

「日医標準レセプトソフト」

平成 26 年 4 月診療報酬改定対応
(入 院)

初版

2014 年 3 月 24 日

公益社団法人 日本医師会

= 目次 =

■入院医療の改定	3
1. 栄養管理体制の見直しについて	3
2. 月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	5
3. 看護配置の基準見直し（病院）	6
3-1. 一般病棟における長期入院患者の評価（平成 26 年 10 月 1 日施行）	6
3-2. 7 対 1 入院基本料の基準変更	7
4. 解釈の明確化	7
5. 入院基本設定の切り替え（システム管理 5000）	8
6. 病棟設定の切り替え（システム管理 5001）	10
7. 病室設定の切り替え（システム管理 5002）	12
8. 入退院登録画面での短期滞在手術等基本料 3 の選択について	13
9. (I01)入退院登録画面の入院料選択欄変更	14
10. 入退院登録画面の加算設定	14
11. 定数超過から特定入院料の除外	14
12. 入院会計の一括置換プログラム	15
入院料等（入院基本料）	16
A100 一般病棟入院基本料	16
A101 療養病棟入院基本料	18
A102 結核病棟入院基本料	20
A103 精神病棟入院基本料	21
A104 特定機能病院入院基本料	22
A105 専門病院入院基本料	24
A106 障害者施設等入院基本料	25
A108 有床診療所入院基本料	26
A109 有床診療所療養病床入院基本料	29
入院料等（入院基本料等加算）	30
A200 総合入院体制加算	30
A205 救急医療管理加算	30
A207 診療録管理体制加算	30
A207-2 医師事務作業補助体制加算	30
A207-3 急性期看護補助体制加算	31
A226-2 緩和ケア診療加算	31
A230-3 精神科身体合併症管理加算	32
A233-2 栄養サポートチーム加算	32
A234-2 感染防止対策加算	32
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	32
A238 退院調整加算	33
A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算	33
A244 病棟薬剤業務実施加算	33
A245 データ提出加算	34

入院料等（特定入院料）	35
A 3 0 0 救命救急入院料	35
A 3 0 1 特定集中治療室管理料	37
A 3 0 1－2 ハイケアユニット入院医療管理料	38
A 3 0 1－3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	38
A 3 0 1－4 小児特定集中治療室管理料	39
A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料	39
A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料	40
A 3 0 3－2 新生児治療回復室入院医療管理料	41
A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料	41
A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料	41
A 3 0 7 小児入院医療管理料	42
A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料	42
A 3 0 8－2 亜急性期入院医療管理料	43
A 3 0 8－3 地域包括ケア病棟入院料	44
A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料	47
A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料	47
A 3 1 1 精神科救急入院料	47
A 3 1 1－2 精神科急性期治療病棟入院料	48
A 3 1 1－3 精神科救急・合併症入院料	48
A 3 1 1－4 児童・思春期精神科入院医療管理料	49
A 3 1 2 精神療養病棟入院料	49
A 3 1 4 認知症治療病棟入院料	49
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	50
短期滞在手術基本料	52
A 4 0 0 短期滞在手術等基本料	52

■入院医療の改定

今回の改定では、消費税増税に伴う入院点数の変更、栄養管理体制の見直し、入院料算定要件の見直し、特定入院料の新設等があります。既に 4 月分以降の入院会計が改定前の内容で作成済みの場合はマスタ更新及びプログラム更新を実施した後、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」「5002 病室管理情報」の有効期間及び登録内容を切り替えた後、「31 入院登録」で 4 月 1 日異動日で異動処理を行うか、「52 月次統計」業務より、入院会計の一括置換プログラム(P.15 参照)を実行して入院会計の更新を行ってください。

システム管理の「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」については有効期間の切り替え処理を必ず行ってください。

1. 栄養管理体制の見直しについて

平成 24 年改正で入院料等の通則が以下になりました。

平成 24 年 4 月 1 日から
第 1 章 第 2 部 通則 7 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を満たす場合に限り、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）及び第 3 節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。 [経過措置] 平成 24 年 3 月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年 3 月 31 日までの間は、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、栄養管理体制の基準を満たしているものとする。

※栄養管理体制・・・当該保険医療機関内に、栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること。ただし、有床診療所においては非常勤であっても差し支えない。

これについて、平成 26 年改正で通則 8 が追加されます。

平成 26 年 4 月 1 日から
第 1 章 第 2 部 通則 8 7 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第 1 節（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点を減算する。

これにより栄養管理体制基準も変更され、病院については常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置が平成 26 年 6 月 30 日まで延長され、平成 26 年 7 月 1 日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合は、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合に限り、特別入院基本料とは別に入院基本料を減算する措置が設けられます。

診療所については平成 24 年度診療報酬改定で有床診療所の入院基本料に包括化された栄養管理実施加算について、包括化が見直され、入院基本料を 11 点引き下げるとともに、栄養管理実施加算（12 点）が新設されます。

【参考】栄養管理体制基準

平成 26 年 3 月まで	改 正
[入院料の通則における栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所においては非常勤でも可）が 1 名以上配置されていること。 ② 平成 24 年 3 月 31 日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、平成 26 年 3 月 31 日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。	[入院料の通則における栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所においては非常勤でも可）が 1 名以上配置されていること。 ② 平成24年3月31日において、改正前の栄養管理実施加算の届け出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年6月30日までの間は、①の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を届け出ること。 ③ ②の届け出を行った保険医療機関であって、<u>平成 26 年 7 月 1 日以降、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士が 1 名以上配置されている場合に限り、入院料の所定点数から 40 点（1 日につき）を控除した点数により算定すること。</u>

③の 40 点控除については平成 26 年 7 月 1 日施行であり、該当入院料コード也未提供であることから、今回の改定対応には含めません。

【対応内容】

有床診療所についてシステム管理「5001 病棟管理情報」で有効期間が平成 26 年 4 月以降の病棟について栄養管理実施加算の設定を可能としました。

また、平成 26 年 3 月迄、栄養管理体制の経過措置の場合に算定していた

「〇〇〇〇入院基本料（栄養経過措置）」の入院料は経過措置の終了に伴い診療行為コードが廃止となることから、有床診療所については有効期間が平成 26 年 4 月以降のシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」から「栄養管理経過措置」の設定項目を削除しました。

病院の場合は、平成 26 年 7 月からの 40 点減算対応に備えて項目を残します。

2. 月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について

月平均夜勤時間 72 時間要件のみを満たせない場合に、一般病棟 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料と同様に 8 割相当の入院基本料を算定できるよう各入院基本料に 2 割減算の規定が新設されます。

平成 26 年 3 月まで	改 正
例： A100 一般病棟 7 対 1 特別入院基本料 A100 一般病棟 10 対 1 特別入院基本料	月平均夜勤時間超過減算として 20/100 を減算する対象入院料 A100 一般病棟入院基本料 A101 療養病棟入院基本料 2 A102 結核病棟入院基本料 A103 精神病棟入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料

〔算定要件〕

月平均夜勤時間が 72 時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近 3 月に限り算定できる。

〔緩和措置の対象外の入院基本料〕

A104 特定機能病院入院基本料、A105 専門病院入院基本料

〔月平均夜勤時間 72 時間以下であるという要件の対象外の入院基本料〕

A101 療養病棟入院基本料 1、A108 有床診療所入院基本料、A109 有床診療所療養病床入院基本料

夜勤超過時間減算の入院基本料を算定する場合は、システム管理「5001 病棟管理情報」で有効期間が平成 26 年 4 月以降に設定可能となる「月平均夜勤時間超過」を“1 超過あり”と設定してください。（初期値は“0 超過なし”となります）

設定後に入院登録又は異動処理等を実施すると「一般病棟 1 3 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）897 点」のように 2 割減算点数の入院基本料で入院会計を作成します。

(W20)システム管理情報-病棟管理情報設定 - ©RCA 病院 [ormaster]

番号	病棟名称	病棟種別	特定入院料	病棟科名	入院基本料	入院基本点数	収容人数	有効開始日
1	一般病棟	一般病棟		内科	一般病棟 1 0 対 1 入院基本料	1332	8	H26. 4. 1

病棟番号: 1 | 病棟名称: 一般病棟 | 短縮病棟名: 一般病棟 | 特定入院料: | 基準日: H26. 4. 1

病棟科名: 01 内科 | 病棟種別: 01 一般病棟 | 入院基本料: 02 一般病棟 1 0 対 1 入院基本料 | 1332 点

月平均夜勤時間超過: 1 超過あり

レセプト表示区分: |

加算 1 | 加算 2

看護補助加算	00 算定しない	精神科急性期医師配置加算	1 算定しない
看護必要度加算	1 算定しない	医師事務作業補助体制加算 1	1 算定しない
一般病棟看護必要度評価加算	2 算定する	医師事務作業補助体制加算 2	1 算定しない
A D L 維持向上等体制加算	1 算定しない	急性期看護補助体制加算	1 算定しない
精神保健福祉士配置加算	1 算定しない	夜間急性期看護補助体制加算	1 算定しない
体制強化加算	1 算定しない	看護職員夜間配置加算	1 算定しない
看護職員配置加算	1 算定しない	難病患者等入院診療加算	2 算定する
看護補助者配置加算	1 算定しない		

有効期間 開始日: H26. 4. 1 ~ 終了日: 99999999 | 1 継続

戻る クリア 基準日 タブ切替 追加 変更 削除 病室 入院料加算

3. 看護配置の基準見直し（病院）

3-1. 一般病棟における長期入院患者の評価（平成 26 年 10 月 1 日施行）

一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、平成 24 年度診療報酬改定で見直しを行われた 13 対 1、15 対 1 一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しが行われます。なお、下記の二つの取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することになります。

- | |
|--|
| (1) 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。 |
| (2) 90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）とする。 |

平成 26 年 3 月まで	改 正
・ 一般病棟入院基本料 （7 対 1、10 対 1） ・ 特定機能病院入院基本料 （一般病棟 7 対 1、10 対 1） ・ 専門病院入院基本料 （7 対 1、10 対 1、13 対 1） 特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者については、特定入院基本料として 939 点を算定する。	・ 一般病棟入院基本料 （7 対 1、10 対 1） ・ 特定機能病院入院基本料 （一般病棟 7 対 1、10 対 1） ・ 専門病院入院基本料 （7 対 1、10 対 1、13 対 1） <u>届出を行った病棟については、当該病棟に 90 日を超えて入院する 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 1 の例により算定する。</u>

〔経過措置〕

- ① 上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。
- ② 7 対 1、10 対 1 の病棟において上記の (2) を選択した場合、平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間、医療区分 3 とみなす。
- ③ 上記の (2) を選択した病棟のうち 1 病棟については、平成 27 年 9 月 30 日までの間、当該病棟の 2 室を指定し、その中の 4 床までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる。当該病床の患者については平均在院日数の計算対象から除外する。

※平成 26 年 10 月 1 日施行であり、該当入院料コードも未提供であることから、今回の改定対応には含めません。

3-2. 7対1入院基本料の基準変更

平成 26 年 3 月まで	改 正
・一般病棟入院基本料（7対1） ・特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1） ・専門病院入院基本料（7対1） 〔施設基準〕 ① 看護配置が常時7対1以上であること。 ② 看護職員の7割以上が看護師であること。 ③ 平均在院日数が18日以内であること。 ④ 看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。 ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。	・一般病棟入院基本料（7対1） ・特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1） ・専門病院入院基本料（7対1）】 〔施設基準〕 ① 看護配置が常時7対1以上であること。 ② 看護職員の7割以上が看護師であること。 ③ 平均在院日数が18日以内であること。 ④ <u>重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。</u> ⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。 ⑥ <u>退院患者のうち、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出を行っている病棟若しくは病室、療養病棟（在宅復帰機能強化加算（新設・後述）を届け出ている病棟に限る）、居住系介護施設又は介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型介護老人保健施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものに限る）に退院した者の割合が75%以上であること。</u> ⑦ <u>データ提出加算の届出を行っていること。</u>

〔経過措置〕

- ① 平成26年3月31日に7対1一般病棟入院基本料、一般病棟7対1特定機能病院入院基本料、7対1専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成26年9月30日までの間、上記⑥の基準を満たしているものとする。
- ② 平成26年3月31日に7対1一般病棟入院基本料、一般病棟7対1特定機能病院入院基本料、7対1専門病院入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までの間、上記⑦の基準を満たしているものとする。

4. 解釈の明確化

施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする。

平成 26 年 3 月まで	改 正
例【A219 療養環境加算】 病室に係る病床の面積が1病床当たり8平方メートル以上であること。	例【A219 療養環境加算】 病室に係る病床の面積が、<u>内法による測定で、</u>1病床当たり8平方メートル以上であること。

〔経過措置〕

- ① 上記の取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。
- ② ①に関わらず、平成26年3月31日時点において既に届け出ている医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、壁芯での測定でも差し支えない。

5. 入院基本設定の切り替え（システム管理 5000）

マスタ更新及びプログラム更新後にシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で平成 26 年 4 月以降に設定可能となる入院料加算は別表 1 の内容となります。

システム管理の有効開始日を平成 26 年 4 月 1 日以降とすることで設定が可能となります。

システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の有効期間切り替えは、以下の手順で行ってください。

有効期間「平成 24 年 4 月 1 日～99999999」のデータが存在している場合

- (1). (W01) システム管理情報設定画面で選択番号の入力、又はマウスでの選択により、有効期間「平成 24 年 4 月 1 日～99999999」のデータを選択し、「確定」(F12)を押下します。
- (2). (W24) システム管理情報－医療機関入院基本情報設定画面の右上に表示される有効期間が「H26. 4. 1」～「99999999」と表示されていることを確認し、入院料加算の設定を行った後、「登録」(F12)を押下してください。
- (3). 再度 (W01) システム管理情報設定画面で、平成 26 年 4 月 1 日から開始となるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」が存在していることを確認してください。

新規導入でシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」のデータが存在しない場合

- (1). (W01) システム管理情報設定画面で有効年月日に「00000000～99999999」を入力し、「確定 (F12)」を押下します。
- (2). (W24) システム管理情報－医療機関入院基本情報設定画面の右上に表示される有効期間が「H26. 4. 1」～「99999999」と表示されていることを確認し、入院料加算等の設定を行った後、「登録 (F12)」を押下してください。
- (3). (W01) システム管理情報設定画面で、平成 26 年 4 月 1 日開始日となるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」が存在していることを確認してください。

別表 1 システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で設定可能な入院料加算

	平成 26 年 4 月 1 日から
病 院	A200 総合入院体制加算 1（新設） 総合入院体制加算 2（平成 26 年 3 月 31 日までの総合入院体制加算）
	A204 地域医療支援病院入院診療加算
	A204-2 基幹型臨床研修病院入院診療加算 協力型臨床研修病院入院診療加算
	A207 診療録管理体制加算 1（新設） 診療録管理体制加算 2（平成 26 年 3 月 31 日までの診療録管理体制加算）
	A208 乳幼児加算（病院） 幼児加算（病院）
	A218-2 離島加算
	A230 精神病棟入院時医学管理加算

病 院	A234 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 2 A234-2 感染防止対策加算 1 感染防止対策加算 2 感染防止対策地域連携加算 A234-3 患者サポート体制充実加算 A243 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算 2 A218 地域加算
診療所	A207 <u>診療録管理体制加算 1（新設）</u> 診療録管理体制加算 2（平成 26 年 3 月 31 日までの診療録管理体制加算） A208 乳幼児加算（診療所） 幼児加算（診療所） A218-2 離島加算 A234 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 2 A234-2 感染防止対策加算 1 感染防止対策加算 2 感染防止対策地域連携加算 A234-3 患者サポート体制充実加算 A243 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算 2 A218 地域加算

6. 病棟設定の切り替え（システム管理 5001）

マスタ更新及びプログラム更新後にシステム管理「5001 病棟管理情報」で病棟の有効開始日を平成 26 年 4 月以降に設定すると、別表 2 の入院料及び入院料加算が設定可能となります。
病棟有効開始日の切り替えは病棟番号の入力、又はマウスでの選択により該当病棟を表示した後、有効期間の開始日欄に平成 26 年 4 月 1 日を上書き入力し、他の項目を設定した後に「追加 (F6)」を押下することで登録が可能です。

「追加 (F6)」押下時に「有効期間の重複するデータが存在します。前の期間を区切りますか」と確認メッセージが表示されたら「OK (F12)」を押下し登録を続行してください。

別表 2 システム管理「5001 病棟管理情報」で設定可能な入院料及び入院料加算

	平成 26 年 4 月 1 日から
病 院	[入院基本料]の削除（経過措置の終了） A100 一般病棟 7 対 1 入院基本料（経過措置） 一般病棟 7 対 1 特別入院基本料（経過措置） A104 特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料（経過措置） A105 専門病院 7 対 1 入院基本料（経過措置）
	[特定入院料]の追加 A308-3 <u>地域包括ケア病棟入院料 1（新設）</u> <u>地域包括ケア病棟入院料 2（新設）</u> <u>地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）（新設）</u> <u>地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）（新設）</u>
	[入院料加算] 設定できる入院料加算の追加に伴い、加算設定をタブ化しました。
	A207-2 <u>医師事務作業補助体制加算 1（新設）</u> <u>（1 5 対 1 補助体制加算）</u> <u>（2 0 対 1 補助体制加算）</u> <u>（2 5 対 1 補助体制加算）</u> <u>（3 0 対 1 補助体制加算）</u> <u>（4 0 対 1 補助体制加算）</u> <u>（5 0 対 1 補助体制加算）</u> <u>（7 5 対 1 補助体制加算）</u> <u>（1 0 0 対 1 補助体制加算）</u>
	※平成 26 年 3 月までの医師事務作業補助体制加算は医師事務作業補助体制加算 2 へ移行
	A100 一般病棟 7 対 1、10 対 1 A104 特定機能病院（一般病棟） A105 専門病院 7 対 1、10 対 1 の注加算 <u>A D L 維持向上等体制加算（新設）</u>

病 院	A101 療養病棟入院基本料 1 の注加算 <u>在宅復帰機能強化加算（新設）</u> A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 1 の注加算 <u>精神科急性期医師配置加算（新設）</u> A103 精神病棟入院基本料 A312 精神療養病棟入院料 の注加算 <u>精神保健福祉士配置加算（新設）</u> A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の注加算 <u>体制強化加算（新設）</u> A308-3 地域包括ケア病棟入院料 の注加算 <u>看護職員配置加算（新設）</u> <u>看護補助者配置加算（新設）</u>
診療所	[入院料]の追加 A108 有床診療所入院基本料 <u>有床診療所入院基本料 1（新設）</u> <u>有床診療所入院基本料 2（新設）</u> <u>有床診療所入院基本料 3（新設）</u> ※平成 26 年 3 月 31 日までの、有床診療所入院基本料 1、2、3 は 4、5、6 に変更となります。 ※※注意事項・・・一般・療養相互算定の設定を行っている医療機関であって療養病床で「1 相互算定する（診 1）」、「2 相互算定する（診 2）」、「3 相互算定する（診 3）」の設定をされている場合は、4 月 1 日以降の「一般・療養相互算定」の再設定を必ず実施してください。 [入院料加算] A108 有床診療所入院基本料の注加算 <u>看護補助配置加算 1（新設）</u> <u>看護補助配置加算 2（新設）</u> A108 有床診療所入院基本料, A109 有床診療所療養病床入院基本料の注加算 <u>栄養管理実施加算（新設）</u>

7. 病室設定の切り替え（システム管理 5002）

マスタ更新及びプログラム更新後にシステム管理「5002 病室管理」で病室の有効開始日を平成 26 年 4 月以降に設定すると、別表 3 の特定入院料が設定可能となります。

病室有効開始日の切り替えは病棟の切り替えと同様に、病室番号の入力、又はマウスでの選択により該当病室を表示した後、有効期間の開始日欄に平成 26 年 4 月 1 日を上書き入力し、他の項目を設定した後に「追加 (F6)」を押下することで登録が可能です。

「追加 (F6)」押下時に「有効期間の重複するデータが存在します。前の期間を区切りますか」と確認メッセージが表示されたら「OK (F12)」を押下し登録を続行してください。

別表 3 システム管理「5002 病室管理」で設定可能な特定入院料

	平成 26 年 4 月 1 日から
病 院	[特定入院料]の削除 A301-2（経過措置により平成 26 年 9 月 30 日まで） ハイケアユニット入院医療管理料 A308-2（経過措置により平成 26 年 9 月 30 日まで） 亜急性期入院医療管理料 1 亜急性期入院医療管理料 2 亜急性期入院医療管理料 1（指定地域） 亜急性期入院医療管理料 2（指定地域） A317（経過措置により平成 26 年 9 月 30 日まで） 特定一般病棟入院料（亜急性期入院医療管理） 特定一般病棟入院料（亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者）
	[特定入院料]の追加 A301 <u>特定集中治療室管理料 1（新設）</u> <u>特定集中治療室管理料 2（特定集中治療室管理料）（新設）</u> <u>特定集中治療室管理料 2（広範囲熱傷特定集中治療室）（新設）</u> ※平成 26 年 3 月 31 日までの、特定集中治療室管理料 1、2 は 3、4 に変更
	A301-2 <u>ハイケアユニット入院医療管理料 1（新設）</u> <u>ハイケアユニット入院医療管理料 2（新設）</u>
	A308-3 <u>地域包括ケア入院医療管理料 1（新設）</u> <u>地域包括ケア入院医療管理料 2（新設）</u> <u>地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）（新設）</u> <u>地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）（新設）</u>
	A317（注 7） <u>特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料 1）（新設）</u> <u>特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料 2）（新設）</u>

8. 入退院登録画面での短期滞在手術等基本料 3 の選択について

短期滞在手術基本料 3 について対象手術が 2 種類から、検査・手術の 21 種類に拡大され、これに伴い、入院料コードも検査・手術毎に新設されました。

これまで、短期滞在手術基本料 3 を算定する場合は、「(I01)入退院登録画面」の特定入院料選択欄より短期滞在手術基本料 3 を選択していましたが、これについて平成 26 年 4 月以降の入院料を全て表示すると表示数が多くなり、誤った選択を行ってしまう可能性があることから、医療機関で算定する可能性がある入院料だけを表示可能とする機能を実装しました。

事前にシステム管理「5003 短期滞在手術等基本料 3 情報」で、医療機関で算定する可能性のある短期滞在手術等基本料 3 を設定してください。

(W37)システム管理情報 - 短期滞在手術等基本料3情報 - ORCA病院 [ormaster]

有効期間 00000000 ~ 99999999

- ☐ 短手3 (終夜睡眠ポリグラフィー1 (携帯用装置使用))
- ☐ 短手3 (終夜睡眠ポリグラフィー2 (多点感圧センサ))
- ☐ 短手3 (終夜睡眠ポリグラフィー3 (1及び2以外))
- ☐ 短手3 (小児食物アレルギー負荷検査)
- ☐ 短手3 (前立腺針生検法)
- ☐ 短手3 (腋臭症手術 (皮膚有毛部切除術))
- ☒ 短手3 (関節鏡下手根管開放手術)
- ☐ 短手3 (胸腔鏡下文感神経節切除術 (両側))
- ☐ 短手3 (水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他のもの)
- ☐ 短手3 (水晶体再建術 (眼内レンズ挿入しない場合))
- ☐ 短手3 (乳腺腫瘍摘出術 (長径5cm未満))
- ☐ 短手3 (下肢静脈瘤手術 (抜去切除術))
- ☐ 短手3 (下肢静脈瘤手術 (硬化療法))
- ☐ 短手3 (下肢静脈瘤手術 (高位結紮術))
- ☒ 短手3 (鼠径ヘルニア手術 (15歳未満))
- ☒ 短手3 (鼠径ヘルニア手術 (15歳以上))
- ☐ 短手3 (腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (15歳未満))
- ☐ 短手3 (腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (15歳以上))
- ☐ 短手3 (内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2cm未満)
- ☐ 短手3 (内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2cm以上)
- ☐ 短手3 (痔核手術 (硬化療法 (四段階注射法)))
- ☐ 短手3 (子宮頸部 (腔部) 切除術)
- ☐ 短手3 (子宮鏡下子宮筋腫摘出術)
- ☐
- ☐

戻る 全選択 削除 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 登録

「(W37) システム管理情報 - 短期滞在手術等基本料 3 情報」

画面の例では、関節鏡下手根管開放手術、鼠径ヘルニア手術 (15歳未満)、鼠径ヘルニア手術 (15歳以上) の3つを選択した状態です。

「(I01)入退院登録画面」の特定入院料選択欄には、上記画面で設定した入院料のみ表示選択が可能となります。

9. (I01)入退院登録画面の入院料選択欄変更

医科診療行為マスターより

「190161110 特定入院基本料（専門病院入院基本料）（特別入院基本料等算定患者）」

が削除されたことに伴い、専門病棟に入院登録する際の入院料選択欄から「特定入院基本料（特別入院基本料算定患者）」を削除しました。（平成 26 年 4 月 1 日以降）

また、「190161310 特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）（特別入院基本料等算定患者）」

についても、名称が「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）（夜勤時間超過減算）」に変更となったことに伴い、障害者施設等病棟に入院登録する際の算定入院料欄から「特定入院基本料（特別入院基本料算定患者）」を削除しました。

「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）（夜勤時間超過減算）」は、障害者施設等病棟の病棟設定が月平均夜勤時間超過が“1 超過あり”と設定されている場合に、入院料選択で「特定入院基本料」を選択した場合に算定されます。（平成 26 年 4 月 1 日以降）

10. 入退院登録画面の加算設定

平成 26 年 4 月 1 日より (I01) 入退院登録で算定可能な加算を追加します。

190177170	救急・在宅等支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）
-----------	-----------------------------

システム管理「1006 施設基準情報」に設定されたフラグを判定して、(I01) 入退院登録の入院料加算コンボボックスに算定可能な加算を表示します。

システム管理「1006 施設基準情報」に設定する施設基準と対象入院料加算

施設基準コード	画面表示する入院料加算
無し	A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注加算 190177170 救急・在宅等支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）（新） 150 点 ※地域包括ケア病棟入院料を算定時に入院料加算コンボボックスを表示し選択可能とします。

11. 定数超過から特定入院料の除外

医科診療行為マスターより

「190122990 定数超過入院基本料減額（100分の10）（特定入院料）」

「190123090 定数超過入院基本料減額（100分の20）（特定入院料）」

が削除されたことに伴い、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で定数超過設定されている場合であっても、特定入院料については減額対象外としました。（平成 26 年 4 月 1 日以降）

12. 入院会計の一括置換プログラム

改正によるシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」「5002 病室管理情報」の設定変更を行った後、4 月分の入院会計を再作成する必要があります。(算定入院料に変更が無い場合であっても、消費税増税により入院点数が変動している為、入院会計の再作成は必須となります。)

また、システム管理の設定変更後であっても 3 月入院月で入院登録を実施した場合は入院日時点のシステム管理設定内容に基づいて 2 ヶ月分の入院会計を作成していることから、この場合についても 4 月分の入院会計再作成が必要となります。

この入院会計再作成を一括処理で可能とするプログラムを提供します。

以下の処理手順により実行してください。

- ① システム管理「3002 統計帳票出力情報 (月次)」より処理プログラムの登録を行います。

「(W01) システム管理情報設定」画面の区分コードは未使用の番号を数字 3 桁で指定し、有効年月日は 00000000～99999999 としてください。

確定ボタン (F 1 2) 押下で「(W10) システム管理情報－統計帳票出力情報」に遷移し、以下の項目を入力し登録します。

帳票名	入院会計一括置換	
プログラム名	ORCBNYUINCHG	
帳票パラメタ 1	対象処理年月	YM (必須項目)
帳票パラメタ 2	対象病棟番号	BTUNUM (任意項目)

- ② システム管理に登録したプログラムを「52 月次統計」業務より実行します。

対象処理年月に平成 26 年 4 月を指定します。(西暦、和暦どちらでもかまいません)

病棟を指定して処理を行いたい場合については対象病棟番号を指定します。(未設定の場合は全病棟を対象に処理を行います。)

- ③ 処理が終了すると「入院会計一括置換リスト」が作成されるので、更新後の (I41) 入院会計照会画面と併せて更新結果を確認してください。

[制限事項]

- ・ 処理対象月に入院登録、異動処理を実施された患者は処理対象外となります。
- ・ 処理対象月に退院登録済みの患者は処理対象外となります。
- ・ 処理対象月に入院会計が未作成の患者は処理対象外となります。

入院料等（入院基本料）

A100 一般病棟入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
一般病棟 7 対 1 入院基本料	1,566 点	一般病棟 7 対 1 入院基本料	1,591 点
一般病棟 10 対 1 入院基本料	1,311 点	一般病棟 10 対 1 入院基本料	1,332 点
一般病棟 13 対 1 入院基本料	1,103 点	一般病棟 13 対 1 入院基本料	1,121 点
一般病棟 15 対 1 入院基本料	945 点	一般病棟 15 対 1 入院基本料	960 点

【注の見直し】点数の見直しと月平均夜勤時間72時間要件

平成 26 年 3 月まで		改 正	
一般病棟特別入院基本料	575 点	一般病棟特別入院基本料	584 点
		[夜勤時間超過減算時]	
一般病棟 7 対 1 特別入院基本料	1,244 点	一般病棟 7 対 1 入院基本料	1,273 点
一般病棟 10 対 1 特別入院基本料	1,040 点	一般病棟 10 対 1 入院基本料	1,066 点
		一般病棟 13 対 1 入院基本料	897 点
		一般病棟 15 対 1 入院基本料	768 点
		※入院期間加算は特別入院基本料算定時と同様となる。	

【注の削除】90日超え入院患者の特定入院基本料廃止

平成 26 年 3 月まで		改 正	
注 8 注 1 から注 3 までの規定にかかわらず、13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては、特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として 939 点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790 点を算定する。		（削除） ※平成 26 年 9 月 30 日までは経過措置により以下を算定する 特定入院基本料（一般病棟入院基本料）966 点 特定入院基本料（一般病棟入院基本料）（特別入院基本料等算定患者）812 点	

【注の見直し】90日超え入院患者の医療区分及びADL区分を用いた包括評価

平成 26 年 3 月まで		改 正	
注 13 13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの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、注 1 から注 12 までの規定にかかわらず、区分番号 A101 に		注 11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの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、注 1 から注 10 までの規定にかかわらず、区分番号 A101 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の例により算定する。	

掲げる療養病棟入院基本料 1 の例により算定する。	
---------------------------	--

7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料の A 1 O 1 による算定は平成 26 年 10 月 1 日施行であり、該当入院料コードも未提供であることから、今回の改定対応には含めません。

【注 12 の追加】 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を算定する患者の注加算新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>A D L 維持向上等体制加算</u> 25 点 (1 日につき、入院した日から 1 4 日限度)

A 1 0 1 療養病棟入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
療養病棟入院基本料 1 入院基本料 A 1,769 点 (生活療養を受ける場合 1,755 点) 入院基本料 B 1,716 点 (生活療養を受ける場合 1,702 点) 入院基本料 C 1,435 点 (生活療養を受ける場合 1,421 点) 入院基本料 D 1,380 点 (生活療養を受ける場合 1,366 点) 入院基本料 E 1,353 点 (生活療養を受ける場合 1,339 点) 入院基本料 F 1,202 点 (生活療養を受ける場合 1,188 点) 入院基本料 G 945 点 (生活療養を受ける場合 931 点) 入院基本料 H 898 点 (生活療養を受ける場合 884 点) 入院基本料 I 796 点 (生活療養を受ける場合 782 点)	療養病棟入院基本料 1 入院基本料 A 1,810 点 (生活療養を受ける場合 1,795 点) 入院基本料 B 1,755 点 (生活療養を受ける場合 1,741 点) 入院基本料 C 1,468 点 (生活療養を受ける場合 1,454 点) 入院基本料 D 1,412 点 (生活療養を受ける場合 1,397 点) 入院基本料 E 1,384 点 (生活療養を受ける場合 1,370 点) 入院基本料 F 1,230 点 (生活療養を受ける場合 1,215 点) 入院基本料 G 967 点 (生活療養を受ける場合 952 点) 入院基本料 H 919 点 (生活療養を受ける場合 904 点) 入院基本料 I 814 点 (生活療養を受ける場合 800 点)
療養病棟入院基本料 2 入院基本料 A 1,706 点 (生活療養を受ける場合 1,692 点) 入院基本料 B 1,653 点 (生活療養を受ける場合 1,639 点) 入院基本料 C 1,372 点 (生活療養を受ける場合 1,358 点) 入院基本料 D 1,317 点 (生活療養を受ける場合 1,303 点) 入院基本料 E 1,290 点 (生活療養を受ける場合 1,276 点) 入院基本料 F 1,139 点 (生活療養を受ける場合 1,125 点) 入院基本料 G 882 点 (生活療養を受ける場合 868 点) 入院基本料 H 835 点 (生活療養を受ける場合 821 点) 入院基本料 I 733 点 (生活療養を受ける場合 719 点)	療養病棟入院基本料 2 入院基本料 A 1,745 点 (生活療養を受ける場合 1,731 点) 入院基本料 B 1,691 点 (生活療養を受ける場合 1,677 点) 入院基本料 C 1,403 点 (生活療養を受ける場合 1,389 点) 入院基本料 D 1,347 点 (生活療養を受ける場合 1,333 点) 入院基本料 E 1,320 点 (生活療養を受ける場合 1,305 点) 入院基本料 F 1,165 点 (生活療養を受ける場合 1,151 点) 入院基本料 G 902 点 (生活療養を受ける場合 888 点) 入院基本料 H 854 点 (生活療養を受ける場合 840 点) 入院基本料 I 750 点 (生活療養を受ける場合 735 点)

【注 2 の見直し】点数の見直しと月平均夜勤時間72時間要件

平成 26 年 3 月まで	改 正
療養病棟入院基本料（特別入院基本料）563 点 （生活療養を受ける場合 549 点）	療養病棟入院基本料（特別入院基本料）576点 （生活療養を受ける場合 562 点） [夜勤時間超過減算時] ※療養病棟入院基本料 2 が対象 入院基本料 A 1,396 点 （生活療養を受ける場合 1,385 点） 入院基本料 B 1,353 点 （生活療養を受ける場合 1,342 点） 入院基本料 C 1,122 点 （生活療養を受ける場合 1,111 点） 入院基本料 D 1,078 点 （生活療養を受ける場合 1,066 点） 入院基本料 E 1,056 点 （生活療養を受ける場合 1,044 点） 入院基本料 F 932 点 （生活療養を受ける場合 921 点） 入院基本料 G 722 点 （生活療養を受ける場合 710 点） 入院基本料 H 683 点 （生活療養を受ける場合 672 点） 入院基本料 I 600 点 （生活療養を受ける場合 588 点）

【注 9 の追加】療養病棟入院基本料 1 の注加算新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>慢性維持透析管理加算</u> 100 点 （1 日につき）

【注 10 の追加】療養病棟入院基本料 1 の注加算新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>在宅復帰機能強化加算</u> 10 点 （1 日につき）

A 1 0 2 結核病棟入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
結核病棟 7 対 1 入院基本料	1,566 点	結核病棟 7 対 1 入院基本料	1,591 点
結核病棟 10 対 1 入院基本料	1,311 点	結核病棟 10 対 1 入院基本料	1,332 点
結核病棟 13 対 1 入院基本料	1,103 点	結核病棟 13 対 1 入院基本料	1,121 点
結核病棟 15 対 1 入院基本料	945 点	結核病棟 15 対 1 入院基本料	960 点
結核病棟 18 対 1 入院基本料	809 点	結核病棟 18 対 1 入院基本料	822 点
結核病棟 20 対 1 入院基本料	763 点	結核病棟 20 対 1 入院基本料	775 点

【注 2 の見直し】 点数の見直しと月平均夜勤時間 72 時間要件

平成 26 年 3 月まで		改 正	
結核病棟特別入院基本料	550 点	結核病棟特別入院基本料	559 点
		[夜勤時間超過減算時]	
結核病棟 7 対 1 特別入院基本料	1,158 点	結核病棟 7 対 1 入院基本料	1,273 点
結核病棟 10 対 1 特別入院基本料	954 点	結核病棟 10 対 1 入院基本料	1,066 点
		結核病棟 13 対 1 入院基本料	897 点
		結核病棟 15 対 1 入院基本料	768 点
		結核病棟 18 対 1 入院基本料	658 点
		結核病棟 20 対 1 入院基本料	620 点
		※入院期間加算は特別入院基本料算定時と同様となる。	

A 1 0 3 精神病棟入院基本料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで		改 正	
精神病棟 1 0 対 1 入院基本料	1,251 点	精神病棟 1 0 対 1 入院基本料	1,271 点
精神病棟 1 3 対 1 入院基本料	931 点	精神病棟 1 3 対 1 入院基本料	946 点
精神病棟 1 5 対 1 入院基本料	811 点	精神病棟 1 5 対 1 入院基本料	824 点
精神病棟 1 8 対 1 入院基本料	723 点	精神病棟 1 8 対 1 入院基本料	735 点
精神病棟 2 0 対 1 入院基本料	669 点	精神病棟 2 0 対 1 入院基本料	680 点

【注 2 の見直し】 点数の見直しと月平均夜勤時間 72 時間要件

平成 26 年 3 月まで		改 正	
精神病棟特別入院基本料	550点	精神病棟特別入院基本料	559点
精神病棟10対 1 特別入院基本料	992点	[夜勤時間超過減算時]	
		精神病棟 1 0 対 1 入院基本料	1,017 点
		精神病棟 1 3 対 1 入院基本料	757 点
		精神病棟 1 5 対 1 入院基本料	659 点
		精神病棟 1 8 対 1 入院基本料	588 点
		精神病棟 2 0 対 1 入院基本料	544 点
		※入院期間加算は特別入院基本料算定時と同様となる。	

【注 4 の見直し】 注加算の点数と算定期間見直し

平成 26 年 3 月まで		改 正	
重度認知症加算	100 点	重度認知症加算	300 点
(1 日につき、入院した日から 3 月以内)		(1 日につき、入院した日から 1 月以内)	

【注 7 の追加】 注加算の新設

平成 26 年 3 月まで		改 正	
		<u>精神保健福祉士配置加算</u>	30 点
		(1 日につき)	

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
1 一般病棟の場合	1 一般病棟の場合
一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,566 点	一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,599 点
一般病棟 10 対 1 入院基本料 1,311 点	一般病棟 10 対 1 入院基本料 1,339 点
2 結核病棟の場合	2 結核病棟の場合
結核病棟 7 対 1 入院基本料 1,566 点	結核病棟 7 対 1 入院基本料 1,599 点
結核病棟 10 対 1 入院基本料 1,311 点	結核病棟 10 対 1 入院基本料 1,339 点
結核病棟 13 対 1 入院基本料 1,103 点	結核病棟 13 対 1 入院基本料 1,126 点
結核病棟 15 対 1 入院基本料 945 点	結核病棟 15 対 1 入院基本料 965 点
3 精神病棟の場合	3 精神病棟の場合
精神病棟 7 対 1 入院基本料 1,322 点	精神病棟 7 対 1 入院基本料 1,350 点
精神病棟 10 対 1 入院基本料 1,251 点	精神病棟 10 対 1 入院基本料 1,278 点
精神病棟 13 対 1 入院基本料 931 点	精神病棟 13 対 1 入院基本料 951 点
精神病棟 15 対 1 入院基本料 850 点	精神病棟 15 対 1 入院基本料 868 点

【注 4 の見直し】精神病棟の注加算点数と算定期間見直し

平成 26 年 3 月まで	改 正
重度認知症加算 100 点 (1 日につき) (入院した日から 3 月以内)	重度認知症加算 300 点 (1 日につき、入院した日から 1 月以内)

【注の削除】90 日超え入院患者の特定入院基本料廃止

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注 1 及び注 3 の規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 8 に規定する特定入院基本料の例により算定する。	（削除） ※平成 26 年 9 月 30 日までは経過措置により以下を算定する 特定入院基本料（特定機能病院入院基本料） 966 点

【注 9 の追加】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	注 9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの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、注 1 から注 8 までの規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の例により算定する。

7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料の A 1 0 1 による算定は平成 26 年 10 月 1 日施行であり、該当入院料コードも未提供であることから、今回の改定対応には含めません。

【注 10 の追加】一般病棟に入院する患者の注加算新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>A D L 維持向上等体制加算</u> 25 点 (1 日につき、入院した日から 1 4 日限度)

A 1 0 5 専門病院入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
専門病院 7 対 1 入院基本料	1,566 点	専門病院 7 対 1 入院基本料	1,591 点
専門病院 10 対 1 入院基本料	1,311 点	専門病院 10 対 1 入院基本料	1,332 点
専門病院 13 対 1 入院基本料	1,103 点	専門病院 13 対 1 入院基本料	1,121 点

【注の削除】90 日超え入院患者の特定入院基本料廃止

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 5 当該病棟に入院している特定患者については、注 1 及び注 2 の規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 8 に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 8 中「13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。	(削除) ※平成 26 年 9 月 30 日までは経過措置により以下を算定する 特定入院基本料（専門病院入院基本料）966 点

【注 8 の追加】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	注 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの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、注 1 から注 7 までの規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の例により算定する。

7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料の A 1 0 1 による算定は平成 26 年 10 月 1 日施行であり、該当入院料コードも未提供であることから、今回の改定対応には含めません。

【注 9 の追加】7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を算定する患者の注加算新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	A D L 維持向上等体制加算 25 点 （1 日につき、入院した日から 14 日限度）

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
障害者施設等 7 対 1 入院基本料	1,566 点	障害者施設等 7 対 1 入院基本料	1,588 点
障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料	1,311 点	障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料	1,329 点
障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料	1,103 点	障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料	1,118 点
障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料	965 点	障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料	978 点

【注 2 の追加】月平均夜勤時間72時間要件

平成 26 年 3 月まで	改 正
	[夜勤時間超過減算時] 障害者施設等 7 対 1 入院基本料 1,270 点 障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料 1,063 点 障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料 894 点 障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料 782 点 ※入院期間加算は通常の入院基本料算定時と同様となる。(従前より当該入院料には特別入院基本料という考え方が無い為、入院期間加算も専用コードが新設される予定が無いことを確認済み) 但し、乳幼児加算、幼児加算は特別入院基本料の専用コードで算定となる。(医科電子点数表から確認済み)

【注の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 4 当該病棟に入院している特定患者については、注 1 及び注 2 の規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 8 に規定する特定入院基本料の例により算定する。この場合において、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 8 中「13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては、特定患者」とあるのは、「特定患者」とする。	注 5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注 1 から注 3 までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。 特定入院基本料（障害者施設等入院基本料） 966点 特定入院基本料（障害者施設等入院基本料） （夜勤時間超過減算） 812点

A108 有床診療所入院基本料

【項目の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
		1 有床診療所入院基本料 1 (新設)	
		1 4 日以内の期間	861 点
		1 5 日以上 3 0 日以内の期間	669 点
		3 1 日以上以上の期間	567 点
		2 有床診療所入院基本料 2 (新設)	
		1 4 日以内の期間	770 点
		1 5 日以上 3 0 日以内の期間	578 点
		3 1 日以上以上の期間	521 点
		3 有床診療所入院基本料 3 (新設)	
		1 4 日以内の期間	568 点
		1 5 日以上 3 0 日以内の期間	530 点
		3 1 日以上以上の期間	500 点
1 有床診療所入院基本料 1		4 有床診療所入院基本料 4	
1 4 日以内の期間	771 点	1 4 日以内の期間	775 点
1 5 日以上 3 0 日以内の期間	601 点	1 5 日以上 3 0 日以内の期間	602 点
3 1 日以上以上の期間	511 点	3 1 日以上以上の期間	510 点
2 有床診療所入院基本料 2		5 有床診療所入院基本料 5	
1 4 日以内の期間	691 点	1 4 日以内の期間	693 点
1 5 日以上 3 0 日以内の期間	521 点	1 5 日以上 3 0 日以内の期間	520 点
3 1 日以上以上の期間	471 点	3 1 日以上以上の期間	469 点
3 有床診療所入院基本料 3		6 有床診療所入院基本料 6	
1 4 日以内の期間	511 点	1 4 日以内の期間	511 点
1 5 日以上 3 0 日以内の期間	381 点	1 5 日以上 3 0 日以内の期間	477 点
3 1 日以上以上の期間	351 点	3 1 日以上以上の期間	450 点
		[施設基準]	
		有床診療所入院基本料 1	
		有床診療所入院基本料 2	
		有床診療所入院基本料 3	
		①看護配置に係る施設基準に適合していること。	
		②以下の 2 以上に該当すること。	
		イ 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。	
		ロ 過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。	
		ハ 夜間看護配置加算 1 または 2 を届け出て	

	いること。 ニ 時間外対応加算 1 を届け出ていること。 ホ 過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が 1 割以上であること。 ヘ 過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を 2 件以上有していること。 ト 過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数があわせて 30 件以上であること（分娩を除く）。 チ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。 リ 過去 1 年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を実施した実績があること、又は居宅介護支援事業所であること。 有床診療所入院基本料 4 有床診療所入院基本料 5 有床診療所入院基本料 6 看護配置に係る施設基準に適合していること。
--	---

※ 平成 26 年 3 月 31 日において、有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を算定していた保険医療機関であれば、新たに届出をせずとも、それぞれ有床診療所入院基本料 4、5 又は 6 を算定することができる。

【注 5 の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
医師配置加算 1	88 点	医師配置加算 1	88 点
医師配置加算 2	60 点	医師配置加算 2	60 点
〔算定要件〕 保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料 1 又は有床診療所入院基本料 2 を現に算定している患者に限る。）について算定。		〔算定要件〕 保険医療機関に入院している患者について算定。	

【注 6 の見直し】注加算の点数見直しと注加算の追加

平成 26 年 3 月まで		改 正	
看護配置加算 1	25 点	看護配置加算 1	40 点
看護配置加算 2	10 点	看護配置加算 2	20 点
夜間看護配置加算 1	80 点	夜間看護配置加算 1	80 点
夜間看護配置加算 2	30 点	夜間看護配置加算 2	30 点
		<u>看護補助配置加算 1</u>	10 点（新設）
		<u>看護補助配置加算 2</u>	5 点（新設）
[算定要件] 保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料 1 又は有床診療所入院基本料 2 を現に算定している患者に限る。）について算定。		[算定要件] 保険医療機関に入院している患者について算定。	
		[施設基準] 看護補助配置加算 1 当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が 2 以上であること。	
		看護補助配置加算 2 当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が 1 であること。	

【注 10 の追加】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>栄養管理実施加算（有床診療所入院基本料）</u> 12 点 （1 日につき）
	[算定要件] 有床診療所において栄養管理体制その他の事項につき施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、所定点数に加算する。
	[施設基準] ① 当該保険医療機関内に常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること等（過去の栄養管理実施加算の施設基準と同じ）

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
入院基本料 A 986 点 (生活療養を受ける場合 972 点)	入院基本料 A 994 点 (生活療養を受ける場合 980 点)
入院基本料 B 882 点 (生活療養を受ける場合 868 点)	入院基本料 B 888 点 (生活療養を受ける場合 874 点)
入院基本料 C 775 点 (生活療養を受ける場合 761 点)	入院基本料 C 779 点 (生活療養を受ける場合 765 点)
入院基本料 D 613 点 (生活療養を受ける場合 599 点)	入院基本料 D 614 点 (生活療養を受ける場合 599 点)
入院基本料 E 531 点 (生活療養を受ける場合 517 点)	入院基本料 E 530 点 (生活療養を受ける場合 516 点)

【注 2 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
有床診療所療養病床入院基本料 (特別入院基本料) 450 点 (生活療養を受ける場合 436 点)	有床診療所療養病床入院基本料 (特別入院基本料) 459 点 (生活療養を受ける場合 444 点)

【注 10 の追加】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>栄養管理実施加算 (有床診療所療養病床入院基本料)</u> 12 点 (1 日につき) [算定要件] 有床診療所において栄養管理体制その他の事項につき施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、所定点数に加算する。 [施設基準] ① 当該保険医療機関内に常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること等 (過去の栄養管理実施加算の施設基準と同じ)

入院料等（入院基本料等加算）

A 2 0 0 総合入院体制加算

（病院）

平成 26 年 3 月まで	改 正
総合入院体制加算 120 点	<u>総合入院体制加算 1</u> 240 点（新設） <u>総合入院体制加算 2</u> 120 点 （1 日につき、入院した日から 14 日を限度）

A 2 0 5 救急医療管理加算

（病院・診療所）

平成 26 年 3 月まで	改 正
救急医療管理加算 800 点	<u>救急医療管理加算 1</u> 800 点（新設） <u>救急医療管理加算 2</u> 400 点（新設） （1 日につき、入院した日から 7 日を限度）

A 2 0 7 診療録管理体制加算

（病院・診療所）

平成 26 年 3 月まで	改 正
診療録管理体制加算 30 点	<u>診療録管理体制加算 1</u> 100 点（新設） <u>診療録管理体制加算 2</u> 30 点 （入院初日）

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算

（病院）

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>1 医師事務作業補助体制加算 1</u> （新設） <u>1 5 対 1 補助体制加算</u> 860 点 <u>2 0 対 1 補助体制加算</u> 648 点 <u>2 5 対 1 補助体制加算</u> 520 点 <u>3 0 対 1 補助体制加算</u> 435 点 <u>4 0 対 1 補助体制加算</u> 350 点 <u>5 0 対 1 補助体制加算</u> 270 点 <u>7 5 対 1 補助体制加算</u> 190 点 <u>1 0 0 対 1 補助体制加算</u> 143 点 <u>2 医師事務作業補助体制加算 2</u> 1 5 対 1 補助体制加算 810 点 2 0 対 1 補助体制加算 610 点 2 5 対 1 補助体制加算 490 点 3 0 対 1 補助体制加算 410 点 4 0 対 1 補助体制加算 330 点 5 0 対 1 補助体制加算 255 点
1 5 対 1 補助体制加算 810 点	
2 0 対 1 補助体制加算 610 点	
2 5 対 1 補助体制加算 490 点	
3 0 対 1 補助体制加算 410 点	
4 0 対 1 補助体制加算 330 点	
5 0 対 1 補助体制加算 255 点	

7 5 対 1 補助体制加算	180 点	7 5 対 1 補助体制加算	180 点
1 0 0 対 1 補助体制加算	138 点	1 0 0 対 1 補助体制加算	138 点
		(入院初日)	
		[施設基準]	
		① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。	
		② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。	
		※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算 2 とする。	

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算

(病院) 注の見直し

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 2 夜間における看護業務の補助の体制	注 2 夜間における看護業務の補助の体制
	夜間 25 対 1 急性期看護補助体制加算 35 点 (新設)
	(1 日につき、1 4 日限度)
	[算定要件]
	25 対 1、50 対 1、75 対 1 のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定しており、夜間看護補助者配置が 25 対 1 以上であること。
夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 10 点	夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 25 点
夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 5 点 (1 日につき、1 4 日限度)	夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 15 点 (1 日につき、1 4 日限度)
注 3 夜間における看護職員の配置	【A 2 0 7 - 4】
看護職員夜間配置加算 50 点 (1 日につき、1 4 日限度)	看護職員夜間配置加算 50 点 (1 日につき、入院した日から 1 4 日限度)

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

(病院)

平成 26 年 3 月まで	改 正
	注 2
	緩和ケア診療加算 (特定地域) 200 点 (1 日につき)

A 2 3 0－3 精神科身体合併症管理加算

(病院)

平成 26 年 3 月まで	改 正
精神科身体合併症管理加算 450 点	精神科身体合併症管理加算 7 日以内 450 点 8 日以上 10 日以内 225 点 (1 日につき)

A 2 3 3－2 栄養サポートチーム加算

(病院・診療所)

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 2 栄養サポートチーム加算 (指定地域) 100 点	注 2 栄養サポートチーム加算 (特定地域) 100 点 (週 1 回)

A 2 3 4－2 感染防止対策加算

(病院・診療所) (入院初日)

平成 26 年 3 月まで	改 正
① 専任の院内感染管理者が配置されていること。 ② 組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 ③ 感染防止対策につき、感染防止対策加算 2 の届出を行った医療機関と連携していること。 ④ 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。	施設基準④の変更 ① 専任の院内感染管理者が配置されていること。 ② 組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 ③ 感染防止対策につき、感染防止対策加算 2 の届出を行った医療機関と連携していること。 ④ 地域や全国のサーベイランスに <u>参加していること。</u>

[経過措置]

平成 26 年 3 月 31 日に感染防止対策加算 1 の届出を行っている医療機関については平成 27 年 3 月 31 日までの間、上記④を満たしているものとする。

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

(病院)

平成 26 年 3 月まで	改 正
	注 2 の追加 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (特定地域) 250 点 (入院中 1 回)

A 2 3 8 退院調整加算

(病院・診療所)

改 正	
注 3 の追加	
退院調整加算 (特定地域)	
(退院時 1 回)	
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又は有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合	
退院調整加算 (一般病棟入院等) (14 日以内) (特定地域)	170 点
退院調整加算 (一般病棟入院等) (15 日以上 30 日以内の期間) (特定地域)	75 点
退院調整加算 (一般病棟入院等) (31 日以上) (特定地域)	25 点
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を算定している患者が退院した場合	
退院調整加算 (療養病棟入院等) (30 日以内) (特定地域)	400 点
退院調整加算 (療養病棟入院等) (31 日以上 90 日以内) (特定地域)	300 点
退院調整加算 (療養病棟入院等) (91 日以上 120 日以内) (特定地域)	200 点
退院調整加算 (療養病棟入院等) (121 日以上) (特定地域)	100 点

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算

(病院・診療所)

平成 26 年 3 月まで	改 正
	【項目の追加】
	3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3
	退院支援計画作成加算 600 点
	(入院中 1 回)
	退院加算 600 点
	(退院時 1 回)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

(病院・診療所)

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 入院した日から起算して 4 週間を限度とする。	注の見直し 入院した日から起算して 8 週間を限度とする。 (週 1 回)

A 2 4 5 データ提出加算

(病院)

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 入院中 1 回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。	注の見直し 入院中 1 回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

入院料等（特定入院料）

A300 救命救急入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
1 救命救急入院料 1 3 日以内の期間 9,711 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,786 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,501 点 2 救命救急入院料 2 3 日以内の期間 11,211 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,151 点 8 日以上 14 日以内の期間 8,901 点 3 救命救急入院料 3 救命救急入院料 3 日以内の期間 9,711 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,786 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,501 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 3 日以内の期間 9,711 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,786 点 8 日以上 60 日以内の期間 7,901 点 4 救命救急入院料 4 救命救急入院料 3 日以内の期間 11,211 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,151 点 8 日以上 14 日以内の期間 8,901 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 3 日以内の期間 11,211 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,151 点 8 日以上 14 日以内の期間 8,901 点 15 日以上 60 日以内の期間 7,901 点	1 救命救急入院料 1 3 日以内の期間 9,869 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,929 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,623 点 2 救命救急入院料 2 3 日以内の期間 11,393 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,316 点 8 日以上 14 日以内の期間 9,046 点 3 救命救急入院料 3 救命救急入院料 3 日以内の期間 9,869 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,929 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,623 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 3 日以内の期間 9,869 点 4 日以上 7 日以内の期間 8,929 点 8 日以上 60 日以内の期間 8,030 点 4 救命救急入院料 4 救命救急入院料 3 日以内の期間 11,393 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,316 点 8 日以上 14 日以内の期間 9,046 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 3 日以内の期間 11,393 点 4 日以上 7 日以内の期間 10,316 点 8 日以上 14 日以内の期間 9,046 点 15 日以上 60 日以内の期間 8,030 点

【注 6 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
(削除) 急性薬毒物中毒加算 (救命救急入院料) 5,000 点 (入院初日)	(新設) 急性薬毒物中毒加算 1 (機器分析) 5,000 点 急性薬毒物中毒加算 2 (その他) 350 点 (入院初日) [算定要件] 急性薬毒物中毒加算 1 (機器分析) については日

[施設基準] 高度救命救急センターであること。	本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合にのみ算定する。 [施設基準] (削除)
------------------------------------	--

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	1 特定集中治療室管理料 1（新設） <u>7 日以内の期間</u> 13,650 点 <u>8 日以上 14 日以内の期間</u> 12,126 点 2 特定集中治療室管理料 2（新設） <u>特定集中治療室管理料</u> <u>7 日以内の期間</u> 13,650 点 <u>8 日以上 14 日以内の期間</u> 12,126 点 <u>広範囲熱傷特定集中治療管理料</u> <u>7 日以内の期間</u> 13,650 点 <u>8 日以上 60 日以内の期間</u> 12,319 点 [施設基準] ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含む。 ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは 1 床当たり 20m ² 以上である。 ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。 ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A 項目 3 点以上かつ B 項目 3 点以上である患者が 9 割以上であること。

平成 26 年 3 月まで	改 正
1 特定集中治療室管理料 1 7 日以内の期間 9,211 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,711 点 2 特定集中治療室管理料 2 特定集中治療室管理料 7 日以内の期間 9,211 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,711 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 7 日以内の期間 9,211 点 8 日以上 60 日以内の期間 7,901 点 [施設基準] 重症度について、A 項目 3 点以上または B 項目 3 点以上である患者が 9 割以上であること。	3 特定集中治療室管理料 3 7 日以内の期間 9,361 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,837 点 4 特定集中治療室管理料 4 特定集中治療室管理料 7 日以内の期間 9,361 点 8 日以上 14 日以内の期間 7,837 点 広範囲熱傷特定集中治療管理料 7 日以内の期間 9,361 点 8 日以上 60 日以内の期間 8,030 点 [施設基準] 重症度特定集中治療室用の、医療・看護必要度について、A 項目 3 点以上かつ B 項目 3 点以上である患者が 8 割以上であること。

[経過措置]

平成 26 年 3 月 31 日に当該入院料の届出を行っている治療室については、平成 27 年 3 月 31 日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料**【項目の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
ハイケアユニット入院医療管理料 4,511 点 (21 日限度) [施設基準] 看護配置常時 4 対 1 重症者等について、A 項目 3 点以上または B 項目 7 点以上である患者が 8 割以上であること。	<u>ハイケアユニット入院医療管理料 1</u> 6,584 点 (21 日限度) [施設基準] 看護配置常時 4 対 1 <u>ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A 項目 3 点以上かつ B 項目 7 点以上である患者が 8 割以上であること。</u> <u>ハイケアユニット入院医療管理料 2</u> 4,084 点 (21 日限度) [施設基準] 看護配置常時 5 対 1 <u>ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、A 項目 3 点以上かつ B 項目 7 点以上である患者が 6 割以上であること。</u> [経過措置] 平成 27 年 3 月 31 日まで ハイケアユニット入院医療管理料 4,584 点 (21 日限度)

【経過措置】

平成 26 年 3 月 31 日に当該入院料の届出を行っている治療室については、平成 27 年 3 月 31 日までの間、従前のハイケアユニット入院医療管理料を算定可。

A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 5,711 点	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 5,804 点

A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
小児特定集中治療室管理料	小児特定集中治療室管理料
7 日以内の期間 15,500 点	7 日以内の期間 15,752 点
8 日以上 14 日以内の期間 13,500 点	8 日以上 14 日以内の期間 13,720 点
〔施設基準〕	〔施設基準〕
当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。	次のいずれかを満たす。 ① 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。 ② 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救命搬送診療料を算定した患者を年間 50 名以上(うち、入室 24 時間以内に人工呼吸を実施した患者が 30 名以上)受け入れていること。

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
新生児特定集中治療室管理料 1 10,011 点	新生児特定集中治療室管理料 1 10,174 点
新生児特定集中治療室管理料 2 6,011 点	新生児特定集中治療室管理料 2 8,109 点

【注 1 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して 21 日(出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあっては 90 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあっては 60 日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して 21 日(出生時体重が 1,500 グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては 35 日※、出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあっては 90 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあっては 60 日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

※日レセでは厚生労働大臣が定める疾患の判定が未実装の為、35 日上限の会計作成ができません。
対応方法については今後の検討事項としていますが、35 日上限の算定が必要となる場合は、出生時体重を 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満で入院登録し、36 日以降の入院会計については(I01)入退院登録画面で異動処理を行い算定入院料の変更を行ってください。

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
1 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児） 7,011 点	1 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児） 7,125 点
2 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児） 10,011 点	2 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児） 10,174 点

【注 1 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
1 については妊産婦である患者に対して 14 日を限度として、2 については新生児である患者に対して区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して 21 日（出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあつては 90 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあつては 60 日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	1 については妊産婦である患者に対して 14 日を限度として、2 については新生児である患者に対して区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して 21 日（ <u>出生時体重が 1,500 グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては 35 日</u> ※、出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあつては 90 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあつては 60 日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

※日レセでは厚生労働大臣が定める疾患の判定が未実装の為、35 日上限の会計作成ができません。
 対応方法については今後の検討事項としていますが、35 日上限の算定が必要となる場合は、出生時体重を 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満で入院登録し、36 日以降の入院会計については (I01) 入退院登録画面で異動処理を行い算定入院料の変更を行ってください。

A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
新生児治療回復室入院医療管理料 5,411 点	新生児治療回復室入院医療管理料 5,499 点

【注 1 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して 30 日（出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあつては 120 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあつては 90 日）を限度として算定する。	区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して 30 日（ <u>出生時体重が 1,500 グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児</u> にあつては 50 日※、出生時体重が 1,000 グラム未満の新生児にあつては 120 日、出生時体重が 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満の新生児にあつては 90 日）を限度として算定する。

※日レセでは厚生労働大臣が定める疾患の判定が未実装の為、50 日上限の会計作成ができません。

対応方法については今後の検討事項としていますが、50 日上限の算定が必要となる場合は、出生時体重を 1,000 グラム以上 1,500 グラム未満で入院登録し、51 日以降の入院会計については (I01) 入退院登録画面で異動処理を行い算定入院料の変更を行ってください。

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料
7 日以内 8,901 点	7 日以内 9,046 点
8 日以上 14 日以内の期間 7,701 点	8 日以上 14 日以内の期間 7,826 点

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料**【点数の見直し】**

平成 26 年 3 月まで	改 正
特殊疾患入院医療管理料 1,954 点	特殊疾患入院医療管理料 2,009 点

A 3 0 7 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
小児入院医療管理料 1	4,511 点	小児入院医療管理料 1	4,584 点
小児入院医療管理料 2	4,011 点	小児入院医療管理料 2	4,076 点
小児入院医療管理料 3	3,611 点	小児入院医療管理料 3	3,670 点
小児入院医療管理料 4	3,011 点	小児入院医療管理料 4	3,060 点
小児入院医療管理料 5	2,111 点	小児入院医療管理料 5	2,145 点

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	1,911 点 (生活療養を受ける場合 1,897 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,025 点 (生活療養を受ける場合 2,011 点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	1,761 点 (生活療養を受ける場合 1,747 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	1,811 点 (生活療養を受ける場合 1,796 点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,611 点 (生活療養を受ける場合 1,597 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,657 点 (生活療養を受ける場合 1,642 点)

【施設基準の新設】回復期リハビリテーション病棟入院料 1 における重症度・看護必要度の項目等の見直し

平成 26 年 3 月まで	改 正
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 [施設基準] 当該病棟へ入院する患者全体に占める看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が 1 割 5 分以上であること。	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 [施設基準] 当該病棟へ入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A 項目の得点が 1 点以上の患者の割合が 1 割以上であること。

[経過措置]

平成 26 年 3 月 31 日に回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出を行っている病棟については、平成 26 年 9 月 30 日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

【注 2 の見直し】回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の休日リハビリテーション提供体制加算について、当該要件を回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の算定要件として包括して評価する。

平成 26 年 3 月まで	改 正
注 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき所定点数に 60 点を加算する。	注 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 2 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 3 を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、

	休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。
--	---

【注 2 の見直しに併せた施設基準の新設】

平成 26 年 3 月まで	改 正
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 〔施設基準〕 (新設)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 〔施設基準〕 休日を含め、週 7 日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

〔経過措置〕

平成 26 年 3 月 31 日に回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出を行っている病棟であって、休日リハビリテーション提供体制加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年 9 月 30 日までの間は上記の基準を満たしているものとする。

【注 5 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
(新設)	<u>体制強化加算</u> 200 点 (1 日につき) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する患者に限る。 〔施設基準〕 当該病棟にリハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師 1 名以上及び退院調整に関する 3 年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。

A 3 0 8 - 2 亜急性期入院医療管理料

【削除】

平成 26 年 3 月まで	改 正
亜急性期入院医療管理料 1 2,061 点 亜急性期入院医療管理料 2 1,911 点 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域) 1,761 点 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域) 1,661 点	〔経過措置〕平成 26 年 9 月 30 日までは以下点数で算定。 亜急性期入院医療管理料 1 2,119 点 亜急性期入院医療管理料 2 1,965 点 亜急性期入院医療管理料 1 (指定地域) 1,811 点 亜急性期入院医療管理料 2 (指定地域) 1,708 点

※平成 26 年 9 月 30 日をもって廃止。

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料（亜急性期入院医療管理料廃止に伴う新たな特定入院料）
【新設】

改 正	
1 地域包括ケア病棟入院料 1	2,558点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
2 地域包括ケア入院医療管理料 1	2,558点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,544点)
3 地域包括ケア病棟入院料 2	2,058点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)
4 地域包括ケア入院医療管理料 2	2,058点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,044点)
注 2 の規定により算定する場合	
地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）	2,191点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,177点)
地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）	2,191点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,177点)
地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）	1,763点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,749点)
地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）	1,763点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,749点)
(60日を限度)	
注の加算	
看護職員配置加算	150点 (1日につき)
看護補助者配置加算	150点 (1日につき)
救急・在宅等支援病床初期加算	150点 (1日につき、14日限度)
※療養病棟で入院登録する場合の注意点 病棟種別が「療養病棟」の病棟で当該特定入院料を算定する為に入院登録を行った場合、61日目以降の入院会計が作成できません。これは療養病棟入院料を算定する場合は、入退院登録画面の入院料選択欄で選択して登録を行う仕様としている為、病棟設定された入院料で会計を作成することが出来ないことによるものです。 当該特定入院料を「療養病棟」で入院登録した際は異動処理を行い61日目以降の会計作成を行ってください。	
注 1 1 及び 3 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地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2 及び 4 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地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病	

室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 2 に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 I 又は療養病棟入院基本料 2 の入院基本料 I の例により、それぞれ算定する。

注 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み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であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して 60 日を限度として、1 日につき、それぞれ 2,191 点、2,191 点、1,763 点又は 1,763 点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ 2,177 点、2,177 点、1,749 点又は 1,749 点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 2 に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料 1 の入院基本料 I 又は療養病棟入院基本料 2 の入院基本料 I の例により、それぞれ算定する。

注 3 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局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1 日につき 150 点を所定点数に加算する。

注 4 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局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1 日につき 150 点を所定点数に加算する。

注 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1 日につき 150 点を所定点数に加算する。

注 6 診療に係る費用（注 3 から注 5 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）及びデータ提出加算、区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料（I）、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、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 に含まれるものとする。

[算定要件]

① 60 日を限度として算定する。

② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前に DPC/PDPS で算定していた患者が転床した

場合は、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1 及び 2

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出を行っていること。
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑥ 看護職員13対1以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。
- ⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者を10%以上入院させていること。
- ⑧ 次のいずれかを満たすこと
ア 在宅療養支援病院の届出
イ 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年3件以上の在宅患者の受入実績があること
ウ 二次救急医療施設の指定を受けていること
エ 救急告示病院であること
- ⑨ データ提出加算の届出を行っていること。
- ⑩ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上提供していること。

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1

- ① 在宅復帰率が7割以上であること
- ② 1人あたりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること。

看護職員配置加算

- ① 看護職員が地域包括ケア病棟入院料の施設基準の最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。

看護補助者配置加算

- ① 看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者（看護職員を除く）が25対1以上配置されていること。

[留意事項]

- ① 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1 及び 2 の施設基準⑨については、平成27年4月1日から適用するものとする。
- ② 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む） 1 の施設基準②については、平成27年3月31日までに届出を行った医療機関にあっては、壁芯での測定でも差し支えない。
- ③ 看護補助者配置加算については、平成27年3月31日までの間は必要人数の5割未満であれば看護職員を看護補助者とみなしても差し支えない。

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
特殊疾患病棟入院料 1	1,954 点	特殊疾患病棟入院料 1	2,008 点
特殊疾患病棟入院料 2	1,581 点	特殊疾患病棟入院料 2	1,625 点

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

【項目の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
緩和ケア病棟入院料		緩和ケア病棟入院料	
30 日以内の期間	4,791 点	30 日以内の期間	4,926 点
31 日以上 60 日以内の期間	4,291 点	31 日以上 60 日以内の期間	4,412 点
61 日以上の期間	3,291 点	61 日以上の期間	3,384 点

A 3 1 1 精神科救急入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
精神科救急入院料 1		精神科救急入院料 1	
30 日以内の期間	3,462 点	30 日以内の期間	3,557 点
31 日以上の期間	3,042 点	31 日以上の期間	3,125 点
精神科救急入院料 2		精神科救急入院料 2	
30 日以内の期間	3,262 点	30 日以内の期間	3,351 点
31 日以上の期間	2,842 点	31 日以上の期間	2,920 点

【注 3 の見直し】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2 種類以下) (精神科救急入院料) 15 点		非定型抗精神病薬加算 (2 種類以下) (精神科救急入院料) 15 点	
ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外) (精神科救急入院料) 10 点		(1 日につき) 剤数制限のない「非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外)」は削除。	

【注 4 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで		改 正	
		院内標準診療計画加算 (退院時 1 回)	200 点

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
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 1
30 日以内の期間 1,931 点	30 日以内の期間 1,984 点
31 日以上の期間 1,611 点	31 日以上の期間 1,655 点
精神科急性期治療病棟入院料 2	精神科急性期治療病棟入院料 2
30 日以内の期間 1,831 点	30 日以内の期間 1,881 点
31 日以上の期間 1,511 点	31 日以上の期間 1,552 点

【注 3 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2 種類以下) (精神科治療病棟入院料) 15 点	非定型抗精神病薬加算 (2 種類以下) (精神科急性期治療病棟入院料) 15 点
ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外) (精神科治療病棟入院料) 10 点	(1 日につき) 剤数制限のない「非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外)」は削除。

【注 4 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>精神科急性期医師配置加算</u> 500 点 (1 日につき)

【注 5 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>院内標準診療計画加算</u> 200 点 (退院時 1 回)

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
精神科救急・合併症入院料	精神科救急・合併症入院料
30 日以内の期間 3,462 点	30 日以内の期間 3,560 点
31 日以上の期間 3,042 点	31 日以上の期間 3,128 点

【注 3 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2 種類以下) (精神科救急・合併症入院料) 15 点	非定型抗精神病薬加算 (2 種類以下) (精神科救急・合併症入院料) 15 点
ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外) (精神科救急・合併症入院料) 10 点	(1 日につき) 剤数制限のない「非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外)」は削除。

【注 4 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	院内標準診療計画加算 (退院時 1 回) 200 点

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
児童・思春期精神科入院医療管理料 2,911 点	児童・思春期精神科入院医療管理料 2,957 点

A 3 1 2 精神療養病棟入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
精神療養病棟入院料 1,061 点	精神療養病棟入院料 1,090 点

【注 3 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
非定型抗精神病薬加算 1 (2 種類以下) (精神科療養病棟入院料) 15 点	非定型抗精神病薬加算 (2 種類以下) (精神科療養病棟入院料) 15 点
非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外) (精神科療養病棟入院料) 10 点	(1 日につき) 剤数制限のない「非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外)」は削除。

【注 6 の追加】注加算の新設

平成 26 年 3 月まで	改 正
	精神保健福祉士配置加算 (1 日につき) 30 点

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

【点数の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
認知症治療病棟入院料 1	認知症治療病棟入院料 1
30 日以内の期間 1,761 点	30 日以内の期間 1,809 点
31 日以上 60 日以内の期間 1,461 点	31 日以上 60 日以内の期間 1,501 点
61 日以上の期間 1,171 点	61 日以上の期間 1,203 点
認知症治療病棟入院料 2	認知症治療病棟入院料 2
30 日以内の期間 1,281 点	30 日以内の期間 1,316 点
31 日以上 60 日以内の期間 1,081 点	31 日以上 60 日以内の期間 1,111 点
61 日以上の期間 961 点	61 日以上の期間 987 点

A 3 1 7 特定一般病棟入院料

【点数の見直し、施設基準の変更】

平成 26 年 3 月まで		改 正	
特定一般病棟入院料 1	1,103 点	特定一般病棟入院料 1	1,121 点
特定一般病棟入院料 2	945 点	特定一般病棟入院料 2	960 点
[施設基準] 1 病棟のものに限る。		[施設基準] 一般病棟が 1 病棟のものに限る。	

【重要】

施設基準の変更に伴い、平成 26 年 4 月 1 日より以下の入院料が廃止となります。

- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (A) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (A・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (B) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (B・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (C) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (C・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (D) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (D・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (E) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (E・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (F) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (F・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (G) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (G・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (H) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (H・生活療養・栄養経過措置)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (I) (生活療養)
- ・ 特定一般病棟・療養病棟入院基本料 1 (I・生活療養・栄養経過措置)

平成 26 年 3 月 31 日時点で上記の入院料を算定し、4 月 1 日以降引き続き入院する患者については、「(I01) 入退院登録」画面で異動日に 4 月 1 日を指定して生活療養でない療養病棟入院料への異動処理を行ってください。

【注 7 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
特定一般病棟入院料 (亜急性期入院医療管理) 1,761 点 (60 日限度)	[経過措置] 平成 26 年 9 月 30 日までは以下点数で算定。 特定一般病棟入院料 (亜急性期入院医療管理) 1,811 点 (60 日限度)

※平成 26 年 9 月 30 日をもって廃止。

【注 7 の見直し】

平成 26 年 3 月まで	改 正
	<u>特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理 1）</u> 2,191 点 <u>特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理 2）</u> 1,763 点 （60 日限度）

【注 9 の削除】

平成 26 年 3 月まで	改 正
特定一般病棟入院料（亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者） 1,661 点 （60 日限度）	[経過措置] 平成26年 9 月30日までは以下点数で算定。 特定一般病棟入院料（亜急性期入院医療管理・リハビリ算定患者） 1,708 点 （60 日限度）

※平成 26 年 9 月 30 日をもって廃止。

【注 11 の削除】

平成 26 年 3 月まで	改 正
リハビリテーション提供体制加算（特定一般病棟入院料） 50 点	[経過措置] 平成26年 9 月30日まで算定可。

※平成 26 年 9 月 30 日をもって廃止。

短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

【項目の見直し】

短期滞在手術基本料について、名称が短期滞在手術等基本料と改められます。

短期滞在手術等基本料3については、病院のみが算定対象となり、対象手術が拡大されるとともに、一部の検査についても対象となります。算定点数についても手術、検査毎に設定されました。

包括範囲は退院時の投薬に係る費用（医科点数表第2章第5部投薬に掲げる各所定点数）以外の全ての診療行為となり、該当する手術、検査を入院5日目までに実施する患者については、他に手術を実施した患者を除き、短期滞在手術等基本料を算定することになります。（包括設定については54 ページに解説あり）

短期滞在手術等基本料3を算定する患者が6目以降も入院の必要がある場合、6日目以降の費用については通常通りの診療報酬算定となります。

短期滞在手術等基本料3の算定を行う場合は事前のシステム管理設定が必要です。詳細は「8. 入院退院登録画面での短期滞在手術等基本料3の選択について」（13 ページ）を参照してください。

平成 26 年 3 月まで		改 正	
短期滞在手術基本料 1	2,800 点	短期滞在手術等基本料 1	2,856 点
短期滞在手術基本料 2	4,822 点	短期滞在手術等基本料 2	4,918 点
（生活療養を受ける場合 4,794 点）		（生活療養を受ける場合 4,890 点）	
短期滞在手術基本料 3	5,703 点	短期滞在手術等基本料 3（病院のみ算定可）	
（生活療養を受ける場合 5,633 点）		短期滞在手術等基本料 3 については診療行為の名称が「短手 3（****）」に変更となります。 [****は手術名又は検査名]	
対象手術			
・ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア			
（15 歳未満に限る。）			
・ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）			
（15 歳未満に限る。）			
		イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 1	
		携帯用装置を使用した場合	16,773 点
		（生活療養を受ける場合 16,702 点）	
		ロ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 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	9,383 点
		（生活療養を受ける場合 9,312 点）	
		ハ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3	
		1 及び 2 以外の場合	9,638 点
		（生活療養を受ける場合 9,567 点）	
		ニ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	
			6,130 点
		（生活療養を受ける場合 6,059 点）	
		ホ D 4 1 3 前立腺針生検法	11,737 点
		（生活療養を受ける場合 11,666 点）	
		ヘ K 0 0 8 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術	

	17,485点
	(生活療養を受ける場合 17,414点)
ト	K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術
	20,326点
	(生活療養を受ける場合 20,255点)
チ	K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術
	(両側) 43,479点
	(生活療養を受ける場合 43,408点)
リ	K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合口その他のもの
	27,093点
	(生活療養を受ける場合 27,022点)
ヌ	K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
	21,632点
	(生活療養を受ける場合 21,561点)
ル	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
	20,112点
	(生活療養を受ける場合 20,041点)
ヲ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
	27,311点
	(生活療養を受ける場合 27,240点)
ワ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
	9,850点
	(生活療養を受ける場合 9,779点)
カ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
	12,371点
	(生活療養を受ける場合 12,300点)
ヨ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る。)
	29,093点
	(生活療養を受ける場合 29,022点)
タ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)
	24,805点
	(生活療養を受ける場合 24,734点)
レ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳未満に限る。)
	56,183点
	(生活療養を受ける場合 56,112点)
ソ	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。)
	51,480点
	(生活療養を受ける場合 51,409点)
ツ	K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
	14,661点
	(生活療養を受ける場合 14,590点)
ネ	K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
	18,932点
	(生活療養を受ける場合 18,861点)

	ナ	K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）	13,410点
			（生活療養を受ける場合 13,339点）	
	ラ	K 8 6 7	子宮頸部（腔部）切除術	18,400点
			（生活療養を受ける場合 18,329点）	
	ム	K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点
			（生活療養を受ける場合 35,453点）	

【短期滞在手術等基本料の包括設定について】

短期滞在手術等基本料について包括分の診療入力を行われる場合は、システム管理「1014 包括診療設定情報」に設定を行うことで包括判定が可能となります。（平成 26 年 4 月 1 日以降の診療分に限る）

但し、短期滞在手術等基本料 3 算定時の退院時投薬については包括対象外の判定ができないことから、この場合は投薬入力時に出来高算定のシステム予約コードを入力し、包括対象外としてください。

“099999903 出来高算定（剤）”を診療区分の直下に入力。

診区	入力コード	名称	数量・点数
60	.600	* 検査	
	160017410	T P	11 X 1 11
60	160019010	* B U N	11 X 1 11
60	160131950	* B U N（尿）	11 X 1 11
21	.210	* 内服薬剤	
	099999903	出来高算定（剤）	
	612590044	【先】ポラキス錠 3 3 m g	1 錠 5 X 1 5

※入院調剤料及び調剤技術基本料についても算定する場合は、

. 240 * 入院調剤料

099999903 出来高算定（剤）

120001110 調剤料（入院）

. 270 * 調剤技術基本料

099999903 出来高算定（剤）

120001710 調基（入院）

と入力し、出来高で算定してください。