

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等基本料は、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等基本料に含まれる。
- 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、短期滞在手術等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、短期滞在手術等基本料については、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ことを原則とする。

- (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2及び3、医学管理等（診療情報提供料、~~(6)のテからウまでのただし書の場合に係る慢性維持透析患者外来医学管理料及び認知症専門診断管理料~~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、処方せん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。
- (3) (2)のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。
- (4) 本通則において、出来高入院料とは、特定入院料、一般病棟入院基本料（「注11」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注9」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注8」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料をいう。
- (5) 入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、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。
- (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~~90~~10%を控除した点数により算定すること。~~ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。~~
 - イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注11」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注9」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注8」の規定により療養病棟入院基本料1の例により

算定する場合に限る。) 、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料 (以下本通則において「特定入院料等」という。) 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~~70~~40%を控除した点数により算定すること。ただし、~~精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査 (PET、光トポグラフィ又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査) のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。~~有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟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~~30~~10%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を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査 (PET、光トポグラフィ又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査) のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合 (入院日から起算して60日以内に限る) であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、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。~~

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包括さ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。

(7) 他医療機関において診療を行った場合には、入院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「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊦ (受診日数：〇日)」を記載すること。

(8) 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊦ (受診日数：〇日)」を記載すること。ただし、~~出来高入院料を15%減算する場合若しくは特定入院料等を15%、30%又は55~~10%減算する場合には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

(9) 入院中の患者 (DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。) 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。) の他医療機関において実施された診療にかかるとする費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定すること。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。

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、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）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）別紙様式4-4」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）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、褥瘡対策及び栄養管理体制について、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~~月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料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「A20

5」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。

13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

(1) 以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。

ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関であること。

イ 当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が9割以上の保険医療機関であること。

(2) 減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に30日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。

ア 退院日に1,000点以上の処置又は手術を算定していないもの

イ ~~退院支援加算~~~~退院調整加算~~又は~~新生児特定集中治療室退院調整加算~~を算定していないもの

(3) (1)のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。

ア 電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。

1月~~当~~あたりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数／1月~~当~~あたりの退院患者数

イ 退院時間が明らかでない場合は、毎月16日を含む1週間（例えば16日が火曜日の場合は14日(日)から20日(土)までの7日間）に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。

(退院日前日に退院患者に提供した夕食数－退院日に退院患者に提供した昼食数)／退院日前日に退院患者に提供した夕食数

ウ ア又はイのいずれかの方法により、直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも9割以上の場合、翌月から(2)に該当する入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

14 入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について

(1) 以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関

イ アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が40%以上の保険医療機関

(2) 減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料をいう。以下この項目において同じ。）又は月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日

の入院基本料であって、当該日に1,000点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に1,000点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜日に退院した患者については、要件を満たす土曜日及び日曜日の入院基本料は所定点数の100分の92に相当する点数により算定することとする。

- (3) (1)イに係る計算式は入院患者は入院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者、退院患者は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下の方法による。

$$\begin{aligned} & (1 \text{ 月} \text{ 当} \text{ あ} \text{ た} \text{ り} \text{ の} \text{ 金} \text{ 曜} \text{ 日} \text{ 入} \text{ 院} \text{ 患} \text{ 者} \text{ 数} / 1 \text{ 月} \text{ 当} \text{ あ} \text{ た} \text{ り} \text{ の} \text{ 全} \text{ 入} \text{ 院} \text{ 患} \text{ 者} \text{ 数}) \times 100 \\ & + (1 \text{ 月} \text{ 当} \text{ あ} \text{ た} \text{ り} \text{ の} \text{ 月} \text{ 曜} \text{ 日} \text{ 退} \text{ 院} \text{ 患} \text{ 者} \text{ 数} / 1 \text{ 月} \text{ 当} \text{ あ} \text{ た} \text{ り} \text{ の} \text{ 全} \text{ 退} \text{ 院} \text{ 患} \text{ 者} \text{ 数}) \times 100 \end{aligned}$$

直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも4割以上の場合、翌月より

- (2)に該当する入院基本料を減算する。 —

15 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

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」の特別入院基本料等~~及び~~「注13」の夜勤時間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」の特別入院基本料等~~及び~~「注13」の夜勤時間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。ただし、「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」（平成~~28~~~~26~~年3月~~4~~~~5~~日保医発~~03040305~~第1号）の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院~~及び~~~~一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料~~を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。
- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価した

ものであり、入院前の医療機関において区分番号「A 2 4 6 ~~2 3 8~~ ~~3~~」退院支援加算 3
~~新生児特定集中治療室退院調整加算 1~~ ~~又は 2~~が算定された患者を一般病棟（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）で受け入れた場合に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。

- (5) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等（以下「介護老人保健施設等」という。）入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、一般病棟（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア 急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに一般病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、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、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、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については、算定できない。

イ 介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、一般病棟（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

- (6) 「注6」に規定する看護必要度加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

- (7) 「注7」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下この節において「看護必要度」という。）の測定が行われた患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

- (8) 一般病棟入院基本料の算定患者が90日を超える期間一般病棟に入院している場合（(10)に規定するアの方法により算定している患者を除く。）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、一般病棟入院基本料の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。

(9) 一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注10」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。

(10) 一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

ア 引き続き一般病棟入院基本料を算定する。（平均在院日数の算定の対象となる。）

イ 一般病棟入院基本料の「注11」の規定により、区分番号「A101」療養病棟入院基本料1の例により算定する。（平均在院日数の算定の対象とならない。）

上記については、当該保険医療機関の病棟ごとの取扱いとなるが、上記イにより算定する場合については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届け出た病棟に限る。

~~なお、一般病棟入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）に係る当該取扱いについては、平成26年10月1日から適用する。その際、平成26年3月31日時点で当該病棟（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）に入院していた患者であって、イの方法により算定する者については、当分の間、医療区分を3とする。~~

~~(11) (10)のイを届け出た病棟のうち1病棟に限り、平成27年9月30日までの間、当該病棟の2室を指定した上で、その中の4床までに限り(10)のイにより出来高により算定することができる。なお、当該病床の患者については、平均在院日数の算定の対象から除外する。また、当該病室については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届け出るものとする。~~

~~(11)~~ (10) のイにより、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料1の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりとする。

ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注3」に規定する費用は入院基本料に含まれるため、別に算定できない。

イ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注4」に規定する褥瘡評価実施加算を算定することができる。

ウ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注5」に規定する重症児（者）受入連携加算及び「注6」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は算定することができない。

エ 区分番号「A101」の「注7」に規定する加算のうち、以下のものを算定することができる。

(イ) 乳幼児加算・幼児加算

(ロ) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（算定日数の上限については、療養病棟に入院しているものとして取り扱う。）

(ハ) 地域加算

~~(ニ)~~ 離島加算

(ホ) HIV感染者療養環境特別加算

(ヘ) 療養病棟療養環境加算（別に届出を行った場合に限る。）

(ト) 重症皮膚潰瘍管理加算（別に届出を行った場合に限る。）

(チ) 栄養サポートチーム加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と起算して算定する。）

(リ) ~~退院支援加算~~~~退院調整加算~~（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、区分番号「A 2 4 6 2 3 8」~~退院支援加算~~~~退院調整加算~~の1又は2のロに規定する療養病棟入院基本料等の場合の例により~~又は~~を算定する。）

~~(ヌ) 地域連携認知症支援加算~~

~~(ヌキ) 総合評価加算~~

~~(ルキ) データ提出加算~~

オ 区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料の「注9」に規定する慢性維持透析管理加算を算定することができる。

カ 区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料の「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は算定することができない。

キ 区分番号「B 0 0 5 - 7」認知症専門診断管理料の算定に当たっては、(10)のイにより区分番号「A 1 0 1」の療養病棟入院基本料1の例により算定する患者を、「療養病棟に入院している患者」とみなす。

~~(12キ)~~ 「注11」の規定により、区分番号「A 1 0 1」の療養病棟入院基本料1の入院基本料Aから入院基本料Fのいずれかを算定する場合にあっては、定期的（少なくとも月に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しを交付のうえ、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、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

~~(13キ)~~ 「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能（以下「ADL」という。）の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアから~~イ~~までに掲げる取組~~イ~~を行った場合~~イ~~であって、あらかじめ専従又は専任を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下(13)において「常勤理学療法士等」という。）をあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤理学療法士等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上（ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者について、引き続き、区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1 - 2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 4」摂食機能療法、区分番号「H 0 0 5」視能訓練、区分番号「H 0 0 7」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7 - 2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7 - 3」認知症患者リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 8」集団コミュニケーション療法料（以下(13)において「疾患別リハビリテーション料等」という。）を算定した場合は、1日2時間を超えない範囲でその時間を含んでよい。）勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に対して疾患別リハビリテ

~~ーション料等を区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。~~

ア 入院患者に対する定期的なADLの評価は、別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いて行っていること。

イ 入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。

カ 指導内容等について、診療録に記載すること。

キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。

ク 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

~~(15) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第57号)において、なおその効力を有するとするとされた平成26年度改定前の一般病棟入院基本料の「注8」に規定する特定患者については、特定入院基本料(966点又は812点)を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の(5)から(7)の例によること。当該取扱いは、平成26年9月30日をもって廃止する。~~

(14) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)及び専門病院入院基本料について、7対1入院基本料から10対1入院基本料に移行するに当たって病棟群単位による届出(以下「病棟群届出」という。)を行った場合は、(2)の規定にかかわらず、届け出た病棟群を単位としてそれぞれ別の区分の入院基本料を算定できる。この場合、患者を、その病状を踏まえた適切な病棟群に入院させるものとし、原則として病棟群の間での転棟は行わないものとするが、やむを得ず、7対1入院基本料を算定する病棟群に入院していた患者が10対1入院基本料を算定する病棟群に転棟した場合、及びその逆の場合については、当該患者の入院期間を通じて10対1入院基本料を算定する(ただし、転棟の前々月以前に既に算定した入院基本料については変更を要さない。)。なお、同一の病棟で算定される入院基本料が7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更になった場合は、当該病棟に入院する患者の入院基本料が、その日から変更となっても差し支えないが、当該病棟で算定される入院基本料が変更となった旨を診

療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、病棟群届出を行った医療機関における入院基本料等加算等の取扱いについては、「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添2の第6を参照のこと。

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」の特別入院基本料等及び「注12」の夜勤時間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」の特別入院基本料等及び「注12」の夜勤時間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I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」の特別入院基本料等又は「注12」の夜勤時間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から入院基本料F までのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に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」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I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I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、次の点に留意する。

ア 定期的（少なくとも月に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、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録に記載する。

- (7) 「注5」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A ~~246-2-3-8-3~~」退院支援加算3~~新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2~~が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に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。

- (8) 「注6」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあつては、区分番号「A205」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1回の転棟に限り算定できるものとする。

イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

- (9) 療養病棟入院基本料を算定する病棟については、「注7」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。

- (10) 「注8」の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料の例により算定することができるようにしたものであること。

- (11) 「注8」の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。__
- (12) 「注8」の規定により、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。
- ア 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は算定することができない。
- イ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は算定することができない。
- ウ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注6」に規定する看護必要度加算は算定することができない。
- エ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注7」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は算定することができない。
- オ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注10」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合には算定できる。
- カ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定することができない。
- (13~~12~~) 「注9」に規定する慢性維持透析管理加算は、療養病棟における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。
- (14~~13~~) 「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い病棟を評価したものである。

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」の特別入院基本料等 及び「注6」の夜勤時間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」の特別入院基本料等 及び「注6」の夜勤時間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) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注2」の特別入院基本料として559点を算定する。
- ア 服薬支援計画の作成
- 個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内DOTS計画を策定すること。計画の策定に ~~当~~ たっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。
- イ 服薬確認の実施
- 看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服

薬確認を行うこと。

ウ 患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ 保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録に記載すること。

- (3) 「注3」において結核病棟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。以下「感染症法」という。）」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。

- (4) (3)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。

- (5) 「注4」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。

- (6) 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。

- (7) 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」の特別入院基本料等 及び「注9」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料については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し、「注9」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神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に規定する起算日とする。
- (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) 「注5」の救急支援精神病棟初期加算は、当該病棟に入院する患者が、~~救急搬送患者地域連携受入加算又は~~精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として加算する。
- (6) 精神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。
- (7) 「注7」の精神保健福祉士配置加算は、入院中の患者の早期退院を目的として精神保健福祉士の病棟配置を評価したものであり、当該病棟の~~すべて~~全ての入院患者に対して、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等の関係職種と共同して別紙様式6の2又はこれに準ずる様式を用いて、退院支援計画を作成し、必要に応じて患家等を訪問し、患者の希望を踏まえ、適切な保健医療サービス又は福祉サービス等を受けられるよう、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携しつつ、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、病棟に配置された精神保健福祉士は当該病棟の入院患者の退院調整等を行うものであり、他病棟の患者の退院調整について行うことはできない。

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) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「A102」結核病棟入院基本料の「注2」の特別入院基本料として559点を算定する。

ア 服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内DOTS計画を策定すること。計画の策定に~~当~~たっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ 服薬確認の実施

看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行うこと。

ウ 患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ 保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録に記載すること。

- (3) 「注2」において特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）を算定する患者は、感染症法第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。

- (4) (3)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。

- (5) 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(6)及び精神病棟入院基本料の(2)の例による。ただし、一般病棟であつて病棟群届出を利用する場合に限り、一般病棟入院基本料の(14)の例によること。

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

- (7) 「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。

- (8) 「注5」に規定する看護必要度加算は、10対1入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者

について算定すること。

- (9) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注8」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。
- (10) 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(8)及び(10)から(12~~13~~)までの例による。~~なお、当該取扱いについては、平成26年10月1日から適用する。~~
- (11) 「注10」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(13~~14~~)の例による。
- ~~(12) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第57号)において、なおその効力を有するとされた平成26年度改定前の特定機能病院入院基本料の「注6」に規定する特定患者については、特定入院基本料(966点)を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の(5)から(7)の例によること。当該取扱いは、平成26年9月30日をもって廃止する。~~

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。ただし、病棟群届出を利用する場合に限り、一般病棟入院基本料の(14)の例によること。
- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注3」に規定する看護必要度加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。
- (5) 「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。
- (6) 専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注7」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。
- (7) 専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(8)及び(10)から(12~~13~~)までの例による。~~なお、当該取扱いについては、平成26年10月1日から適用する。~~
- (8) 「注9」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(13~~14~~)の例による。
- ~~(9) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第57号)において、なおその効力を有するとされた平成26年度改定前の専門病院入院基本料の「注5」に規定する特定患者については、特定入院基本料(966点)を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「A106」障害者施設等入院基本料の(5)から(7)の例によること。当該取扱いは、平成26年9月30日をもって廃止する。~~

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」の入院基本料及び「注2」の月平均夜勤時間超過減算により算定するものから構成され、「注1」の入院基本料については、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し、「注2」の月平均夜勤時間超過減算については、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3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A ~~246-238-3~~」退院支援加算3
新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に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。
- (5) 「注5」に規定する特定患者は、特定入院基本料（966点又は~~860812~~点）を算定すること。
- (6) 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（障害者施設等入院基本料を算定する病棟に限り、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料を除く。）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日経過後にあっ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	_____	左欄の状態にある期間

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)		
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。)	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、 <u>廃用症候群リハビリテーション</u> 、 <u>運動器リハビリテーション</u> 及び呼吸器リハビリテーション	週3回以上実施している週が、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（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由者」という。）及び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。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）

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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（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。

(7) 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特定入院基本料に含まれる。

なお、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、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。

~~(8) 障害者施設等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。~~

(8) 「注6」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院する患者については、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料における医療区分（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）の例に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、医療機関において診療録等に記録する。

(9) 「注6」に定める所定点数を算定する場合は、第2章特掲診療料の算定については、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料の規定に従って算定し、第1章第2部第2節入院基本料等加算については、障害者施設等入院基本料の規定に従って算定する。

(10) 平成28年3月31日時点で、継続して6月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注6によらず、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定すること。

(11) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注7」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に規定する起算日とする。

(3) 「注2」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「~~A2462383~~」退院支援加算3~~新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2~~が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に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。

(4) 「注3」に規定する有床診療所一般病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して7日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定

した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあつては、区分番号「A205」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

- イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。
- (5) 有床診療所入院基本料を算定する診療所であつて、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4」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1から6までを算定する診療所であつて、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、各区分に応じて「注5」に掲げる加算を算定することができる。
- (7) 有床診療所入院基本料1から6までを算定する診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて「注6」のイからへまでに掲げる加算を算定することができる。イとロ、ハとニ、ホとへは併算定出来ないものであること。
- (8) 「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (9) 有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注8」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。
- (10) 有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる。

なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。

- (11) 区分番号「A109」の有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合の費用

の請求については、下記のとおりとする。

ア 区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料の「注3」に定める費用は基本料に含まれるため、算定できない。

イ 区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料の「注4」から「注7」までの加算並びに及び「注8」及び「注11」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を入院初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。

この場合において、~~退院支援加算退院調整加算~~については、区分番号「A ~~246~~ ~~2-9~~ ~~8~~」~~退院支援加算退院調整加算の1又は2のロの有床診療所療養病床~~入院基本料等の場合の例により算定する。

(12) 区分番号「A109」の入院基本料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（少なくとも月に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し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。更に、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

(13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

ア 栄養管理実施加算は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態等の栄養管理を行うことを評価したものである。

イ 当該加算は、入院患者であって、栄養管理計画を策定し、当該計画に基づき、関係職種が共同して栄養管理を行っている患者について算定できる。なお、当該加算は、食事を供与しておらず、食事療養に係る費用の算定を行っていない中心静脈注射等の治療を行っている患者であっても、栄養管理計画に基づき適切な栄養管理が行われている者であれば算定対象となること。

ウ 救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定したものについては、入院初日に遡って当該加算を算定することができる。

エ 管理栄養士をはじめとして、医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

オ 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、「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」（平成~~28~~~~26~~年3月~~4~~~~5~~日保医発~~0304~~~~0305~~第1号）別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書~~の~~又はその写しを診療録に添付すること。

- (ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。
- (ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- カ 当該栄養管理の実施体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努めること。
- キ 当該診療所以外の管理栄養士等により栄養管理を行っている場合は、算定できない。
- ク 当該加算を算定する場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できない。――

(14) 「注11」に規定する有床診療所在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い有床診療所を評価したものであること。

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（少なくとも月に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当たっては、次の点に留意する。
- ア 定期的（少なくとも月に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、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録に記載する。
- (6) 「注5」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A 2 4 6 2 3 8 3」退院支援加算 3~~新生児特定集中治療室退院調整加算 1~~~~又は 2~~が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に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。
- (7) 「注6」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。
- ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の療養病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A 2 0 5」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、同一の有床診療所内に一般病床と療養病床が併存する場合で、当該一般病床から療養病床に転床した患者については、算定できないものとする。
- イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の療養病床が~~速すみ~~速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については、算定できないものとする。

- (8) 「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (9) 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8」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。
- (10) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A108」有床診療所入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「108」有床診療所入院基本料の例により算定することができる。
- なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。
- (11) 区分番号「A108」の有床診療所入院基本料の例により算定する場合、区分番号「A108」有床診療所入院基本料の「注2」から「注7」までの加算並びに及び「注8」及び「注11」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。
- この場合において、~~退院支援加算退院調整加算~~については、区分番号「A~~246~~~~29~~~~8~~」~~退院支援加算退院調整加算の1又は2のいずれの一般病棟有床診療所入院基本料等~~の場合の例により算定する。
- (12) 「注10」に規定する栄養管理実施加算の算定については、有床診療所入院基本料の(13)の例による。――
- (13) 「注11」に規定する有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い療養病床を持つ有床診療所を評価したものであること。

第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算

総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して14日を限度として算定できる。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。

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ついては、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、基幹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**分**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

- (1) 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。
- (2) 救急医療管理加算1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、咯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、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、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、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な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アからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- (5) 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。
- (6) 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している日（あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。）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~~入~~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。
- (7) 「注2」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の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7日を限度として算定する。
- (8) 「注3」に規定する小児加算は、6歳以上15歳未満の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7日を限度として算定する。

A205-2 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4.5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、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針改訂部会作成の「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。

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

- (1) 次に掲げる場合（当該妊娠及び入院医療を必要とする異常の原因疾患につき、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、母体又は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。
- ア 妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された場合
- イ 他の医療機関において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合
- ウ 助産所において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合
- (2) 本加算は、緊急搬送された妊産婦が妊娠に係る異常以外の入院医療を必要とする異常が疑われる場合においては、当該保険医療機関において産科又は産婦人科の医師と当該異常に係る診療科の医師が協力して妊産婦の緊急搬送に対応することを評価するものであり、産科又は産婦人科以外の診療科への入院の場合においても算定できる。
- (3) (1)において、受診歴とは妊婦健診及び往診等による受診を含むものである。ただし、(1)のウの場合において、当該保険医療機関が当該助産所の嘱託医療機関である場合又は当該保険医療機関の保険医が当該助産所の嘱託医である場合においては、嘱託医療機関又は嘱託医が実施した妊婦健診は、受診歴に含まない。なお、この場合においては、嘱託医療機関であること又は嘱託医の氏名を診療録に記載すること。
- (4) 妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

A206 在宅患者緊急入院診療加算

- (1) 在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関（以下この項において「受入保険医療機関」という。）においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算である。
- (2) 診療所において区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」~~特定~~施設入居時等医学総合管理料、区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、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。
- (3) 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。
- (4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、以下の場合に算定する。
- ア 「特掲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」（平成28

~~26~~年 3月 ~~4~~⁵日 保医発~~03040305~~⁰³⁰⁴第2号) の第9 在宅療養支援診療所の施設基準の1

(2) 又は第14の2 在宅療養支援病院の施設基準の1 (2) に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所(「特掲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」(平成28年3月4日保医発0304第2号)の第9 在宅療養支援診療所の施設基準の1 (2) の在宅療養支援診療所に限る。)又は在宅療養支援病院(「特掲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」の第14の2 在宅療養支援病院の施設基準の1 (2) の在宅療養支援病院に限る。)に入院させた場合

イ 「特掲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」(平成~~28~~²⁶年 3月 ~~4~~⁵日 保医発030~~4~~⁵第2号)の第16の3 在宅療養後方支援病院(当該施設基準を満たすものを以下「在宅療養後方支援病院」という。)の施設基準の1(2)に規定する連携医療機関が訪問診療を行っている患者であって、緊急時に当該在宅療養後方支援病院に入院を希望する者として当該在宅療養後方支援病院にあらかじめ届け出ている者を、当該連携医療機関の保険医の求めに応じて、当該在宅療養後方支援病院に入院させた場合

(5) 在宅患者緊急入院診療加算の「2」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入院した場合(「1」の場合を除く。)に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付すること。

(6) 受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有すること。

(7) 受入保険医療機関が、当該診療所と特別の関係(第2部通則5に規定する「特別の関係」をいう。)にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。

A 2 0 7 診療録管理体制加算

診療録管理体制加算は、適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、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。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算

(1) 医師事務作業補助体制加算は、~~地域の急性期医療を担う保険医療機関(特定機能病院を除く。)~~において、~~病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保すること~~を目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という。)を配置している体制を評価するものである。

(2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の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。

(3) 医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む。)の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関する

データ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

- (4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。ただし、医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることとする。

A207-3 急性期看護補助体制加算

- (1) 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。
- (2) 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（以下「みなし看護補助者」という。）計算することができるが、25対1急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。
- (3) 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。
- (4) 急性期看護補助体制加算又は夜間急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則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。
- (5) 「注3」に規定する夜間看護体制加算は、「注2」に規定する夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。

A207-4 看護職員夜間配置加算

- (1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第5の1の(7)に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。
- (2) 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則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。

A208 乳幼児加算・幼児加算

乳幼児加算又は幼児加算は、当該患者を入院させた場合に算定するものであって、産婦又は生母の入院に伴って健康な乳幼児又は幼児を在院させた場合にあっては、算定できない。

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算

- (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、3週を限度として算定する。
- (2) 特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算

- (1) 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟及び有床診療所（一般病床に限る。）において算定する。
- (2) 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 J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3（又は30）以上又は G C S (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）
- (3) 神経難病患者とは、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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- (1) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に対し、算定する。

ただし、上記以外の場合であって、重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、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は除く。）、重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)の基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。
- (2) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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14の「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。
- (3) 準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上のものをいう。
- (4) 「注3」の救急・在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症

児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転院する場合に、入院又は転院した日から起算して5日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の「注2」の小児加算、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又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、本加算は算定できない。また、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。

- (5) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟又は病室を除く。）においては、入院した日から起算して90日間に限り算定する。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。

~~なお、当該取扱いについては、平成27年4月1日より適用する。~~

A 2 1 3 看護配置加算

看護配置加算は、看護師比率が40%と規定されている入院基本料を算定している病棟全体において、70%を超えて看護師を配置している場合に算定する。

A 2 1 4 看護補助加算

(1) 看護補助加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において必要最小数を超えて配置している看護職員について、看護補助者とみなして計算することができる。

(2) 夜間75対1看護補助加算は、看護補助加算を算定している病棟において、当該患者が入院した日から起算して20日を限度として所定点数に加算する。なお、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。また、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。

A 2 1 8 地域加算

地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。

A 2 1 8 - 2 離島加算

離島加算は、離島における入院医療の応需体制を確保する必要があることから、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。

A 2 1 9 療養環境加算

- (1) 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。
(2) 医師並びに看護師、准看護師及び看護補助者の員数が医療法の定める標準を満たしていない病院では算定できない。

A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別加算

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、CD4リンパ球数の値にかか

わらず、抗体の陽性反応があれば、患者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除き、本加算を算定する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

- (1) 加算の対象となる者は、二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（H5N1に限る。））、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。
- (2) 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。
- (3) 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあつては、病室~~及~~~~おま~~び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）~~又~~~~また~~は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認~~及~~~~おま~~び点検を定期的実施すること。

A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算

- (1) 加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であつて、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者である。
 - ア 病状が重篤であつて絶対安静を必要とする患者
 - イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者
- (2) インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。
- (3) 当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、3年間保存しておくこと。

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算

- (1) 小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であつて、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。
 - ア 麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
 - イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
- (2) 本加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれかに該当する旨及びその病態の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算

- (1) 療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 2 - 2 療養病棟療養環境改善加算

- (1) 療養病棟療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取~~組~~組みを総合的に評価したものである。
- (2) 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算

- (1) 診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算

- (1) 診療所療養病床療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取~~組~~組みを総合的に評価したものである。
- (2) 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算

- (1) 当該加算は、保険医療機関において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があつて無菌治療室管理を行った場合に算定する。

なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

- (2) 当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として90日を限度として算定する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算

当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。

A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算

- (1) 重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。
- (2) 本加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

- (1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
- (2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、当該研修はがん診療に係る緩和ケア研修であるため、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。
- (3) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (4) 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。

- (5) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注2」に規定する点数を算定する場合は、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。
- (6) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。
- (7) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。
- (8) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。
- (9) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院~~及び~~一般病棟7対1入院基本料~~及び~~一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。ただし、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料~~及び~~一般病棟10対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。
- (10) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の~~すべて~~全てが、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した診療内容を診療録に記載すること。

A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算

- (1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合に算定する。
- (2) 緩和ケアに従事する医師、看護師は、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアに従事する医師又は看護師のいずれかは緩和ケアに関する研修を修了していること。ただし、当該研修はがん診療に係わる緩和ケア研修であるため、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。
- (3) 緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式3（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない。）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (4) 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。
- (5) 院内の見やすい場所に緩和ケア診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

A 2 2 7 精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院に係る患者について当該入院期間中1回に限り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。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあつては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算

- (1) 精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第33条の7第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その取扱いについては昭和63年4月6日健医発第433号厚生省保健医療局長通知に即して行うこと。
- (2) 当該加算は、入院初日に算定できるものであるが、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。
- (3) 応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第29条第1項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定できない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。
- (4) 診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。
- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあっては、精神保健福祉法第33条の7第2項に基づく応急入院届又は同法第33条第4項に基づく医療保護入院届の写しを診療報酬明細書に添付すること。

A 2 2 9 精神科隔離室管理加算

- (1) 当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は1日1回以上診察を行うこと。
- (2) 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、1日1回の診察の内容を診療録に記載すること。
- (3) 精神保健福祉法第36条第3項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。
- (4) 隔離時間が12時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、~~月連続する30日間~~に7日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。
- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。
- (6) 精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。
- (7) 当該加算は、「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）」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

A 2 3 0 精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟においては、総合入院体制加算は算定できず、精神病棟入院時医学管理加算のみを算定する。

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間5年を超える入院患者のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定する。

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から10日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から10日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は20日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。
- (3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。

A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチーム加算

- (1) 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したものである。
- (2) 精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (3) 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- (4) 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。
 - ア 精神科リエゾンチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同で別紙様式29の2又はこれに準じた診療実施計画書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。
 - イ 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診が週1回程度実施されており、必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加し、別紙様

式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

ウ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

エ 退院・転院後も継続した精神科医療が必要な場合、退院・転院後も継続できるような調整を行うこと。紹介先保険医療機関等に対して、診療情報提供書を作成した場合は、当該計画書及び評価書を添付する。

(5) 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。

(6) 精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算

(1) 強度行動障害入院医療管理加算は、医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児（者）に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したものである。

(2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、「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14の2の強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上のものをいう。

A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

(1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算は、アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものであり、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じて算定する。なお、ここでいう入院した日とは第2部通則5に規定するものをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

(2) 当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。

(3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。

(4) 家族等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算

(1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。

(2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI（Body Mass Index）が15未満であるものをいう。

A 2 3 2 ~~がん診療連携~~拠点病院加算

- らなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。
- (2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。
- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者
- (3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注2」に規定する点数を算定する場合、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。
- (4) 療養病棟においては栄養サポートチーム加算は入院日から起算して180日以内に限り算定可能とするが、180日を超えても定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。
- (5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。
- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。
- (6) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。
- ア 現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。
- イ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。
- (7) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料~~及び一般病棟10対1入院基本料~~を算定している病院を除く。）の一般

病棟において、算定可能である。ただし、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

- (8) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士のすべてが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。__

- (9) 「注3」に規定する歯科医師連携加算は、栄養サポートチームに歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合に、所定点数に加算する。

なお、栄養サポートチームに参加する歯科医師は、院外の歯科医師であっても差し支えないが、当該チームの構成員として継続的に診療に従事していることが必要である。

A 2 3 4 医療安全対策加算

- (1) 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、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) 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。
- (3) 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算

- (1) 感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、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) 感染制御チームは以下の業務を行うものとする。
- ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

- (3) 「注2」に掲げる加算は、感染防止対策加算1を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

A234-3 患者サポート体制充実加算

- (1) 患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項目において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、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) 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。
- (3) 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。
- (4) 区分番号「A232」に掲げるがん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの

ク 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

- (4) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

- (1) ハイリスク妊娠管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊婦であって、医師がハイリスク妊娠管理が必要と認めた者で

あること。

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ 妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

エ 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ） 前期破水を合併したもの

（ロ） 羊水過多症又は羊水過少症のもの

（ハ） 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの

（ニ） 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ） 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

オ 多胎妊娠の患者

カ 子宮内胎児発育遅延の患者

キ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者

ク 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

ケ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

コ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者

シ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス 白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ HIV陽性の患者

チ Rh不適合の患者

ツ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者
又は行う予定のある患者

テ 精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

(2) 当該加算は、1入院に20日を限度として所定点数に加算する。ただし、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。

(3) 1入院の期間中に、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算を算定するハイリスク分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院~~当~~あたり28日を限度として算定できるが、ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

(4) 妊婦とは産褥婦を含まない。

[早産指数 (tocolysis index)]

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	—	—
破水	無	—	高位破水	—	低位破水
出血	無	有	—	—	—
子宮口の開大度	無	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm以上

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算

(1) ハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦であって、医師がハイリスク分娩管理が必要と認めた者であること。

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者

イ 40歳以上の初産婦である患者

ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者

エ 妊娠高血圧症候群重症の患者

オ 常位胎盤早期剥離の患者

カ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

キ 双胎間輸血症候群の患者

ク 多胎妊娠の患者

ケ 子宮内胎児発育遅延の患者

コ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

シ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス 白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ HIV陽性の患者

チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者
又は行う予定のある患者

ツ 精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

(2) 当該加算は、ハイリスク分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、8日を限度として算定する。ただし、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。

(3) 1入院の期間中に、区分番号「A 2 3 6 - 2」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管

理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院~~当~~あたり28日を限度として算定できるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。

(4) 妊産婦とは、産褥婦を含む。

A 2 3 8 ~~削除~~退院調整加算

~~(1) 退院調整加算は、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について算定する。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。~~

~~また、退院支援計画の作成及び退院後の療養環境の調整については、病棟及び退院調整部門において、共同して行うこと。例えば、退院困難な要因を有する者の抽出及び退院支援計画の作成については、医療・看護の観点から退院困難な要因の明確化等を患者が入院している病棟において行い、退院後に必要な訪問診療や訪問看護の活用等の調整は退院調整部門で行う等、医療機関毎の退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものである。~~

~~(2) 退院調整加算は、当該医療機関が届出している以下の入院基本料毎に算定すること。~~

~~ア 退院調整加算1~~

~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料~~

~~イ 退院調整加算2~~

~~療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料~~

~~(3) 入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。~~

~~ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること~~

~~イ 緊急入院であること~~

~~ウ 介護保険が未申請の場合（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）~~

~~エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）~~

~~オ 排泄に介護を要すること~~

~~カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと~~

~~キ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと~~

~~ク 入退院を繰り返していること~~

~~ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合~~

~~(4) 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者及び家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。~~

~~(5) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。~~

- ~~ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画再作成日~~
- ~~イ 退院困難な要因~~
- ~~ウ 退院に関する患者以外の相談者~~
- ~~エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、退院調整部門それぞれ記入）~~
- ~~オ 退院に係る問題点、課題等~~
- ~~カ 退院に向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名~~
- ~~(6) 退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施すること。~~
- ~~(7) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録に貼付又は記載すること。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービスの導入に係る支援を行うこと。~~
- ~~(8) 当該加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。~~
- ~~(9) 退院先については、診療録に記載すること。~~
- ~~(10) 死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない。ただし、退院調整加算1を算定する場合に限り、他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者においても算定できるものとする。~~
- ~~(11) 退院調整加算の「2」については、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後14日以上入院していた患者に限り算定できる。~~
- ~~(12) 退院調整加算を算定する患者について、退院支援計画に加えて、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項等）を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合に地域連携計画加算を算定できる。~~
- ~~(13) 当該加算と区分番号「A-238-3」新生児特定集中治療室退院調整加算を同時に算定することはできない。~~
- ~~(14) 「注3」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟又は療養病棟において、算定可能である。ただし、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。~~
- ~~(15) 「注3」に規定する点数を算定する場合は、退院調整を行う看護師又は社会福祉士のすべてが、退院支援計画に基づき実施した支援内容を診療録に記載すること。~~

A 2 3 8 - 3 削除新生児特定集中治療室退院調整加算

- ~~(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算は、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に~~

~~入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を評価するものである。なお、対象となる患者には、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室から退室後、同一の保険医療機関の他の病床に入院している患者を含むものとする。~~

- ~~(2) 新生児特定集中治療室退院調整加算1は当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算2の要件を満たさないものについて、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。~~
- ~~(3) 新生児特定集中治療室退院調整加算2は当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者であって、出生時体重が1000g未満の新生児若しくは出生時体重が1000g以上1500g未満の新生児又は区分番号「A212」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算で規定する超重症の状態若しくは準超重症の状態が28日以上継続する患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定した場合及び当該計画に基づき退院した場合について、当該計画策定時、退院時にそれぞれ1回に限り算定する。~~
- ~~(4) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。~~
- ~~(5) 新生児特定集中治療室退院調整加算1及び2を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定する病室に入院した日から起算して7日以内に以下に該当する患者を抽出し、退院調整が必要となる可能性がある患者について、入院後7日以内に、家族と現在の病状及び今後予想される状態について、病状に忠じて退院後の生活も含めた話し合いを開始すること。さらに、入院後1月以内に、退院調整の必要性を医師、看護師及び社会福祉士を含む関係職種が合同で検討し、退院後の生活も含めて退院支援計画の作成を開始すること。~~
- ~~ア 先天奇形の患者~~
- ~~イ 染色体異常の患者~~
- ~~ウ 出生体重1,500g未満の患者~~
- ~~エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)~~
- ~~オ その他、生命に関わる重篤な状態のもの~~
- ~~入院1月以降に上記に該当する状態が発生した場合、及び、退院困難な要因が上記に該当しない場合については退院困難な要因が発生後、すみやかに家族との話し合い、及び、退院支援計画の作成を開始することが望ましい。~~
- ~~(6) 新生児特定集中治療室退院調整加算3は、当該保険医療機関への転院前の保険医療機関~~

~~において新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て転院後7日以内に退院支援計画を策定した場合に「イ」を、当該計画に基づき自宅へ退院した場合に「ロ」を、それぞれ1回に限り算定する。~~

~~なお、当該加算を算定した場合は、退院時に患者又は家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取ること。~~

~~(7) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師、社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。~~

~~(8) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。~~

A 2 3 8 - 4 ~~削除~~救急搬送患者地域連携紹介加算

A 2 3 8 - 5 ~~削除~~救急搬送患者地域連携受入加算

~~(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関（区分番号A 2 0 5救急医療管理加算、区分番号A 3 0 0救命救急入院料、区分番号A 3 0 1特定集中治療室管理料、区分番号A 3 0 1-2ハイケアユニット入院医療管理料、A 3 0 1-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料又はA 3 0 1-4小児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟へ緊急入院した患者を含む。）について、他の保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。~~

~~(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後7日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、高次の救急医療機関において転院時に算定する。~~

~~(3) 救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から7日以内に受け入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。~~

~~(4) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から7日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。~~

A 2 3 8 - 6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

A 2 3 8 - 7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

(1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、精神科救急医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟等へ緊急入院した後、2日以内に当該特定入院料を算定する病棟に転棟した患者を含む。）について、後方病床の役割を担う保険医療機関（精神病棟入院基本料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。ただし、特別の関係にあるも

のを除く。以下同じ。)で対応可能な場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑になるよう地域における連携を評価するものである。

- (2) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後60日以内に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から60日以内に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。
- (4) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の保険医療機関から転院してきた患者を後方病床の役割を担う保険医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の保険医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出ている精神科救急医療機関に転院した後、精神科救急医療機関への入院から60日以内に後方病床の役割を担う保険医療機関に転院させた場合に限り、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。精神科救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

A 2 3 8 - 8 ~~削除~~地域連携認知症支援加算

A 2 3 8 - 9 ~~削除~~地域連携認知症集中治療加算

~~(1) 地域連携認知症支援加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関(療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床)が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関の病棟(認知症治療病棟入院料算定病棟に限る。)に転院させた場合であって、60日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関の療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院した場合には、当該患者について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。~~

~~(2) 地域連携認知症集中治療加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟(療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床)から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者について、退院時に所定点数に加算する。なお、この場合において、区分番号「B009」診療情報提供料(I)は算定できない。~~

A 2 4 0 総合評価加算

- (1) 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者については、入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組みを評価するものである。なお、特定疾病に該当するか判断するに当たっては、「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び

「特定疾病にかかる診断基準」について（平成21年9月30日老老発0930第2号）」を参考に診断すること。

- (2) 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中1回に限り算定する。なお、ここでいう入院中とは、第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。
- (3) 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行うこと。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定するものであること。
- (4) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (5) 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること。
- (6) 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (7) 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師又は歯科医師は、高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
- (3) 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。
- (5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以上、60%以上又は70%以上である~~当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上又は30%以上である~~とともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、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。
- (3) 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、DPC対象病棟に入院している患者を除くものであること。

A244 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 当該保険医療機関の病棟等において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟又は治療室において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、病棟薬剤業務実施加算1にあっては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあっては1日につき所定点数に加算する。~~週1回に限り加算する。~~ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週を限度として加算できる。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。――
- (2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料、区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A102」結核病棟入院基本料、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料又は区分番号「A105」専門病院入院基本料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。
- (3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
- ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
- イ 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医

療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。

ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

i ~~医薬品~~緊急安全性情報、安全性速報

ii 医薬品・医療機器等安全性情報

iii 医薬品・医療機器等の回収等

エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。

オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。

キ 流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与に当たっては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。

ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

(4) 病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記録すること。

ウ ~~病棟薬剤業務実施加算を算定できないは、特定入院料に含まれるものであるので、これに係る病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。~~

A 2 4 5 データ提出加算

(1) 厚生労働省が実施する「D P C 導入の影響評価に係る調査」（以下「D P C 調査」という。）に準拠したデータ（以下「D P C データ」という。）が正確に作成及び継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、個別患者を特定できないように集計した後、医療機関毎に公開されるものである。また、入院医療を担う保険医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、中央社会保険医療協議会の要請により適宜活用されるものである。

(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、D P C データ作成

対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について、入院中に1回に限り算定する。算定は原則として退院時とする。なお、ここでいう入院中とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院（以下同じ。）のことをいい、入院期間が通算される再入院の場合には算定できない。

- (3) D P C対象病院において、入院中に診断群分類点数表による支払を受けたことのある患者については、機能評価係数Iで評価されているため当該加算は別途算定できない。
- (4) データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、D P C調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに当該医療機関のデータがD P C調査事務局宛てに発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。）をいう。
- (5) データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。
- (6) (2)の対象病棟とは、第1節の入院基本料（区分番号「A108」有床診療所入院基本料及び区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術等基本料（区分番号「A400」の1短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定する病棟をいう。
- (7) (2)の「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、~~D P C導入調査に準拠して~~D P Cデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨厚生労働省保険局医療課より通知された保険医療機関をいう。
- (8) データ提出加算1は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定できるものとし、データ提出加算2は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。――

A 2 4 6 退院支援加算

(1) 退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものである。

(2) 退院支援加算1にあつては、退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合
- (3) 退院困難な要因を有する患者について、退院支援加算1の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。また、退院支援加算2を算定する場合においても、できるだけ早期に患者及び家族と話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (4) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。
- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日
- イ 退院困難な要因
- ウ 退院に関する患者以外の相談者
- エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）
- オ 退院に係る問題点、課題等
- カ 退院へ向けた目標設定、支援機関、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名
- (5) 退院支援計画を実施するに当たって、退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。
- (6) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録に貼付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービスの導入に係る支援を行う。
- (7) 退院支援加算1については、当該病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
- (8) 退院支援加算3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な

要因とは、以下のものである。

ア 先天奇形

イ 染色体異常

ウ 出生体重1,500g未満

エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）

オ その他、生命に関わる重篤な状態

(9) 退院支援加算3について、入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。

(10) 退院支援加算3について、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に貼付又は記載する。なお、退院支援計画は「別紙様式6」を参考として関係職種と連携して作成することとし、病棟及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取る。

(11) 当該加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う保険医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する。

(12) 退院先については、診療録に記載する。

(13) 死亡による退院については算定できない。また、退院支援加算1又は2の「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」については、他の病院又は診療所に入院するために転院した患者については算定できない。

(14) 退院支援加算1又は2の「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」について、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後14日以上入院していた場合に限り算定できる。

(15) 「注4」において、地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、一連の治療を担う複数の保険医療機関又は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等（以下「A246」において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

また、地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。

(16) 地域連携診療計画加算の算定に当たっては、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に貼付又は記載する。

(17) 地域連携診療計画加算について、当該患者に対して連携保険医療機関等において引き続

き治療等が行われる場合には、連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。

また、当該患者が転院前の保険医療機関において当該加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

(18) 「注5」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟等及び療養病棟等において、算定可能である。ただし、「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」（平成28年3月4日保医発0304第2号）別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

(19) 「注5」に規定する点数を算定する場合は、退院支援を行う看護師及び社会福祉士が、退院支援計画に基づき実施した支援内容を全て診療録に記載すること。

A 2 4 7 認知症ケア加算

(1) 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難が見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

(2) 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号。「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添6の別紙12参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

(3) 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

(4) 身体的拘束について

ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

(5) 認知症ケア加算 1

ア 認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。

③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。

④ ①から③までについて診療録等に記載する。

ウ 認知症ケアチームは、以下の取組を通じ、当該保険医療機関における認知症ケアの質の向上を図る必要がある。

① 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週1回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。

② 週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。

③ 当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。

④ 認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施する。

(6) 認知症ケア加算 2

ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。

ウ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。＝

A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

(1) 精神疾患診療体制加算は、身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療を行った場合を評価するものである。

(2) 精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れ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。

(3) 特別の関係にある保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた患者については、精神疾患診療体制加算1を算定することはできない。

(4) 精神疾患診療体制加算1を算定する患者の精神疾患に係る薬剤は、当該保険医療機関で処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。

(5) 精神疾患診療体制加算2は、当該保険医療機関の精神保健指定医若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から3日以内に1日に限り算定すること。

(6) (5)において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。

イ 過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ 医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者

ハ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

(7) 精神疾患診療体制加算2を算定した場合には、区分番号「A300」救命救急入院基本料の注2に規定する加算及び区分番号「I001」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して4日目以降に限り、区分番号「I001」入院精神療法を算定することができる。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算

(1) 薬剤総合評価調整加算は、複数の薬剤が投与されている患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検

討した結果、既に処方されている又は新たに処方する内服薬の有効性並びに安全性、当該患者の病状及び退院後の生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、薬効の重複する薬剤の減少及び合剤への転換等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。

- (2) 「イ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものについて、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。
- (3) 「ロ」については、精神病床に入院中の患者であって、入院時又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院までの間に、抗精神病薬の種類数が2以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙36の2に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で1,000mg以上減少した場合を含めることができる。
- (4) 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (5) 「ロ」に規定する抗精神病薬の種類については、第2章第5部第2節(3)イにおける抗精神病薬の種類と同様の取扱いとする。
- (6) 算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要な応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要な応じ医師に情報提供を行う。
- (8) 当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 当該保険医療機関で薬剤総合評価調整加算又は区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。＝

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~~認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除く。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、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、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、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、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、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症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、再度病状が悪化など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、脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、総合周産期特定集中治療室（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する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、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室に入院させた場合においては、21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、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

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) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療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。
- (3) 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っては、救命救急入院料は算定できない。
- (4) 「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って、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、パーソナリティ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、精神保健福祉法第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。）又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、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、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。
- (5) 「注6」に掲げる急性薬毒物中毒加算1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（以下「急性薬毒物中毒患者」という。）の原因物質について、日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (6) 「注6」に掲げる急性薬毒物中毒加算2については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、(5)の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (7) 「注6」に掲げる急性薬毒物中毒加算1又は2については、入院初日にいずれか一方のみを算定することができる。
- (8) 「注6」に掲げる急性薬毒物中毒加算については、薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。
- (9) 「注7」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われ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。
- (10) 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。――

この際、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(12)に準ずるものとする。

また、区分番号「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に

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。__

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

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。__

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A301-4 小児特定集中治療室管理料

- (1) 小児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、15歳未満であって、次に掲げる状態にあり、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) 小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。__

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A302 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。――

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A303 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と地方厚生（支）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って、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。――

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

- (1) 新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

- (2) 新生児治療回復室入院医療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、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。

- 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

(3) 新生児治療回復室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。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

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 感染症法第6条第9項に規定する新感染症又は同法第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。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

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) 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。

(4) 「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。

(5) 「注3」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において 退院支援加算3 ~~新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2~~ が算定された患者を、特殊疾患入院医療管理料を算定する病床において

受け入れた場合に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。――

- (6) 「注4」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病室に入院するものについては、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料における医療区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。
- (7) 平成28年3月31日時点で、継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注4によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

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における入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20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。――
- なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。
- (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5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) 「注4」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た新生児の受入れを行う等、重症児の受入機能が高い病棟を評価したものである。
- ~~(5)~~ 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。
- ~~(6)~~ 小児入院医療管理料1、2、3及び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に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。
- ~~(7)~~ 小児入院医療管理料5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。――
- (8) (7)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

ア 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注4」に規定する重度認知症加算は算定することができない。

イ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注5」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。

ウ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注6」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。

エ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注7」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。

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Iを算定する。――

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する病棟である場合は、療養病棟入院基本料1の入院基本料Iにより、回復期リハビリテーション病棟入院料3を算定する病棟である場合は、療養病棟入院基本料2の入院基本料Iにより算定する。――

この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注6」に規定する看護必要度加算、同「注7」に規定する一般病棟看護必要度評価加算、同「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の(11)に準ずるものとする。

- (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「A 2 4 6 B 0 0 5 - 2」退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算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) 回復期リハビリテーション病棟入院料1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に「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7」の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」における「モニタリング及び処置等に係る項目（A項目）」について測定を行い、その結果について診療録に記載すること。
- (9) 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「H 0 0 3 - 2」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- (10) 「注2」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なりハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。
- (11) 「注3」に掲げるリハビリテーション充実加算は、回復期リハビリテーションが必要な患者に対して集中的なりハビリテーションを提供していることを評価したものである。リハビリテーション充実加算を算定する病棟においては、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入院時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。
- (12) 「注4」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、①が10名以上かつ②が6単位以上である状態が2回連続した場合をいう。②の算出には、「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」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添4第11の1（8）に示した式において「直近1か月間」とあるものを「直近6か月間」と読み替えた計算式を用いる。

①前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）

②直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者（在棟中に死亡し

た患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定により実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（(12)において「実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、実績指数が2回連続して27を下回った場合をいう。

① 退棟時のFIM運動項目の得点から、入棟時のFIM運動項目の得点を控除したもの。

② 各患者の入棟から退棟までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したもの

[計算例]

① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にFIM運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にFIM運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とすると、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$

② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$ 従って、この例では実績指数は①/②=33.3となる。

ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、実績指数の算出対象から除外できる。

① FIM運動項目の得点が20点以下のもの

② FIM運動項目の得点が76点以上のもの

③ FIM認知項目の得点が24点以下のもの

④ 年齢が80歳以上のもの

エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハ

ビリテーションを要する状態であったものに限る。)のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

カ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものについては、実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。

キ アの①及びイの実績指数の算出は、平成28年4月1日以降に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入棟した患者を対象として行う。

ク 回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたリハビリテーションの実績単位数は、注3に掲げるリハビリテーション充実加算等の施設基準に定める疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

ケ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイの実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

コ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、平成29年1月以降、各年度4月、7月、10月及び1月に、当該月にア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告する。また、ケの規定により各年度4月、7月、10月及び1月以外の月にア及びイの算出を行った場合についても、同様に報告する。

(13~~12~~) 「注5」に規定する体制強化加算 1及び2 は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び専従の社会福祉士の配置を評価したものである。

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

- (1) 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受~~付~~入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。
- (2) リハビリテーションに係る費用（区分番号「H004」に掲げる摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。
- (3) 地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから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2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地域包括ケア病棟入院料等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) 地域包括ケア病棟入院料等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) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。
- (6) 「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、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地方厚生 (支) 局長等に届け出た病棟又は病室において算定する。
- (7) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、介護老人保健施設入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。
 - ア 急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、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、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、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料を算定する病棟であること。
 - イ 介護老人保健施設入居者等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設入居者等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設入居者等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設入居者等から受け入れた患者については算定できないものとする。
- (8) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包

括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。

なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。

- (9) 地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Ⅰを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料1又は地域包括ケア入院医療管理料1の場合は療養病棟入院基本料1のⅠを、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2の場合は療養病棟入院基本料2のⅠを算定する。この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料又は区分番号「A101」療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A308」の回復期リハビリテーション病棟の(4)と同様であること。

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）、脊髄損傷等の重度の障害者、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) 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。
- (4) 「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。
- (5) 「注3」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において~~退院支援加算3 新生児特定集中治療室退院調整加算1又は2~~が算定された患者を、特殊疾患病棟入院料を算定する病床において受け入れた場合に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。__
- (6) 「注4」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院するものについては、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料における医療区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。
- (7) 平成28年3月31日時点で、継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に病室に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している

患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注4によらず、特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

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。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「A 3 0 8」の回復期リハビリテーション病棟の(4)と同様であること。
- (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、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（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関し、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。――
- (8) 注2に規定する加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。

当該保険医療機関と連携保険医療機関の間では、過去一年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績が記録されている必要がある。

また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

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 ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、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) (4)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。
- ~~(6)~~ (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。）
- ~~(7)~~ 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。
- ~~(8)~~ 「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。
- ~~(9)~~ 「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。
- ~~(10)~~ 「注4」に規定する加算は、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して7日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式37又は別紙様式37の2若しくはこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画

に基づき患者が60日以内に退院した場合に、退院時1回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において1回に限り算定できる。

~~(11)~~ 患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

~~(12)~~ 院内標準診療計画は、第2部通則7に定める入院診療計画とは別に作成すること。

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っ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) (5)により、区分番号「A 1 0 3」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A 3 0 7」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。

~~(7)~~ 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(5)の例による。

~~(8)~~ 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(6)から(8)までの例による。

~~(9)~~ 「注4」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の~~(10)~~から~~(12)~~までの例による。ただし、算定対象となる患者は、統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害又は気分（感情）障害の患者のうち、区分番号「A 2 4 9」精神科急性期医師配置加算~~「注4」に規定する加算~~を算定するものに限る。

A 3 1 1 - 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、次のいずれかに該当する患者（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 ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、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 イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において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又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者

(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) (4)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。

(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(6)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(7)から(9)までの例による。

(8) 「注4」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(10)から(12)までの例による。

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

(1) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。

(2) 当該入院料の対象は、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）である。

(3) 当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等

と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式4又は別紙様式4の2若しくはこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。

- (4) 当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。
- (5) 児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。――
- (6) (5)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。

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) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下アからウまでの~~すべて~~全ての業務を行う。

ア 退院に向けた相談支援業務

- (イ) 当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。
- (ロ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という）を、当該患者1人につき月1回以上行うこと。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

- (4) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ 当該患者について指定された退院支援相談員

エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ 当該患者

カ 当該患者の家族等

キ 相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。

- (5) 退院支援委員会の開催に当たっては、別添様式38又はこれに準じた様式を用いて会議の記録を作成し、その写しを診療録に添付すること。
- (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(7~~6~~)から(9~~8~~)までの例による。
- (7) 「注4」の重症者加算1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厚生(支)局長等に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてGAF尺度による判定が30以下の患者である場合に算定する。
- (8) 「注4」の重症者加算2は、算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の患者である場合に算定する。
- (9) 「注5」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。
- (10) 「注6」に規定する加算の算定に~~当~~あたっては、区分番号「A103」精神病棟入院基本料の(7)の例による。

A314 認知症治療病棟入院料

- (1) 認知症治療病棟入院料は、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治療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) 認知症治療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、認知症治療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。
- (5) 「注2」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。
- (6) 「注3」の認知症夜間対応加算は、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の届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が3人以上の場合、入院初日から起算して30日間に限り算定できる。

A317 特定一般病棟入院料

- (1) 特定一般病棟は、医療提供体制の確保の状況に鑑み、自己完結した医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する一般病棟が1病棟から成る保険医療機関の一般病棟

であり、当該病棟に入院した患者について算定する。

- (2) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (3) 「注5」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、特定一般病棟入院料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。
- (4) 特定一般病棟入院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。
- (5) 「注7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）として2,191点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）として1,763点を算定する。

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料

- (1) 地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。
- (2) 地域移行機能強化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、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。
 - ア 保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起
 - イ 家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施
 - ウ 退院後の医療の確保に関すること
 - (イ) 通院医療機関の確保
 - (ロ) 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討（必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保）
 - (ハ) 薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入
 - エ 居住先に関すること
 - (イ) 居住の場の検討と居住先（自宅を含む。）の確保
 - (ロ) 居住先等での試験外泊や訓練の実施
 - オ 退院後の生活に関すること
 - (イ) 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討
 - (ロ) 後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討
 - (ハ) 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保（指定一般相談支援事業者、指定特定

相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等)

(ニ) 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成（作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に交付すること）

カ その他

(イ) 市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

(ロ) 適切な日中の活動場所の検討

(ハ) 活動場所への移動手段に応じた訓練

(4) 主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

(5) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下本項において「退院支援相談員」という。）は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

(イ) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

(ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

(ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。

(ニ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という。）を、当該患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第15条の6に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年1月24日障発0124第2号）」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画

の作成に当たっては、別紙様式6の3又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。

説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

(6) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ 当該患者について指定された退院支援相談員

エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ 当該患者

カ 当該患者の家族等

キ 指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

(7) 退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア又は区分番号「I009」精神科デイ・ケアの利用については、第2部通則5に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。

(8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。

(9) 「注2」については、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)から(9)までの例により、「注3」については、区分番号「A312」精神療養病棟入院料の(7)及び(8)の例による。

第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査）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（短期滞在手術等基本料3のイからホまでを算定する場合を除く）。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。

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（短期滞在手術等基本料3を除く。）。

(2) 短期滞在手術等基本料は、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない。

(3) 保険医療機関（有床診療所を除く。）において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査等を行う場合には、特に規定する場合を除き、~~すべて~~全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、アに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合及びイに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、医学的に当該入院で実施しなければならない特別の理由がある場合に限り、これらの点数を算定すること。また、算定の理由について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合

イ 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合

ウ 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合

エ 「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査

オ 「D413」前立腺針生検法

カ 「K008」腋臭症手術の「2」皮膚有毛部切除術

キ 「K093-2」関節鏡下手根管開放手術

ク 「K196-2」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

ケ 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの
（片側）

コ 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの
（両側）

サ 「K 2 8 2」 水晶体再建術の「2」 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
シ 「K 2 8 2」 水晶体再建術の「2」 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
ス 「K 4 7 4」 乳腺腫瘍摘出術の「1」 長径5センチメートル未満
セ 「K 6 1 6 - 4」 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
ソ 「K 6 1 7」 下肢静脈瘤手術の「1」 抜去切除術
タ 「K 6 1 7」 下肢静脈瘤手術の「2」 硬化療法 (一連として)
チ 「K 6 1 7」 下肢静脈瘤手術の「3」 高位結紮術
ツ 「K 6 3 3」 ヘルニア手術の「5」 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。)
テ 「K 6 3 3」 ヘルニア手術の「5」 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。)
ト 「K 6 3 3」 ヘルニア手術の「5」 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。)
ナ 「K 6 3 3」 ヘルニア手術の「5」 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)
ニ 「K 6 3 4」 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。)
ヌ 「K 6 3 4」 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。)
ネ 「K 6 3 4」 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。)
ノ 「K 6 3 4」 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)
ハ 「K 7 2 1」 内視鏡的大腸結腸ポリープ・粘膜切除術の「1」 長径2センチメートル未満
ヒ 「K 7 2 1」 内視鏡的大腸結腸ポリープ・粘膜切除術の「2」 長径2センチメートル以上
フ 「K 7 4 3」 痔核手術 (脱肛を含む。) の「2」 硬化療法(四段階注射法によるもの)
ヘ 「K 7 6 8」 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
ホ 「K 8 6 7」 子宮頸部(腔部)切除術
マ 「K 8 7 3」 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
ミ 「M 0 0 1 - 2」 ガンマナイフによる定位放射線治療

- (4) 以下のアからエまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合
- イ 入院した日から起算して5日以内に(3)のアからミまでに掲げる手術又は検査、手術又は放射線治療の中から2以上を実施した場合。
- ウ 入院した日から起算して5日以内に(3)のアからミまでに掲げる手術又は検査、手術又は放射線治療に加えて、手術(第2章特掲診療料第10部手術に掲げるもの)を実施した場合。
- エ 入院した日から起算して5日以内に(3)のアからミまでに掲げる手術又は検査、手術又は放射線治療を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合。
- (5) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号「J 0 3

- 8」に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料費用（~~医科点数表~~第2章第5部第3節薬剤料投薬に掲げる各所定点数をいう。）並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる~~すべて~~全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。
- (6) 短期滞在手術等基本料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、第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (7) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料1又は2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等基本料1又は2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。
- (8) 短期滞在手術等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。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、入院日の前日までに行った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この限りではない。
- (9) 短期滞在手術等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。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。
- (10) 短期滞在手術等基本料1又は2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。
- (11) 同一の部位につき短期滞在手術等基本料1又は2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。
- (12) 短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等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、短期滞在手術等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。