

第3節 特定入院料

1 特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料及び認知症病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）は、1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できるものであり、1回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。

ただし、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及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、前段の規定にかかわらず、1回の入院期間中に当該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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度病状が悪化して当該特定集中治療室、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室又は脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室へ入院させた場合には、これを算定できるものとする。

2 特定入院料を算定できる2以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。例えば、救命救急入院料を算定した後、広範囲熱傷特定集中治療室に入院させた場合においては、60日から救命救急入院料を算定した日数を控除して得た日数を限度として、広範囲熱傷特定集中治療室管理料を算定する。

A300 救命救急入院料

(1) 救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあつて、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）

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 大手術を必要とする状態

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(2) 救命救急入院料は、救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、救命救急入院後症状の安定等により他病棟に転棟した患者又は他病棟に入院中の患者が症状の増悪等をきたしたことにより当該救命救急センターに転棟した場合にあつては、救命救急入院料は算定できない。

(3) 「注2」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であつて、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」とい

う。)を有する患者又はその家族等に対して、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この節において「精神保健指定医」という。)が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に算定する。

- (4) 「注5」に掲げる加算については急性薬毒物中毒(催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。)が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (5) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A301 特定集中治療室管理料

- (1) 特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
- 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 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

- (2) 特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

- (1) ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあつて、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
- 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 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

- (2) ハイケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患であって、医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。
- ア 脳梗塞
 - イ 脳出血
 - ウ くも膜下出血
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料

- (1) 新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。
- ア 高度の先天奇形
 - イ 低体温
 - ウ 重症黄疸
 - エ 未熟児
 - オ 意識障害又は昏睡
 - カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
 - ク 急性薬物中毒
 - ケ ショック
 - コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - サ 大手術後
 - シ 救急蘇生後
 - ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態
- (2) 新生児特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料

- (1) 総合周産期特定集中治療室管理料は、出産前後の母体及び胎児並びに新生児の一貫した管理を行うため、都道府県知事が適当であると認めた病院であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方社会保険事務局長に届出を行った病院である保険医療機関に限って算定できる。
- (2) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であつて、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。
- ア 合併症妊娠
 - イ 妊娠高血圧症候群
 - ウ 多胎妊娠
 - エ 胎盤位置異常
 - オ 切迫流早産
 - カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

- (3) 「2」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の(1)に掲げる状態にあつて、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。
- (4) 総合周産期特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

- (1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であつて、医師が広範囲熱傷特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
- (2) 熱傷用空気流動ベッドの使用の有無にかかわらず所定点数を算定する。なお、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置に用いた薬剤料については別に算定できる。

A305 一類感染症患者入院医療管理料

- (1) 一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であつて、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。
 - ア 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6条第8項に規定する新感染症又は同法（以下「感染症法」という。）第6条第2項に規定する一類感染症に罹患している患者
 - イ アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者
- (2) 一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

A306 特殊疾患入院医療管理料

- (1) 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室は、主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病室であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病室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。
- (2) 特殊疾患入院医療管理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、特殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」（平成2年厚生省告示第41号）に定めるところによる。
- (4) 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。

A307 小児入院医療管理料

- (1) 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）における入院中の15歳未満の患者を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。
- (2) 「注2」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料4を算定する医療機関にあつては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

- (3) 「注3」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注3」の加算を算定できる。
- (5) 小児入院医療管理料1、2及び3において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する。
- (6) 小児入院医療管理料4において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から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。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院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、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Eを算定する。
- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあつては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書に転院してきた旨を記載すること。
- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「B005-2」地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。
- (8) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「H003-2」リ

ハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

A308-2 亜急性期入院医療管理料

- (1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。
- (2) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室は、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供する病室である。
- (3) 当該病室に入室してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙1を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。
（ただし、同一保険医療機関の他の病室から当該管理料を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）
- (4) 当該管理料を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。
- (5) 医療上特に必要がある場合に限り亜急性期入院医療管理料を算定する病室から他の病室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。
- (6) 亜急性期入院医療管理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、亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。
- (7) 亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病室に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (8) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、7対1入院基本料（準7対1入院基本料を含む。）、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定している病棟に限る。）、入院時医学管理加算、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並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数が届出病室の入院患者数のうち3分の2以上であること。

A309 特殊疾患病棟入院料

- (1) 特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（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。）、脊髄損傷等の重度の障害者（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。）、重度の意識障害者（病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、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。

- (2) 特殊疾患病棟入院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、特殊疾患病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

- (1) 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- (2) 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。
- (3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (4) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。
- (5) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。
- (6) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に対し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。
- (7) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

A 3 1 1 精神科救急入院料

- (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。
 - ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - イ 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）
- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 精神科救急入院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、精神科救

- 急入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
 - (5) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
 - ア 症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
 - イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあつては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
 - ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
 - エ 気分（感情）障害
 - オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
 - カ 成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）
 - キ 知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）
 - (6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドン、アリピプラゾールをいう。
 - (7) 「注3」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
 - (8) 「注3」に規定する加算を算定する場合には、1月に1度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料

- (1) 精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）
 - イ 他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であつて当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）
- (2) 新規患者については入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 転棟患者等については、1年に1回に限り、1月を限度として算定する。1年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が2回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、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記載する。
- (4) 精神科急性期治療病棟入院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、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

- (5) 精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (6) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(5)の例による。
- (7) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。

A311-3 精神科救急・合併症入院料

- (1) 精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。
 - ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - イ 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）
 - ウ 身体疾患の治療のため、救命救急センター等の一般病床に一旦入院した後に、当該病棟に入院（同一機関からの入院も含む。）した患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神病棟に入院したことがない患者
- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 精神科救急・合併症入院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、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (5) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(5)の例による。
- (6) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。

A312 精神療養病棟入院料

- (1) 精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、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。
- (2) 精神療養病棟入院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、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。

A314 認知症病棟入院料

- (1) 認知症病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、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届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行

動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ADLにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。

- (2) 認知症病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

なお、必要があつて他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

- (3) 認知症病棟入院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、認知症病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。

A 3 1 6 診療所後期高齢者医療管理料

- (1) 診療所後期高齢者医療管理料は、在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、在宅での療養を行っている者（他の保険医療機関において現に在宅療養計画に基づく在宅療養を行っている者を含む。）の適切な在宅医療を確保するための診療を目的として入院させるものとして、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保険医療機関である診療所が届出をし、地方社会保険事務局長が受理した当該診療所に入院している患者について算定する。
- (2) 診療所後期高齢者医療管理料には、全ての診療に要する費用（地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）が含まれているものであり、入院の日から退院の日までの間においては、入院及び退院の時間が午前又は午後であるか否かにかかわらず、他の診療料の算定は行わないものであること。
- (3) 同一日において入退院があつた場合は、診療所後期高齢者医療管理料の算定は行わないものであること。
- (4) 診療所後期高齢者医療管理料を算定する患者が退院した後に再度入院を要する場合は、退院後1か月以上経過しない場合は、当該診療所後期高齢者医療管理料の「2」により645点（生活療養を受ける場合にあつては、631点）を算定するものであること。
- (5) 診療所後期高齢者医療管理料の算定に当たって当該患者の診療を担う保険医は、患者の病態から判断し2日を超えて継続して入院させる必要があるか日々把握するものであること。
- (6) 診療所後期高齢者医療管理料を算定した場合は、その旨診療録に記載するものであること。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

- (1) 短期滞在手術基本料は、短期滞在手術（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。
 - ア 手術室を使用していること。
 - イ 術前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。
 - ウ 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。
 - エ 退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術基本料3を除く。）。
- (2) 保険医療機関（有床診療所を含む。）において、15歳未満の鼠径ヘルニア手術及び15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニアを行う場合には、当該患者が特別入院基本料又は区分番号「A307」に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料3を算定するものであること。
- (3) 短期滞在手術基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、「診療報酬の算定方法」第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (4) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術基本料に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 短期滞在手術基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。
- (6) 短期滞在手術基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。
- (7) 短期滞在手術基本料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E400」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- (8) 同一の部位につき短期滞在手術基本料に含まれる写真診断及び撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
- (9) 短期滞在手術基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第2章 特掲診療料

<通則>

第1部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料及び小児悪性腫瘍患者指導管理料並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は自院、他院を問わず同一月に算定できない。

第1部 医学管理等

B000 特定疾患療養管理料

- (1) 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。
- (2) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A000」初診料（「注2」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) 区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌々の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (8) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。
- (9) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあつては算定できない。
- (10) 再診が電話等により行われた場合にあつては、特定疾患療養管理料は算定できない。

- (11) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (12) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成6年総務庁告示第75号）」（以下「分類表」という。）に規定する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっている場合でも、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の疾病名を用いることが望ましい。

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

- (1) 肝炎ウイルス、H I Vウイルス又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) H I Vウイルスの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、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、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はH I Vウイルスの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。

2 特定薬剤治療管理料

- (1) 特定薬剤治療管理料は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- ア 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
- イ てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの
- ウ 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの
- エ 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与しているもの
- オ 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの
- カ 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
- キ 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの

- ク 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの
- ケ 重症の再生不良性貧血の患者又は赤芽球癆の患者であってシクロスポリンを投与しているもの
- コ ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又は尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬若しくは全身型重症筋無力症の患者であってシクロスポリンを投与しているもの
- サ ネフローゼ症候群の患者であってシクロスポリンを投与しているもの
- シ 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの
- ス 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの
- セ 全身型重症筋無力症、関節リウマチ又はループス腎炎の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの
- ソ 重症又は難治性真菌感染症の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与しているもの
- (2) 特定薬剤治療管理料を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、N-アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、塩酸ピルジカイニド、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、コハク酸シベンゾリン、ピルメノール及びアミオダロンをいう。
- (3) 特定薬剤治療管理料を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ポリコナゾールをいう。また、免疫抑制剤とは、シクロスポリン及びタクロリムス水和物をいう。
- (4) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- (5) 本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合はそれぞれ算定できる。(例 てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合)
- (6) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。
- (7) ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、1回に限り急速飽和完了日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して2日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。
- (8) てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、重積状態が消失した日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属す

る月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。

- (9) 「注3」に規定する点数を算定する場合にあつては、「注6」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料は算定できない。
- (10) 「注4」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は4月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「4月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて4月目以降のことである。
- (11) 免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、臓器移植加算として「注6」に規定する点数を算定し、初回月加算は算定しない。
- (12) 初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、「注6」に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。
- (13) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- (1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。
- (3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。
- (4) 「注3」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「D009」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。
- (5) 区分番号「D009」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、1項目とみなして、本管理料を算定する。
- (6) 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。
(例) 肝癌の診断が確定している患者でα-フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「D008」内分泌学的検査を行った場合の算定
悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」
+区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料
+区分番号「D026」の「4」生化学的検査(Ⅱ)判断料
- (7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管

理として準用が通知された算定方法により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

- (1) 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 気分障害の患者
 - イ 神経症性障害の患者
 - ウ ストレス関連障害の患者
 - エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者
 - オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者
 - カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者
 - キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者
- (3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。
- (4) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。
- (5) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。
- (6) 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。
- (7) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (8) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

5 小児科療養指導料

- (1) 小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。
- (2) 小児科療養指導料の対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500g未満であつ