	急性期一般入院料５（夜勤時間特別入院基本料）	55点
	急性期一般入院料６	76点
	急性期一般入院料６（月平均夜勤時間超過減算）	65点
	急性期一般入院料６（夜勤時間特別入院基本料）	53点
	地域一般入院料１	65点
	地域一般入院料１（月平均夜勤時間超過減算）	55点
	地域一般入院料１（夜勤時間特別入院基本料）	45点
	地域一般入院料２	64点
	地域一般入院料２（月平均夜勤時間超過減算）	54点
	地域一般入院料２（夜勤時間特別入院基本料）	45点
	地域一般入院料３	55点
	地域一般入院料３（月平均夜勤時間超過減算）	47点
	地域一般入院料３（夜勤時間特別入院基本料）	38点
	特別入院基本料	35点

15　19の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数（本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料１から４までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。）を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、１から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第２項の規定の例による。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第２項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。

16　退院の日、第５項第４号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までにおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を調整日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

17　この表により算定する費用の額は、１点の単価を10円として、それぞれこの表により算定した点数に乗じて得た額とする。

18　この表により病院が保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第７条第２項に規定する保険者をいう。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に１円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

19　診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。