

ず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。

第2部 入院料等

<通則>

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

5 入院中の患者の他医療機関への受診

- (1) 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- (2) 入院医療機関において、特定入院料、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という。）を算定している患者について、当該特定入院料等に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。
- (3) (2)にかかわらず、特定入院料等を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該入院医療機関に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する特定入院料等に含まれる診療が当該他医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他医療機関において、当該診療に係る費用を算定できることとする。ただし、短期滞在手術基本料2、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

- (4) 他医療機関において(3)の規定により費用を算定することのできる診療を行わせる場合には、当該患者が入院している保険医療機関において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。この場合においては、当該他医療機関において診療が行われた日に係る特定入院料等は、当該特定入院料等の所定点数から当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定するものとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。
- (5) 他医療機関において(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している保険医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」と記載すること。

6 外泊期間中の入院料等

- (1) 入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の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「C100」退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に1回に限り算定できる。

7 入院期間の計算

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

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

- (2) (1)にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

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

- (3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

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

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

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

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

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

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

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、特定承認保険医療機関、老人保健法第25条第3項第2号に規定す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

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（特殊疾患療養病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に居宅において使用するための薬剤を投与した場合は、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 複合病棟に関する取扱いについては、「複合病棟に関する基準等（平成12年厚生省告示第70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。

12 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）又は特定入院料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。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

- (1) 一般病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患療養病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注4」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあつてはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

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

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※1参照）	—————	左欄の状態にある期間
4 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※2参照）	動脈注射 ----- 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入 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等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、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週3回以上実施している週が、当該月において2週以上
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	頻回に喀痰吸引を実施している状態（※3参照）	喀痰吸引 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 ----- 人工呼吸	当該月において1週以上使用していること
10	人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓 ----- 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、脊髄損傷等の重度障害者及び重度の意識障害者
- b 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）、プリオン病及び亜急性硬化性全脳炎

※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に係る喀痰吸引を算定した場合は、当該喀痰吸引を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

※4 基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第 号）別表第四に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、定められていない。

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

(5) 「注4」に規定する特定患者が、包括病床群（第3節「A313 老人一般病棟入院医療管理料」の「注1」に規定する包括病床群をいう。）の届出を行っていない病床に入院している場合については、老人特定入院基本料（928点又は790点）を算定すること。

また、老人特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤及び特定保険医療材料の費用並びに浣腸、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に際して薬剤又は特定保険医療材料を使用した場合の当該薬剤又は特定保険医療材料に係る費用は、老人特定入院基本料に含まれるものであること。

老人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、老人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。

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

A101 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料1（平成18年6月30日までに限る。）

ア 療養病棟入院基本料1は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、入院基本料1等の各区分の所定点数を算定する。

イ 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、同じ区分の療養病棟入院基本料1の入院基本料を算定するものとする。

ウ 療養病棟入院基本料1に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用並びに浣腸、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1に含まれる。

エ 療養病棟入院基本料1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。

オ 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の要件を満たすとともに、次の(i)から(ii)までの要件を満たすことが必要である。

(i) 当該加算の基準に基づき、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。

(ロ) 当該加算算定患者については、定期的（原則として月に1回）に当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。

(ハ) 患者の状態に著しい変化が見られた場合には、その都度、当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。評価に変更がある場合には、新たな点数を算定する。

(ニ) 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（当該加算の基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合については、その都度、同様に記載すること。

カ 療養病棟入院基本料1を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A102 結核病棟入院基本料

(1) 結核病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た結核病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。

(2) 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。

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

A103 精神病棟入院基本料

(1) 精神病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

(2) 当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。

(3) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の基準を満たすとともに、次の(イ)から(ハ)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。

(イ) 入院時において、当該加算の基準に基づくランクがMであること。

(ロ) 当該加算の基準に基づき、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。

(ハ) 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（当該加算の基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

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

A104 特定機能病院入院基本料

- (1) 特定機能病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(2)、結核病棟入院基本料の(2)及び精神病棟入院基本料の(2)の例による。
- (3) 「注3」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の基準を満たすとともに、次の(イ)から(ハ)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。
- (イ) 入院時において、当該加算の基準に基づくランクがMであること。
- (ロ) 当該加算の基準に基づき、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。
- (ハ) 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（当該加算の基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。
- (4) 当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(3)から(5)の例による。
- (5) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A105 専門病院入院基本料

- (1) 専門病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。
- (3) 当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(3)から(5)の例による。
- (4) 専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注4」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A106 障害者施設等入院基本料

- (1) 障害者施設等入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、10対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の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) 当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、