

エ 時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に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した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

- (6) 健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

A002 外来診療料

- (1) 外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が200床以上の病院において算定する。
- (2) 外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。
- (3) 包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第1節第1款検体検査実施料の通則3に規定する加算は、検査の部において算定することができる。
- (4) 外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の2区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。
- (5) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。
- (6) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

第2部 入院料等

<通則>

- 1 入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成5年2月15日指第14号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料に含まれる。
- 2 1に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術基本料は算定できない。
 - (1) 患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。
 - (2) 寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週1回以上の交換がなされていること。
 - (3) 消毒は必要の都度行われていること。
- 3 入院期間の確認について（入院料の支払要件）
 - (1) 保険医療機関の確認等
 - ア 保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去3か月以内の入院の有無を確認すること。過去3か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。
 - イ 保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式1又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。
 - ウ ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。
 - (2) 入院患者の申告等
患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。
- 4 1日入院
眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術基本料については、第4節に規定するところによる。
- 5 入院中の患者の他医療機関への受診
 - (1) 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険

医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めるとを原則とする。

(2) 入院医療機関において、特定入院料、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という。）を算定している患者について、当該特定入院料等に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。

(3) (2)にかかわらず、特定入院料等を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該入院医療機関に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する特定入院料等に含まれる診療が当該他医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他医療機関において、当該診療に係る費用を算定できることとする。ただし、短期滞在手術基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

(4) 他医療機関において(3)の規定により費用を算定することのできる診療を行わせる場合には、当該患者が入院している保険医療機関において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。この場合においては、当該他医療機関において診療が行われた日に係る特定入院料等は、当該特定入院料等の所定点数から当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定するものとする。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ものとする。

(5) 他医療機関において(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している保険医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「**他**（受診日数：○日）」と記載すること。

6 外泊期間中の入院料等

- (1) 入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する療養病棟にあつては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15%を算定できる。ただし、入院基本料の基本点数又は特定入院料の30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ月（同一暦月）6日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に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ものとする。

なお、当該外泊期間は、7の入院期間に算入する。

- (2) 入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊するに際して、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合は、(1)に規定する点数に加えて、区分番号C100に掲げる退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に1回に限り算定できる。

7 入院期間の計算

- (1) 入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

また、A傷病により入院中の患者がB傷病に罹り、B傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はA傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はA傷病で入院した日を起算日とする。

- (2) (1)にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病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の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して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

イ 退院の日から起算して3月以上（悪性腫瘍又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している患者については1月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、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

- (3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険

医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

(ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

(ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

8 病棟移動時の入院料

同一保険医療機関内の病棟（病室及び治療室を含む。）から病棟（病室及び治療室を含む。）に移動した日の入院料の算定については、移動先の病棟（病室及び治療室を含む。）の入院料（入院基本料又は特定入院料）を算定する。

9 退院時処方に係る薬剤料の取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く。）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定できる。

10 定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機関の取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

11 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に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料及び後期高齢者特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

12 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（区分番号「A205」救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算又は区分番号「A300」救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなすものであること。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

(1) 一般病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

- (2) 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (4) 「注4」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあつてはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合に限り、当該月においても同様に取り扱うこととする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、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（※1参照）	—————	左欄の状態にある期間
4 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※2参照）	動脈注射 ----- 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 ----- 点滴注射 ----- 中心静脈注射 ----- 骨髄内注射 ----- 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5 観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において2日以上実施していること
6 リハビリテーションを	心大血管疾患リハビリテーシ	週3回以上実施している週

実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	ョン、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	が、当該月において2週以上であること
7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※3参照）	ドレーン法（ドレナージ） ----- 胸腔穿刺 ----- 腹腔穿刺	当該月において2週以上実施していること
8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※3参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 ----- 気管支カテーテル薬液注入法	1日に8回以上（夜間を含め約3時間に1回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 ----- 人工呼吸	当該月において1週以上使用していること
10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 ----- 血漿交換療法	各週2日以上実施していること ----- 当該月において2日以上実施していること
11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 ----- 開放点滴式全身麻酔 ----- マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	-----

※1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいう。

- a 重度の肢体不自由者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）及び脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

- b 重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- c 以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化

症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎及びもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）

※2 4の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

- a 肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬による治療
- b 放射線治療
- c 末期の悪性新生物に対する治療

※3 7に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

また、8に係る喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

※4 基本診療料の施設基準等別表第四に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、定められていない。

(5) 基本料算定患者が90日を超える期間一般病棟に入院している場合は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、基本料算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

(6) 「注4」に規定する特定患者は、後期高齢者特定入院基本料（928点又は790点）を算定すること。

また、基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については後期高齢者特定入院基本料に含まれる。

なお、後期高齢者特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、後期高齢者特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

(7) 一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注6」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A101 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。た

だし、「注1」の入院基本料を算定している場合において、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する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。

- (2) 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注1」の入院基本料又は「注2」の特別入院基本料のいずれか一方を算定するものとする。
- (3) 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（原則として月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないように配慮すること。
- (4) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号J201に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注1」のただし書の規定により、入院基本料Eを算定する場合については、この限りではない。
- (5) 療養病棟入院基本料を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Eを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (6) 療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次のアからウの要件を満たすことが必要である。
 - ア 定期的（原則として月に1回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載する。
 - イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。
 - ウ 病棟単位で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を病棟に備え付けておく。
- (7) 療養病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A102 結核病棟入院基本料

- (1) 結核病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た結核病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 「注3」において13対1入院基本料を算定する患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものと取り扱うものであること。

ア 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

イ 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。（3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、アによる臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施すること。）

ウ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。
- (3) (2)にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する保険医の適切な判断により入退院が行われるものである。
- (4) 「注4」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (5) 当該保険医療機関において複数の結核病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の結核病棟入院基本料を算定するものとする。
- (6) 結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A103 精神病棟入院基本料

- (1) 精神病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、それぞれ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届け出た精神病棟に入院している患者について、10対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (4) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。

イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

- (5) 精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A104 特定機能病院入院基本料

- (1) 特定機能病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、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届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

- (2) 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(2)、結核病棟入院基本料の(5)及び精神病棟入院基本料の(2)の例による。

- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。

- (4) 「注3」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。

イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

- (5) 当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(4)から(6)の例による。

- (6) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A105 専門病院入院基本料

- (1) 専門病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、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届け出た一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

- (2) 当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。

- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。

- (4) 当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(4)から(6)の例による。

- (5) 専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A106 障害者施設等入院基本料

- (1) 障害者施設等入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、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届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の障害者施設等一般病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の障害者施設等入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (4) 当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(4)から(6)の例による。
- (5) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A108 有床診療所入院基本料

- (1) 有床診療所入院基本料は、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届け出た診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、有床診療所入院基本料1等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (3) 有床診療所入院基本料を算定する診療所であって、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届け出た診療所において、夜間に医師を配置している、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保した場合について、その体制を入院患者に対して文書で説明し、夜間に緊急対応できる医師名を院内に掲示している場合に、「注2」に掲げる加算を算定することができる。
- (4) 有床診療所入院基本料1を算定する診療所であって、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届け出た診療所において、療養病床の有無に関わらず、当該診療所に勤務する医師が2人以上の場合に、「注3」に掲げる加算を算定することができる。
- (5) 有床診療所入院基本料1を算定する診療所であって、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届け出た診療所において、各区分に応じて「注4」のイ～ニに掲げる加算を算定することができる。
- (6) 有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A109 有床診療所療養病床入院基本料

- (1) 有床診療所療養病床入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について算定する。ただし、「注

- 1」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。
- (2) 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（原則として月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。また、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないように配慮すること。
- (3) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号J201に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料に含まれる。なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、有床診療所療養病床入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。
- ただし、「注1」のただし書の規定により、入院基本料Eを算定する場合については、この限りではない。
- (4) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Eを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (5) 有床診療所療養病床入院基本料を算定するにあたっては、次のアからウの要件を満たすことが必要である。
- ア 定期的（原則として月に1回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載する。
- イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。
- ウ 施設単位（療養病床に限る。）で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を施設内に備え付けておく。
- (6) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算

入院時医学管理加算は、急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価した加算である。

A204 地域医療支援病院入院診療加算

- (1) 地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合には、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において1回に限り算定する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合とは、単独型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間、管理型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。
- (3) 研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

- (1) 客観的に休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関において、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

- (2) 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

- (3) 都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。
- (4) 加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日（午前0時から午後12時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知するとともに、地方社会保険事務局長に届け出ている日とする。また、午前0時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後2日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあつては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算

- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会作成の「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算

- (1) 次に掲げる場合（当該妊娠につき、直近3か月以内に当該加算を算定する保険医療機関への受診歴のある患者が緊急搬送された場合を除く。）において受け入れた妊産婦が、母体及び胎児の状態により緊急入院の必要があり、医療保険の対象となる入院診療を行った場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定す