

「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)

第三版

2014 年 5 月 20 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
A 1 0 0 一般病棟入院基本料	16
A 1 0 1 療養病棟入院基本料	18
A 1 0 2 結核病棟入院基本料	20
A 1 0 3 精神病棟入院基本料	21
A 1 0 4 特定機能病院入院基本料	22
A 1 0 5 専門病院入院基本料	24
A 1 0 6 障害者施設等入院基本料	25
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	26
A 1 0 9 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
A 2 0 0 総合入院体制加算	30
A 2 0 5 救急医療管理加算	30
A 2 0 7 診療録管理体制加算	30
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算	30
A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算	31
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算	31
A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算	32
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算	32
A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算	32
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	32
A 2 3 8 退院調整加算	33
A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算	33
A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算	33
A 2 4 5 データ提出加算	34

入院料等（特定入院料）	35
A300 救命救急入院料	35
A301 特定集中治療室管理料	37
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	38
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	38
A301-4 小児特定集中治療室管理料	39
A302 新生児特定集中治療室管理料	39
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	40
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	41
A305 一類感染症患者入院医療管理料	41
A306 特殊疾患入院医療管理料	41
A307 小児入院医療管理料	42
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	42
A308-2 亜急性期入院医療管理料	43
A308-3 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）	44
A309 特殊疾患病棟入院料	47
A310 緩和ケア病棟入院料	47
A311 精神科救急入院料	47
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	48
A311-3 精神科救急・合併症入院料	48
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	49
A312 精神療養病棟入院料	49
A314 認知症治療病棟入院料	49
A317 特定一般病棟入院料	50
短期滞在手術基本料	52
A400 短期滞在手術等基本料	52
特定入院料の算定要件外対応（平成26年5月20日パッチ対応）	55

＝ 改定履歴 ＝

- 第二版 54頁 【短期滞在手術等基本料の包括設定について】に注意事項（朱書き）を追記。
- 第三版 48頁 精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算に、「精神科急性期治療病棟入院料1を算定する患者に限る。」と追記。
- 54頁 【短期滞在手術等基本料の包括設定について】の注意事項（朱書き）を削除。
- 55頁 特定入院料の算定要件外対応を追記（平成26年5月20日パッチ対応）

## ■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 入院退院登録」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
<p>第1章 第2部 通則7</p> <p>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<b>栄養管理体制</b>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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>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。</p>

※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
<p>第1章 第2部 通則8</p> <p>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。</p>

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
<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>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。</p> <p>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つては、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。</p>	<p>[入院料の通則における栄養管理体制の基準]</p> <p>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。</p> <p>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つては、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。</p> <p>③ <u>②の届け出を行った保険医療機関であつて、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></p>

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。

## 【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。

The screenshot shows the 'W20 システム管理情報-病棟管理情報設定 - ORCA 病院 [ormaster]' window. The main table lists hospital ward information. Below the table, the '月平均夜勤時間超過' (Monthly average night shift time over) dropdown menu is highlighted in red and set to '1 超過あり'. Other settings include '入院基本料' (1332 points) and '有効期間' (Start: H26. 4. 1, End: 99999999).

## 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料 （7対1、10対1）</li> <li>特定機能病院入院基本料 （一般病棟7対1、10対1）</li> <li>専門病院入院基本料 （7対1、10対1、13対1）</li> </ul> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料 （7対1、10対1）</li> <li>特定機能病院入院基本料 （一般病棟7対1、10対1）</li> <li>専門病院入院基本料 （7対1、10対1、13対1）</li> </ul> <p><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></p>

## 〔経過措置〕

- ① 上記の取扱いについては、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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟入院基本料（7対1）</li> <li>・特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）</li> <li>・専門病院入院基本料（7対1）</li> </ul> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 看護配置が常時7対1以上であること。</li> <li>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</li> <li>③ 平均在院日数が18日以内であること。</li> <li>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。</li> <li>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟入院基本料（7対1）</li> <li>・特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）</li> <li>・専門病院入院基本料（7対1）】</li> </ul> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 看護配置が常時7対1以上であること。</li> <li>② 看護職員の7割以上が看護師であること。</li> <li>③ 平均在院日数が18日以内であること。</li> <li>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></li> <li>⑤ 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。</li> <li>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></li> <li>⑦ <u>データ提出加算の届出を行っていること。</u></li> </ul>

[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
<p>例【A219 療養環境加算】</p> <p>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。</p>	<p>例【A219 療養環境加算】</p> <p>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。</p>

[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>（15対1補助体制加算）</u> <u>（20対1補助体制加算）</u> <u>（25対1補助体制加算）</u> <u>（30対1補助体制加算）</u> <u>（40対1補助体制加算）</u> <u>（50対1補助体制加算）</u> <u>（75対1補助体制加算）</u> <u>（100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>ADL維持向上等体制加算（新設）</u>

<p>病 院</p>	<p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p>
<p>診療所</p>	<p>[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。</p> <p>※※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。</p> <p>[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></p> <p>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></p>

## 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。

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（F12）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
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A101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
	ADL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)

## A101 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
<b>療養病棟入院基本料 1</b>	<b>療養病棟入院基本料 1</b>
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 A 1,810 点 (生活療養を受ける場合 1,795 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 B 1,755 点 (生活療養を受ける場合 1,741 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 C 1,468 点 (生活療養を受ける場合 1,454 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 D 1,412 点 (生活療養を受ける場合 1,397 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 E 1,384 点 (生活療養を受ける場合 1,370 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 F 1,230 点 (生活療養を受ける場合 1,215 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 G 967 点 (生活療養を受ける場合 952 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 H 919 点 (生活療養を受ける場合 904 点)
入院基本料 I 796 点 (生活療養を受ける場合 782 点)	入院基本料 I 814 点 (生活療養を受ける場合 800 点)
<b>療養病棟入院基本料 2</b>	<b>療養病棟入院基本料 2</b>
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 A 1,745 点 (生活療養を受ける場合 1,731 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 B 1,691 点 (生活療養を受ける場合 1,677 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 C 1,403 点 (生活療養を受ける場合 1,389 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 D 1,347 点 (生活療養を受ける場合 1,333 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 E 1,320 点 (生活療養を受ける場合 1,305 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 F 1,165 点 (生活療養を受ける場合 1,151 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 G 902 点 (生活療養を受ける場合 888 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 H 854 点 (生活療養を受ける場合 840 点)
入院基本料 I 733 点 (生活療養を受ける場合 719 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
	慢性維持透析管理加算 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
	在宅復帰機能強化加算 10点 （1日につき）

## A102 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。	

## A103 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10対1入院基本料	1,251点	精神病棟10対1入院基本料	1,271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	946点
精神病棟15対1入院基本料	811点	精神病棟15対1入院基本料	824点
精神病棟18対1入院基本料	723点	精神病棟18対1入院基本料	735点
精神病棟20対1入院基本料	669点	精神病棟20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10対1入院基本料	1,017点
		精神病棟13対1入院基本料	757点
		精神病棟15対1入院基本料	659点
		精神病棟18対1入院基本料	588点
		精神病棟20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 (1日につき、入院した日から3月以内)	100点	重度認知症加算 (1日につき、入院した日から1月以内)	300点

## 【注7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

## A104 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 (1日につき) (入院した日から3月以内)	100点	重度認知症加算 (1日につき、入院した日から1月以内)	300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A100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A101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A101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
	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 1 4 日限度)

**A105 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A100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A100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A101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A101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)

## A106 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10対1入院基本料	1,311点	障害者施設等10対1入院基本料	1,329点
障害者施設等13対1入院基本料	1,103点	障害者施設等13対1入院基本料	1,118点
障害者施設等15対1入院基本料	965点	障害者施設等15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10対1入院基本料 1,063点 障害者施設等13対1入院基本料 894点 障害者施設等15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A100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A100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 日以上の期間	511 点	3 1 日以上の期間	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 日以上の期間	471 点	3 1 日以上の期間	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 日以上の期間	351 点	3 1 日以上の期間	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	

	<p>いること。</p> <p>ニ 時間外対応加算1を届け出ていること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--	--

※ 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)

## A109 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
	<p><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)</p> <p>[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。</p> <p>[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)</p>

入院料等（入院基本料等加算）

**A200 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	総合入院体制加算1	240点（新設）
		総合入院体制加算2	120点
		（1日につき、入院した日から14日を限度）	

**A205 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	救急医療管理加算1	800点（新設）
		救急医療管理加算2	400点（新設）
		（1日につき、入院した日から7日を限度）	

**A207 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	診療録管理体制加算1	100点（新設）
		診療録管理体制加算2	30点
		（入院初日）	

**A207-2 医師事務作業補助体制加算**

（病院）

平成26年3月まで		改正	
		<b>1 医師事務作業補助体制加算1（新設）</b>	
		<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>10.0対1補助体制加算</u>	143点
		<b>2 医師事務作業補助体制加算2</b>	
1.5対1補助体制加算	810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	2.0対1補助体制加算	610点
2.5対1補助体制加算	490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	3.0対1補助体制加算	410点
4.0対1補助体制加算	330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	5.0対1補助体制加算	255点

75対1補助体制加算	180点	75対1補助体制加算	180点
100対1補助体制加算	138点	100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。	

**A207-3 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、14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	夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点
(1日につき、14日限度)	(1日につき、14日限度)
注3 夜間における看護職員の配置	<b>【A207-4】</b>
看護職員夜間配置加算 50点	看護職員夜間配置加算 50点
(1日につき、14日限度)	(1日につき、入院した日から14日限度)

**A226-2 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。	<b>施設基準④の変更</b> 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	
<u>退院調整加算（一般病棟入院等）（14日以内）（特定地域）</u>	170点
<u>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）</u>	75点
<u>退院調整加算（一般病棟入院等）（31日以上）（特定地域）</u>	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	
<u>退院調整加算（療養病棟入院等）（30日以内）（特定地域）</u>	400点
<u>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）</u>	300点
<u>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）</u>	200点
<u>退院調整加算（療養病棟入院等）（121日以上）（特定地域）</u>	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】
	<b>3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3</b>
	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	1	救命救急入院料1
	3日以内の期間 9,711点		3日以内の期間 9,869点
	4日以上7日以内の期間 8,786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 7,501点		8日以上14日以内の期間 7,623点
2	救命救急入院料2	2	救命救急入院料2
	3日以内の期間 11,211点		3日以内の期間 11,393点
	4日以上7日以内の期間 10,151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 8,901点		8日以上14日以内の期間 9,046点
3	救命救急入院料3	3	救命救急入院料3
	救命救急入院料		救命救急入院料
	3日以内の期間 9,711点		3日以内の期間 9,869点
	4日以上7日以内の期間 8,786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 7,501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		広範囲熱傷特定集中治療管理料
	3日以内の期間 9,711点		3日以内の期間 9,869点
	4日以上7日以内の期間 8,786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 7,901点		8日以上60日以内の期間 8,030点
4	救命救急入院料4	4	救命救急入院料4
	救命救急入院料		救命救急入院料
	3日以内の期間 11,211点		3日以内の期間 11,393点
	4日以上7日以内の期間 10,151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 8,901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		広範囲熱傷特定集中治療管理料
	3日以内の期間 11,211点		3日以内の期間 11,393点
	4日以上7日以内の期間 10,151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 8,901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 7,901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)	(新設)
急性薬毒物中毒加算（救命救急入院料）	急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点
5,000点	急性薬毒物中毒加算2（その他） 350点
(入院初日)	(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

<p>[施設基準] 高度救命救急センターであること。</p>	<p>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。</p> <p>[施設基準] (削除)</p>
------------------------------------	--

## A301 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)
	7日以内の期間 13,650 点
	8日以上14日以内の期間 12,126 点
	2 特定集中治療室管理料 2 (新設)
	特定集中治療室管理料
	7日以内の期間 13,650 点
	8日以上14日以内の期間 12,126 点
	広範囲熱傷特定集中治療管理料
	7日以内の期間 13,650 点
	8日以上60日以内の期間 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 <sup>2</sup> 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	3 特定集中治療室管理料 3
7日以内の期間 9,211 点	7日以内の期間 9,361 点
8日以上14日以内の期間 7,711 点	8日以上14日以内の期間 7,837 点
2 特定集中治療室管理料 2	4 特定集中治療室管理料 4
特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料
7日以内の期間 9,211 点	7日以内の期間 9,361 点
8日以上14日以内の期間 7,711 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	広範囲熱傷特定集中治療管理料
7日以内の期間 9,211 点	7日以内の期間 9,361 点
8日以上60日以内の期間 7,901 点	8日以上60日以内の期間 8,030 点
[施設基準]	[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。	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。

## A301-2 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。	ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点 (21日限度)  [施設基準] 看護配置常時4対1 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。  ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点 (21日限度)  [施設基準] 看護配置常時5対1 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。  [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。

## A301-3 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

## A301-4 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。

## A302 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。	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 グラム以上であつて、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つては 35 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。

※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(101)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。

## A303 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A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2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A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2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(101)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。

**A303-2 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A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303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A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303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1,500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。

**A305 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

**A306 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

**A307 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

**A308 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 (生活療養を受ける場合 1,897点)	1,911点	回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合 2,011点)	2,025点
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合 1,747点)	1,761点	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合 1,796点)	1,811点
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合 1,597点)	1,611点	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合 1,642点)	1,657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)	<p><u>体制強化加算</u> 200点 (1日につき)</p> <p>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。</p> <p>[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。</p>

## A308-2 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	[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2 1,911点	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)1,761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)1,661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。

**A308-3 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 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）	2,558点
2	地域包括ケア入院医療管理料 1 （生活療養を受ける場合にあつては、2,544点）	2,558点
3	地域包括ケア病棟入院料 2 （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点）	2,058点
4	地域包括ケア入院医療管理料 2 （生活療養を受ける場合にあつては、2,044点）	2,058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） （生活療養を受ける場合にあつては、2,177点）	2,191点
	地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域） （生活療養を受ける場合にあつては、2,177点）	2,191点
	地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域） （生活療養を受ける場合にあつては、1,749点）	1,763点
	地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域） （生活療養を受ける場合にあつては、1,749点）	1,763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）
<p><b>※療養病棟で入院登録する場合の注意点</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
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A100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A101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A100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A101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B005-3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H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038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はいできない。
- 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。

**A309 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

**A310 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	3,291 点	61日以上	3,384 点

**A311 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	3,042 点	31日以上	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	2,842 点	31日以上	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

**A311-2 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	
		精神科急性期医師配置加算	500点
		（1日につき） 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する患者に限る。	

**【注5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	200点
		（退院時1回）	

**A311-3 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

## A311-4 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

## A312 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

## A314 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日以上期間 1,171点	61日以上期間 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日以上期間 961点	61日以上期間 987点

## A317 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) (60日限度) 1,761点	[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) (60日限度) 1,811点

※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
	特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理1） 2,191点
	特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理2） 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日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 (生活療養を受ける場合 4,794点)	4,822点	短期滞在手術等基本料2 (生活療養を受ける場合 4,890点)	4,918点
短期滞在手術基本料3 (生活療養を受ける場合 5,633点) 対象手術 ・K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア (15歳未満に限る。) ・K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) (15歳未満に限る。)	5,703点	短期滞在手術等基本料3 (病院のみ算定可)	
		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]	
		イ D237 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 D237 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 D237 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 D291-2 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 D413 前立腺針生検法	11,737点 (生活療養を受ける場合 11,666点)
		ヘ K008 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	K093-2 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	K196-2 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	K282 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	K282 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	K474 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	K617 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	K617 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	K617 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	K633 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	K633 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	K634 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	K634 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	K721 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	K721 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	K743 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	K867 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	K873 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。

“09999903 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	TP	11 X 1 11
60	160019010	* BUN	11 X 1 11
60	160131950	* BUN(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 3mg	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。

※以下、入院調剤料の出来高算定について平成26年4月2日パッチで対処しました。

~~※※入院調剤料の自動算定では、手入力した出来高算定等の判断を行っていません。その為、別の日に既に包括算定された入院調剤料が存在している場合は出来高入力を行った場合であっても、包括の剤にカレンダーを編集してしまいます。~~  
~~これについて対応を検討していますが、暫定の対応方法として、退院時の出来高投薬と入院調剤料を手入力後は、会計照会画面で剤のカレンダーを変更してください。~~  
~~また、投薬のある日の訂正を行った場合も、再度、入院調剤料を自動発生しますので、会計照会画面でのカレンダー変更が必要となります。~~

## 特定入院料の算定要件外対応（平成26年5月20日パッチ対応）

特定入院料の算定病棟に当該入院料の算定要件に該当しない患者が入院した場合、算定する入院料が解釈上定められている場合があります。（例 精神科救急入院料の算定要件に該当しない場合、精神病棟15対1入院基本料を算定する。）

これについて(I01)入退院登録画面の特定入院料選択欄コンボボックスの右横に、コンボボックスを新設し、特定入院料算定要件外の入院料算定を可能としました。

平成26年4月1日以降の入院日、又は異動日で次頁〔表1〕に該当する特定入院料の場合、新設したコンボボックスで

「0 算定要件に該当する患者」

「1 算定要件に該当しない患者」

のいずれかを選択可能です。（コンボボックスの初期値は「0 算定要件に該当する患者」。）

「0 算定要件に該当する患者」を選択した場合は特定入院料の算定を行い、

「1 算定要件に該当しない患者」を選択した場合は、〔表1〕の「算定要件に該当しない場合の算定入院料」を算定入院料の欄に表示し、算定を行います。

算定要件外の算定入院料が定められていない特定入院料の場合は、コンボボックスは非活性（選択不可）です。

[表1] 特定入院料の算定要件に該当しない場合の算定入院料

特定入院料	算定要件に該当しない場合の算定入院料
A307 小児入院医療管理料5	精神病棟15対1入院基本料を算定。 ※病棟種別が精神病棟の場合に限る。
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料1 回復期リハビリテーション病棟入院料2 回復期リハビリテーション病棟入院料3  ※生活療養あり。	病棟種別が一般病棟の場合は一般病棟特別入院基本料を算定。 病棟種別が療養病棟の場合は療養病棟入院基本料Iを算定。 ※回復期リハビリテーション病棟入院料1、2の場合は療養病棟入院基本料1のIを算定。 回復期リハビリテーション病棟入院料3の場合は療養病棟入院基本料2のIを算定。
A308-3 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 地域包括ケア入院医療管理料2 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) 地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)  ※生活療養あり。	病棟種別が一般病棟の場合は一般病棟特別入院基本料を算定  病棟種別が療養病棟で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を算定。  病棟種別が療養病棟で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。
A310 緩和ケア病棟入院料	一般病棟特別入院基本料を算定。
A311 精神科救急入院料1 精神科救急入院料2	精神病棟15対1入院基本料を算定。 ※病棟種別が精神病棟の場合に限る。
A311-2 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2	精神病棟15対1入院基本料を算定。 ※病棟種別が精神病棟の場合に限る。
A311-3 精神科救急・合併症入院料	精神病棟15対1入院基本料を算定。 ※病棟種別が精神病棟の場合に限る。
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	精神病棟特別入院基本料を算定。
A317 特定一般病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理1) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理2)	一般病棟特別入院基本料を算定。

## 「疑義解釈資料の送付について（その2）」の問28について

(問28) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料について、療養病棟で算定する場合において、算定要件に該当しない患者に対して、療養病棟入院基本料Ⅰの例によって算定する場合について入院基本料等加算はどのように算定するのか。

(答) 当該入院料については、一般病棟の場合において算定要件に該当しない患者に対しては特別入院基本料を算定することから、療養病棟で療養病棟入院基本料Ⅰの例によって算定する場合においても入院基本料等加算は特別入院基本料の例により算定する。

とされ、算定要件に該当しない場合、療養病棟であれば療養病棟入院基本料Ⅰを算定しますが、この場合の入院料加算は一般病棟の特別入院料の例により算定することとされたので、これについても対応しています。

社会保険診療報酬支払基金が公開している医科電子点数表も、療養病棟入院基本料（グループ番号10）で算定可能な加算として、「190101770 難病患者等入院診療加算」等が追加されました。

医科電子点数表の「入院基本料テーブル」更新リスト（2014年4月11日）は以下を参照。

[http://www.ssk.or.jp/tensuhyo/ikashika/ikashika\\_01.html](http://www.ssk.or.jp/tensuhyo/ikashika/ikashika_01.html)