

「日医標準レセプトソフト」

平成 28 年 4 月診療報酬改定対応
(入 院)

第四版

2016 年 4 月 28 日

公益社団法人 日本医師会

= 目次 =

■入院医療の改定	3
1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」設定の切り替え	3
2. システム管理「5001 病棟管理情報」設定の切り替え	5
3. 入退院登録画面で表示する短期滞在手術等基本料 3 の設定	8
4. 入院中の他医療機関受診時の減算規定緩和	9
5. 医療区分・ADL 区分の登録について	11
6. 夜勤時間特別入院基本料について	13
7. 療養病棟入院基本料 2 における医療区分の高い患者の割合に応じた評価	14
8. 障害者施設等入院基本料等で医療区分を反映した入院料の新設	15
9. 入院会計の一括置換プログラム	16
入院料等（入院基本料）	17
A100 一般病棟入院基本料	17
A101 療養病棟入院基本料	18
A102 結核病棟入院基本料	21
A103 精神病棟入院基本料	22
A104 特定機能病院入院基本料	23
A105 専門病院入院基本料	23
A106 障害者施設等入院基本料	24
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	26
入院料等（入院基本料等加算）	27
A200 総合入院体制加算	27
A205 救急医療管理加算	27
A207-2 医師事務作業補助体制加算	27
A207-3 急性期看護補助体制加算	27
A207-4 看護職員夜間配置加算	28
A214 看護補助加算	28
A218 地域加算	28
A230-2 精神科地域移行加算	28
A230-4 精神科リエゾンチーム加算	28
A232 がん拠点病院加算	29
A233-2 栄養サポートチーム加算	29
A238 退院調整加算	29
A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算	29
A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算	29
A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算	29
A238-8 地域連携認知症支援加算	29
A238-9 地域連携認知症集中治療加算	30
A243 後発医薬品使用体制加算	30
A244 病棟薬剤業務実施加算	30
A245 データ提出加算	31
A246 退院支援加算	31
A247 認知症ケア加算	31

A 2 4 8	精神疾患診療体制加算.....	32
A 2 4 9	精神科急性期医師配置加算.....	32
A 2 5 0	薬剤総合評価調整加算.....	32
入院料等（特定入院料）.....		33
A 3 0 1－4	小児特定集中治療室管理料.....	33
A 3 0 5	一類感染症患者入院医療管理料.....	33
A 3 0 6	特殊疾患入院医療管理料.....	34
A 3 0 7	小児入院医療管理料.....	34
A 3 0 8	回復期リハビリテーション病棟入院料.....	35
A 3 0 8－3	地域包括ケア病棟入院料.....	35
A 3 0 9	特殊疾患病棟入院料.....	35
A 3 1 0	緩和ケア病棟入院料.....	36
A 3 1 1－2	精神科急性期治療病棟入院料.....	36
A 3 1 8	地域移行機能強化病棟入院料.....	36
短期滞在手術基本料.....		38
A 4 0 0	短期滞在手術等基本料.....	38
経腸栄養用製品（流動食）の入院時食事療養費について.....		41
食事療養標準負担額、生活療養標準負担額について.....		43

■改版履歴

初版	2016 年 3 月 24 日
第二版	2016 年 4 月 1 日
	5 頁 文言修正
	16 頁 入院会計一括置換処理の病棟番号指定に説明を追記
	46 頁 自動据え置き判定の説明、据え置きの入院年月日コメント新設、システム予約とコメント入力方法を追記
第三版	2016 年 4 月 5 日
	35 頁 A308-3 地域包括ケア病棟入院料 注の見直し（包括範囲変更）を追記
第四版	2016 年 4 月 28 日
	24 頁 A106 障害者施設等入院基本料 注 6 に月平均夜勤時間超過減算の算定点数を追記
	25 頁 A106 障害者施設等入院基本料 注 6 の包括設定について追記

■入院医療の改定

今回の改定では、入院料、入院料加算の点数変更、入院料算定要件の見直し、特定入院料の新設、食事の算定金額変更等があります。プログラム更新及びマスタ更新を実施した後、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」「5003 短期滞在手術等基本料3 情報（短期滞在手術等基本料3 を算定する場合）」について有効期間の切り替えと設定項目の再設定を行ってください。

既に4月分以降の入院会計を改定前の内容で作成済みの場合であって、算定点数に変更がある場合は、システム管理の登録後に「31 入退院登録」から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、「[9. 入院会計の一括置換プログラム](#)」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「5000 医療機関情報－入院基本」「5001 病棟管理情報」「5003 短期滞在手術等基本料3 情報（短期滞在手術等基本料3 を算定する場合）」については改定により算定コードが変更になっているものがあることから、有効期間の開始日が平成28年4月1日からとなる期間を必ず追加設定してください。

また、今回の改定に併せて「5001 病棟管理情報」に「病床機能報告用（病院のみ使用）」の設定項目を追加しています。

1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」設定の切り替え

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28年4月以降に設定可能となる入院料加算は別表1となります。

システム管理の有効開始日を平成28年4月1日以降とすることで設定が可能となりますから、以下の手順で有効期間の切り替えを行ってください。

有効期間「平成26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26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「H28.4.1」～「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28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「H28.4.1」～「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28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 28 年 4 月 1 日から	
病 院	A200 総合入院体制加算 総合入院体制加算 1 <u>総合入院体制加算 2 (新設)</u> 総合入院体制加算 3 総合入院体制加算は全て新設コードとなった関係で平成 28 年 3 月 31 日まで総合入院体制加算を算定する設定であっても、平成 28 年 4 月 1 日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
	A208 乳幼児加算 → 「乳幼児加算・幼児加算」と設定箇所をまとめました。 幼児加算 A218 地域加算 1～6 級地地域加算 <u>7 級地地域加算 (新設)</u> A243 後発医薬品使用体制加算 <u>後発医薬品使用体制加算 1 (新設)</u> 後発医薬品使用体制加算 2 後発医薬品使用体制加算 3 後発医薬品使用体制加算は全て新設コードとなった関係で平成 28 年 3 月 31 日まで後発医薬品使用体制加算を算定する設定であっても、平成 28 年 4 月 1 日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
診療所	A218 地域加算 1～6 級地地域加算 <u>7 級地地域加算 (新設)</u> A243 後発医薬品使用体制加算 <u>後発医薬品使用体制加算 1 (新設)</u> 後発医薬品使用体制加算 2 後発医薬品使用体制加算 3 後発医薬品使用体制加算は全て新設コードとなった関係で平成 28 年 3 月 31 日まで後発医薬品使用体制加算を算定する設定であっても、平成 28 年 4 月 1 日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。

2. システム管理「5001 病棟管理情報」設定の切り替え

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 28 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**選択病棟**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 28 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 28 年 4 月 1 日から
病 院	[特定入院料]の追加 A318 <u>地域移行機能強化病棟入院料（新設）</u>
	[入院料加算] 体制強化加算（A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の注の加算） 1：算定しない ⇒ 1：算定しない 2：算定する 2：体制強化加算 1 3：体制強化加算 2
	体制強化加算は全て新設コードとなった関係で平成 28 年 3 月 31 日まで体制強化加算を算定する設定であっても、平成 28 年 4 月 1 日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
	看護必要度加算（10 対 1 入院基本料の注の加算） 1：算定しない ⇒ 1：算定しない 2：看護必要度加算 1 2：看護必要度加算 1 3：看護必要度加算 2 3：看護必要度加算 2 4：看護必要度加算 3
	看護必要度加算は全て新設コードとなった関係で平成 28 年 3 月 31 日まで看護必要度加算を算定する設定であっても、平成 28 年 4 月 1 日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
	A207-3 夜間急性期看護補助体制加算 1：25 対 1 ⇒ 1： <u>30 対 1</u> 2：50 対 1 2：50 対 1 3：100 対 1 3：100 対 1
	平成 28 年 3 月 31 日まで 25 対 1 の加算を設定している場合は、平成 28 年 4 月 1 日から 30 対 1 の設定として引き継ぎます。必要に応じて再度設定を行ってください。50 対 1 と 100 対 1 はそのまま引き継ぎます。

病 院	A207-3 夜間急性期看護補助体制加算の注の加算 <u>夜間看護体制加算（新設）</u>
	A207-4 看護職員夜間配置加算 1：算定しない ⇒ 1：算定しない 2：算定する 2：12対1配置加算1 3：12対1配置加算2 4：16対1配置加算
	看護職員夜間配置加算は全て新設コードとなった関係で平成28年3月31日まで看護職員夜間配置加算を算定する設定であっても、平成28年4月1日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
	A214 看護補助加算の注の加算 <u>夜間75対1看護補助加算（新設）</u> <u>夜間看護体制加算（新設）</u>
	A249 精神科急性期医師配置加算（平成28年3月迄はA311-2精神科急性期治療病棟入院料の注の加算） 精神科急性期医師配置加算は新設コードとなった関係で平成28年3月31日まで精神科急性期医師配置加算を算定する設定であっても、平成28年4月1日からのシステム管理には設定が引き継がれません。算定を行う場合は再度設定が必要になります。
診療所	[入院料]の追加変更 なし [入院料加算] A109 有床診療所療養病床入院基本料の注の加算 <u>有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算（新設）</u>

・ 病床機能報告用の設定項目追加について

平成 28 年度病床報告機能制度で、電子レセプトに「病棟情報」を記録して提出することが予定されています。

詳細については厚生労働省の病床機能報告説明サイトの「○病床機能報告に係る病棟コードのお知らせ」を参照してください。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>)

平成 28 年 6 月診療分から実施予定であることから、病棟管理情報に設定項目の追加をしています。**※電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ対象となります。（有床診療所は対象となりません。）**

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	有効終了日
1	一般病棟	一般病棟	認知 1	内科	一般病棟 1 3 対 1 入院基本料	1121	4	H26. 4. 1	H28. 3. 31
2	療養病棟	療養病棟	地包 1	内科	療養病棟入院基本料 1 (入院基本料)	1810	1	H26. 4. 1	H28. 3. 31

選択番号: 1 基準日: H28. 3. 8

病棟番号: 1 病棟名称: 一般病棟 短縮病棟名: 一般病棟 病棟科名: 01 内科

病棟種別: 01 一般病棟 特定入院料: 1121 点

入院基本料: 03 一般病棟 1 3 対 1 入院基本料

夜勤時間超過減算等: 2 夜勤時間特別入院基本料による算定

90日超えの算定: 0 一般病棟入院基本料を算定

レセプト表示区分: レセ電病棟情報 (1~50)

加算 1 加算 2

看護補助加算: 00 算定しない

夜間 7 5 対 1 看護補助加算: 1 算定しない

夜間看護体制加算 (A 2 1 4): 1 算定しない

看護必要度加算: 1 算定しない

一般病棟看護必要度評価加算: 1 算定しない

ADL 維持向上等体制加算: 1 算定しない

精神保健福祉士配置加算: 1 算定しない

在宅復帰機能強化加算: 1 算定しない

体制強化加算: 1 算定しない

看護職員配置加算: 1 算定しない

看護補助者配置加算: 1 算定しない

精神科急性期医師配置加算: 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

医師事務作業補助体制加算 2: 1 算定しない

急性期看護補助体制加算: 1 算定しない

有効期間 開始日: H28. 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

・ レセ電病棟情報のコンボボックスは以下が選択可能です。

1	高度急性期
2	急性期
3	回復期
4	慢性期

・ 連番は 1 ~ 50 の範囲で設定可能です。

電子レセプトへの記録については、平成 28 年 6 月迄に対応したパッチ提供を行う予定です。

3. 入退院登録画面で表示する短期滞在手術等基本料 3 の設定

短期滞在手術基本料 3 について対象手術等の追加変更に伴い、システム管理「5003 短期滞在手術等基本料 3 情報」を平成 28 年 4 月 1 日開始の有効期間で改めて登録 する必要があります。
管理コード「5003 短期滞在手術等基本料 3 情報」について有効期間終了日[99999999]の設定を選択し「(W37)システム管理情報－短期滞在手術等基本料 3 情報」画面に遷移すると、有効期間「H28. 4. 1 ～ 99999999」の設定画面が表示されるので、入退院登録画面で選択表示を行う対象を再設定してください。

有効期間 H28. 4. 1 ～ 99999999

- ☐ 短手 3 (終夜睡眠ポリグラフィー 1 (携帯用装置))
- ☐ 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 (胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側))
- ☐ 短手 3 (水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側)
- ☐ 短手 3 (水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側)
- ☐ 短手 3 (水晶体再建術・眼内レンズ挿入しない・片側)
- ☐ 短手 3 (水晶体再建術・眼内レンズ挿入しない・両側)
- ☐ 短手 3 (乳腺腫瘍摘出術 (長径 5 c m 未満))
- ☐ 短手 3 (経皮的シャント拡張術・血栓除去術)
- ☐ 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 (3 歳未満))
- ☐ 短手 3 (鼠径ヘルニア手術 (3 歳以上 6 歳未満))
- ☐ 短手 3 (鼠径ヘルニア手術 (6 歳以上 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 (3 歳未満))
- ☐ 短手 3 (腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (3 歳以上 6 歳未満))
- ☐ 短手 3 (腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (6 歳以上 15 歳未満))
- ☐ 短手 3 (腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (15 歳以上))

戻る 全選択 削除 前頁 次頁 登録

「(W37) システム管理情報－短期滞在手術等基本料 3 情報」(1 頁目)

有効期間 H28. 4. 1 ～ 99999999

- ☐ 短手 3 (内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m 未満)
- ☐ 短手 3 (内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 c m 以上)
- ☐ 短手 3 (痔核手術 (硬化療法 (四段階注射法)))
- ☐ 短手 3 (体外衝撃波腎・尿管結石破砕術)
- ☐ 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)
- ☐ 短手 3 (ガンマナイフによる定位放射線治療)
- ☐
- ☐
- ☐

「(W37) システム管理情報－短期滞在手術等基本料 3 情報」(2 頁目)

短期滞在手術等基本料 3 の追加等により設定画面を頁分割しました。
「前頁」「次頁」ボタンで表示を切り替えてください。

4. 入院中の他医療機関受診時の減算規定緩和

第1 基本的な考え方

入院中の患者が、異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、入院中の他医療機関受診時の減算について、診療科の少ない保険医療機関等に配慮し、控除率を緩和する。

第2 具体的な内容

精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない保険医療機関等に配慮し、控除率を緩和するとともに、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的とする場合の算定方法は活用されていないため廃止する。

【入院中の患者の他医療機関への受診について】

平成 28 年 3 月まで	改 正
【出来高入院料の場合】 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 30%を控除した点数により算定すること。 ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の 15%を控除した点数により算定する。 【特定入院料等（包括診療行為算定）の場合】 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定すること。 ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。	【出来高入院料の場合】 出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。 （以下、削除） 【特定入院料等（包括診療行為算定）の場合】 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数により算定すること。 ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数により算定すること。

【特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合】 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。 ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合（入院日から起算して60日以内に限り。）であって、透析のみを目的として他医療機関を受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定する。	【特定入院料等（包括診療行為未算定）の場合】 特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の<u>10%</u>を控除した点数により算定すること。 （以下、削除）
--	--

【算定方法】

（I41）入院会計照会画面の外泊欄の区分を以下のように変更します。

平成 28 年 3 月まで	改 正
01 外泊 02 治療の為の外泊 03 選定入院中の外泊 04 他医療機関受診 7 0 %減 05 他医療機関受診 3 0 %減 06 他医療機関受診 5 5 %減 07 他医療機関受診 1 5 %減 08 特定時間退院減算 09 特定曜日入退院減算 13 特定曜日＋他受 3 0 %減	01 外泊 02 治療の為の外泊 03 選定入院中の外泊 04 他医療機関受診 <u>4 0 %減</u> 05 他医療機関受診 <u>1 0 %減</u> 06 他医療機関受診 <u>2 0 %減</u> （削除） 08 特定時間退院減算 09 特定曜日入退院減算 13 特定曜日＋他受 <u>1 0 %減</u>

5. 医療区分・ADL区分の登録について

療養病床で入院料を算定する際の医療区分について以下の変更があります。

医療区分 3

平成 28 年 3 月まで	改 正
【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] 酸素療法を実施している状態	【酸素療法を実施している状態】 [項目の定義] <u>常時流量 3L/分以上を必要とする状態又は常時流量 3L/分未満を必要とする状態であって NYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態又は肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合。ただし、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、30 日間は本項目に該当する。</u>

医療区分 2

平成 28 年 3 月まで	改 正
【頻回の血糖検査を実施している状態】 [留意点] 糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。	【酸素療法を実施している状態】 (新設) [項目の定義] <u>酸素療法を実施している状態（医療区分 3 に該当する状態を除く。）</u>
【頻回の血糖検査を実施している状態】 [留意点] 糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。	【頻回の血糖検査を実施している状態】 [留意点] <u>糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回な血糖検査を実施している状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。</u>
【うつ症状に対する治療を実施している状態】 [項目の定義] うつ症状に対する治療を実施している状態（うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第1第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）	【うつ症状に対する治療を実施している状態】 [項目の定義] うつ症状に対する治療を実施している状態（ <u>精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合、うつ症状に対する入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、『診療報酬の算定方法』別表第1第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。</u> ）

これに伴い平成 28 年 4 月の「(I47)医療区分・ADL登録」画面及び「医療区分・ADL区分に係る評価票」(別紙様式 2)に「38 酸素療法を実施している状態(17を除く。)」が追加となります。

平成 28 年 3 月まで	改 正
算定期間に限りがない区分 医療区分 2 19 筋ジストロフィー症 (略) 37 創傷、皮膚潰瘍又は蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施	算定期間に限りがない区分 医療区分 2 19 筋ジストロフィー症 (略) 37 創傷、皮膚潰瘍又は蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施 <u>38 酸素療法を実施している状態(17を除く。)</u>
91 身体抑制を実施している	91 身体抑制を実施している

6. 夜勤時間特別入院基本料について

月平均夜勤時間数の基準のみ適合しない場合、夜勤時間特別入院基本料として、入院基本料の **100分の70**に相当する点数を算定します。（100分の70の点数が特別入院基本料の点数を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数を算定。）

〔算定対象入院料〕 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

〔施設基準〕

- (1) 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- (2) 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を地方厚生（支）局長に提出すること。

【算定方法】

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 28 年 4 月以降に「夜勤時間超過減算等」の設定欄に「2 夜勤時間特別入院基本料による算定」を設定してください。

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（夜勤時間特別入院基本料） 785 点」のように 100 分の 70 に相当する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. It contains a table of inpatient basic fees and a detailed configuration section for the 'Night Shift Time Special Inpatient Basic Fee'.

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	有効終了日
1	一般病棟	一般病棟	認知1	内科	一般病棟 1 3 対 1 入院基本料	1121	4	H28. 4. 1	H28. 3. 31
2	療養病棟	療養病棟	地包1	内科	療養病棟入院基本料 1 (入院基本料)	1810	1	H26. 4. 1	H28. 3. 31

Below the table, the 'Night Shift Time Special Inpatient Basic Fee' is configured as follows:

- 選択番号: 1
- 基準日: H28. 3. 8
- 病棟番号: 1
- 病棟名称: 一般病棟
- 短縮病棟名: 一般病棟
- 病棟科名: 01 内科
- 病棟種別: 01 一般病棟
- 特定入院料: 一般病棟
- 入院基本料: 03 一般病棟 1 3 対 1 入院基本料
- 夜勤時間超過減算等: 2 夜勤時間特別入院基本料による算定
- 90日超えの算定: 0 一般病棟入院基本料を算定
- レセプト表示区分: (1~50)

The '加算' (Addition) section shows various calculation options, with 'Night Shift Time Special Inpatient Basic Fee' set to 'Calculation by Night Shift Time Special Inpatient Basic Fee'.

※従来の「月平均夜勤時間超過」の設定欄は「夜勤時間超過減算等」に変更となりました。

7. 療養病棟入院基本料 2 における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

第 1 基本的な考え方

医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料 2 の病棟においても、医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう求めることとする。

第 2 具体的な内容

療養病棟入院基本料 2 の施設基準に、「当該病棟の入院患者のうち、医療区分 2 又は 3 の患者の割合の合計が 5 割以上」を加える。

ただし、当該基準又は、看護職員の配置基準（25 対 1）のみを満たさない病棟が、別に定める下記の基準を満たしている場合には、平成 30 年 3 月 31 日までに限り、所定点数の 100 分の 95 を算定できる。

[別に定める基準]

- (1) 療養病棟入院基本料 2 の施設基準のうち、「看護職員 25 対 1」を「看護職員 30 対 1」に読み替えたものを満たすこと。
- (2) 平成 28 年 3 月 31 日時点で 6 か月以上療養病棟入院基本料 1 又は 2 を届け出ている病棟であること。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成 28 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

[算定対象入院料]

療養病棟入院基本料 2

【算定方法】

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 28 年 4 月以降に「夜勤時間超過減算等」の設定欄に「3 看護職員数等経過措置による算定」による算定を設定してください。

設定後に入院登録又は異動処理等を実施すると「療養病棟入院基本料 2（A）（看護職員数等経過措置）1,658 点」のように 100 分の 95 に相当する入院基本料で入院会計を作成します。

The screenshot displays the 'W20 システム管理情報-病棟管理情報設定-ORCA 病院 [ormaster]' window. The '夜勤時間超過減算等' (Night Shift Excess Time Reduction) section is highlighted with a red box, showing the selection of '3 看護職員数等経過措置による算定' (Calculation based on nursing staff numbers, etc., transitional measure). The interface includes various dropdown menus for patient type, medical ward, and calculation options, as well as a table for calculation results.

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	有効
1	一般病棟	一般病棟	認知 1	内科	一般病棟 1 3 対 1 入院基本料	1121	4	H28. 4. 1	H28.
2	療養病棟	療養病棟	地包 1	内科	療養病棟入院基本料 1 (入院基本)	1810	1	H28. 4. 1	H28.

選択番号: 2 基準日: H28. 3. 8

病棟番号: 2 病棟名称: 療養病棟 短縮病棟名: 療養病棟 病棟科名: 01 内科

病棟種別: 04 療養病棟 特定入院料: 09 地域包括ケア病棟入院料 1

入院基本料: 12 療養病棟入院基本料 2 (入院基本料 A) 1745 点

夜勤時間超過減算等: 3 看護職員数等経過措置による算定

レセプト表示区分: 07 療養 レセ電病棟情報: (1 ~ 50)

加算 1 加算 2

看護補助加算: 00 算定しない

夜間 7.5 対 1 看護補助加算: 1 算定しない

夜間看護体制加算 (A 2 1 4): 1 算定しない

看護必要度加算: 1 算定しない

一般病棟看護必要度評価加算: 1 算定しない

A/DL 維持向上等体制加算: 1 算定しない

精神保健福祉士配置加算: 1 算定しない

在宅復帰機能強化加算: 1 算定しない

体制強化加算: 1 算定しない

看護職員配置加算: 1 算定しない

看護補助者配置加算: 1 算定しない

精神科急性期医師配置加算: 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

医師事務作業補助体制加算 2: 1 算定しない

急性期看護補助体制加算: 1 算定しない

有効期間 開始日: H28. 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

8. 障害者施設等入院基本料等で医療区分を反映した入院料の新設

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料について医療区分を反映した入院料が新設されました。算定点数の詳細は「[A 1 0 6 障害者施設等入院基本料](#)」「[A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料](#)」「[A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料](#)」を参照してください。

【算定方法】

病棟又は病室に設定された入院料から(I01)入退院登録画面の入院料選択欄に算定可能な入院料が追加表示されますから、入院登録時に選択して登録を行ってください。

病棟の入院基本料	入院料選択欄に追加表示される入院基本料
障害者施設等 7 対 1 入院基本料	障害者施設等 7 対 1 入院基本料（医療区分 2） 障害者施設等 7 対 1 入院基本料（医療区分 1）
障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料	障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料（医療区分 2） 障害者施設等 1 0 対 1 入院基本料（医療区分 1）
障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料	障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料（医療区分 2） 障害者施設等 1 3 対 1 入院基本料（医療区分 1）
障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料	障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料（医療区分 2） 障害者施設等 1 5 対 1 入院基本料（医療区分 1）

病棟の特定入院料	入院料選択欄に追加表示される特定入院料
特殊疾患病棟入院料 1	特殊疾患病棟入院料 1（医療区分 2 の患者に相当するもの） 特殊疾患病棟入院料 1（医療区分 1 の患者に相当するもの）
特殊疾患病棟入院料 2	特殊疾患病棟入院料 2（医療区分 2 の患者に相当するもの） 特殊疾患病棟入院料 2（医療区分 1 の患者に相当するもの）

病室の特定入院料	入院料選択欄に追加表示される特定入院料
特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患入院医療管理料（医療区分 2） 特殊疾患入院医療管理料（医療区分 1）

9. 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」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、算定点数が変動している場合は入院会計の再作成が必要となります。）

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 28 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。）

対象病棟番号が数字 1 桁の場合は前ゼロ付きの数字 2 桁で指定してください。

例：病棟番号が「1」の場合は「01」と入力

- 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

【注2の見直し】月平均夜勤時間超過減算の点数見直し

平成 28 年 3 月まで	改 正
月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から <u>100分の20</u> に相当する点数を減算する。	月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から <u>100分の15</u> に相当する点数を減算する。
〔夜勤時間超過減算時〕	〔夜勤時間超過減算時〕
一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,273 点	一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,352 点
一般病棟 10 対 1 入院基本料 1,066 点	一般病棟 10 対 1 入院基本料 1,132 点
一般病棟 13 対 1 入院基本料 897 点	一般病棟 13 対 1 入院基本料 953 点
一般病棟 15 対 1 入院基本料 768 点	一般病棟 15 対 1 入院基本料 816 点

【注6の見直し】看護必要度加算（10対1入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
看護必要度加算 1 30 点	看護必要度加算 1 <u>55 点</u>
看護必要度加算 2 15 点	看護必要度加算 2 <u>45 点</u>
	看護必要度加算 3 25 点
〔施設基準〕	〔施設基準〕
イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「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。	イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>2 割 4 分以上</u> 入院させる病棟であること。
ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割以上入院させる病棟であること。	ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>1 割 8 分以上</u> 入院させる病棟であること。
	ハ 看護必要度加算 3 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>1 割 2 分以上</u> 入院させる病棟であること。

〔経過措置〕

平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準を満たしているものとする。

【注12の見直し】ADL維持向上等体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
ADL維持向上等体制加算 25 点	ADL維持向上等体制加算 80 点

【注13の追加】夜勤時間特別入院基本料

平成 28 年 3 月まで	改 正
	月平均夜勤時間数のみ適合しない場合、夜勤時間特別入院基本料として、入院基本料の<u>100分の70</u>に相当する点数を算定する。 [夜勤時間特別入院基本料] 一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,114 点 一般病棟 10 対 1 入院基本料 932 点 一般病棟 13 対 1 入院基本料 785 点 一般病棟 15 対 1 入院基本料 672 点

A101 療養病棟入院基本料

【注2の見直し】月平均夜勤時間超過減算の点数見直し

平成 28 年 3 月まで	改 正
月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定定点数から <u>100 分の 20</u> に相当する点数を減算する。 [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)	月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定定点数から <u>100 分の 15</u> に相当する点数を減算する。 [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 1,483 点 (生活療養を受ける場合 1,471 点) 入院基本料 B 1,437 点 (生活療養を受ける場合 1,425 点) 入院基本料 C 1,193 点 (生活療養を受ける場合 1,181 点) 入院基本料 D 1,145 点 (生活療養を受ける場合 1,133 点) 入院基本料 E 1,122 点 (生活療養を受ける場合 1,109 点) 入院基本料 F 990 点 (生活療養を受ける場合 978 点) 入院基本料 G 767 点 (生活療養を受ける場合 755 点) 入院基本料 H 726 点 (生活療養を受ける場合 714 点) 入院基本料 I 638 点 (生活療養を受ける場合 625 点)

【注 8】算定コードの新設

従来から注 8 に規定されている、以下の内容について専用の診療行為コードが新設されました。

注 8 「別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（略）に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注 1 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例により算定する。」

■新設コード（入院料、加減算）

診療行為 コード	名称及び点数	点数
190198110	療養病棟・一般病棟 7 対 1 入院基本料	1,591 点
190198210	療養病棟・一般病棟 1 0 対 1 入院基本料	1,332 点
190198310	療養病棟・一般病棟 1 3 対 1 入院基本料	1,121 点
190198410	療養病棟・一般病棟 1 5 対 1 入院基本料	960 点
190198770	療養病棟・一般病棟入院期間加算（1 4 日以内）	450 点
190198870	療養病棟・一般病棟入院期間加算（1 5 日以上 3 0 日以内）	192 点
190198570	療養病棟・特定時間退院減算（一般病棟入院基本料）	8%減算
190198670	療養病棟・特定曜日入退院減算（一般病棟入院基本料）	8%減算

【加算条件】

(12) 「注 8」の規定により、区分番号「A 1 0 0」の一般病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

- ア 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 4」に規定する重症児（者）受入連携加算は算定することができない。
- イ 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は算定することができない。
- ウ 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 6」に規定する看護必要度加算は算定することができない。
- エ 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 7」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は算定することができない。
- オ 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 10」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合には算定できる。
- カ 区分番号「A 1 0 0」一般病棟入院基本料の「注 12」に規定する A D L 維持向上等体制加算は算定することができない。

【算定方法】

該当入院料の算定を行う場合はシステム管理「1006 施設基準情報」の選択コード 8015「療養病棟入院基本料 注 8（名寄せコード）」にフラグをセットしてください。フラグのセットを行うと、療養病棟に入院する患者について、上記入院料（7 対 1～10 対 1）を入院料選択欄に表示し選択可能となります。算定する入院料を選択して異動処理を行ってください。

【注11の追加】看護職員数等経過措置

平成 28 年 3 月まで	改 正																																				
	療養病棟入院基本料 2 の施設基準に、「当該病棟の入院患者のうち、医療区分 2 又は 3 の患者の割合の合計が 5 割以上」を加える。 ただし、当該基準又は、看護職員の配置基準（25 対 1）のみを満たさない病棟が、別に定める下記の基準を満たしている場合には、平成30年 3 月31日までに限り、所定点数の<u>100分の95</u>を算定できる。 ※療養病棟入院基本料 2 が対象 <table> <tr> <td>入院基本料 A</td><td>1,658 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,644 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 B</td><td>1,606 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,593 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 C</td><td>1,333 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,320 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 D</td><td>1,280 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,266 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 E</td><td>1,254 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,240 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 F</td><td>1,107 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,093 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 G</td><td>857 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>844 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 H</td><td>811 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>798 点）</td></tr> <tr> <td>入院基本料 I</td><td>713 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>698 点）</td></tr> </table>	入院基本料 A	1,658 点	（生活療養を受ける場合	1,644 点）	入院基本料 B	1,606 点	（生活療養を受ける場合	1,593 点）	入院基本料 C	1,333 点	（生活療養を受ける場合	1,320 点）	入院基本料 D	1,280 点	（生活療養を受ける場合	1,266 点）	入院基本料 E	1,254 点	（生活療養を受ける場合	1,240 点）	入院基本料 F	1,107 点	（生活療養を受ける場合	1,093 点）	入院基本料 G	857 点	（生活療養を受ける場合	844 点）	入院基本料 H	811 点	（生活療養を受ける場合	798 点）	入院基本料 I	713 点	（生活療養を受ける場合	698 点）
入院基本料 A	1,658 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,644 点）																																				
入院基本料 B	1,606 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,593 点）																																				
入院基本料 C	1,333 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,320 点）																																				
入院基本料 D	1,280 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,266 点）																																				
入院基本料 E	1,254 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,240 点）																																				
入院基本料 F	1,107 点																																				
（生活療養を受ける場合	1,093 点）																																				
入院基本料 G	857 点																																				
（生活療養を受ける場合	844 点）																																				
入院基本料 H	811 点																																				
（生活療養を受ける場合	798 点）																																				
入院基本料 I	713 点																																				
（生活療養を受ける場合	698 点）																																				

[別に定める基準]

- (1) 療養病棟入院基本料 2 の施設基準のうち、「看護職員 25 対 1」を「看護職員 30 対 1」に読み替えたものを満たすこと。
- (2) 平成28年3月31日時点で 6 か月以上療養病棟入院基本料 1 又は 2 を届け出ている病棟であること。

[経過措置]

平成28年 3 月31日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成28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12の追加】夜勤時間特別入院基本料

平成 28 年 3 月まで	改 正				
	月平均夜勤時間数のみ適合しない場合、夜勤時間特別入院基本料として、入院基本料の<u>100分の70</u>に相当する点数を算定する。 ※療養病棟入院基本料 2 が対象 <table> <tr> <td>入院基本料 A</td><td>1,222 点</td></tr> <tr> <td>（生活療養を受ける場合</td><td>1,212 点）</td></tr> </table>	入院基本料 A	1,222 点	（生活療養を受ける場合	1,212 点）
入院基本料 A	1,222 点				
（生活療養を受ける場合	1,212 点）				

	入院基本料 B	1,184 点
	(生活療養を受ける場合	1,174 点)
	入院基本料 C	982 点
	(生活療養を受ける場合	972 点)
	入院基本料 D	943 点
	(生活療養を受ける場合	933 点)
	入院基本料 E	924 点
	(生活療養を受ける場合	914 点)
	入院基本料 F	816 点
	(生活療養を受ける場合	806 点)
	入院基本料 G	631 点
	(生活療養を受ける場合	622 点)
	入院基本料 H	598 点
	(生活療養を受ける場合	588 点)
	入院基本料 I	586 点
	(生活療養を受ける場合	572 点)

A 1 0 2 結核病棟入院基本料

【注 2 の見直し】月平均夜勤時間超過減算の点数見直し

平成 26 年 3 月まで	改 正
月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から 100 分の 20 に相当する点数を減算する。	月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から 100 分の 15 に相当する点数を減算する。
〔夜勤時間超過減算時〕	〔夜勤時間超過減算時〕
結核病棟 7 対 1 入院基本料	1,273 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
結核病棟 7 対 1 入院基本料	1,352 点
結核病棟 10 対 1 入院基本料	1,132 点
結核病棟 13 対 1 入院基本料	953 点
結核病棟 15 対 1 入院基本料	816 点
結核病棟 18 対 1 入院基本料	699 点
結核病棟 20 対 1 入院基本料	659 点

【注 4 の見直し】入院期間加算

平成 26 年 3 月まで	改 正
当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。	当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。
イ 14 日以内の期間	400 点
(特別入院基本料等については、	320 点)
ロ 15 日以上 30 日以内の期間	300 点
(特別入院基本料等については、	240 点)
ハ 31 日以上 90 日以内の期間	100 点
イ 14 日以内の期間	400 点
(特別入院基本料等については、	320 点)
ロ 15 日以上 30 日以内の期間	300 点
(特別入院基本料等については、	240 点)
ハ 31 日以上 60 日以内の期間	200 点
(特別入院基本料等については、	160 点)
ニ 61 日以上 90 日以内の期間	100 点

【注 6 の追加】夜勤時間特別入院基本料

平成 28 年 3 月まで	改 正
	月平均夜勤時間数のみ適合しない場合、夜勤時間特別入院基本料として、入院基本料の <u>100分の70</u> に相当する点数を算定する。
	[夜勤時間特別入院基本料]
	結核病棟 7 対 1 入院基本料 1,114 点
	結核病棟 10 対 1 入院基本料 932 点
	結核病棟 13 対 1 入院基本料 785 点
	結核病棟 15 対 1 入院基本料 672 点
	結核病棟 18 対 1 入院基本料 575 点
	結核病棟 20 対 1 入院基本料 569 点

A 1 0 3 精神病棟入院基本料

【注 2 の見直し】月平均夜勤時間超過減算の点数見直し

平成 26 年 3 月まで	改 正
月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定定点数から <u>100 分の 20</u> に相当する点数を減算する。	月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定定点数から <u>100 分の 15</u> に相当する点数を減算する。
[夜勤時間超過減算時]	[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 10 対 1 入院基本料 1,080 点
精神病棟 13 対 1 入院基本料 757 点	精神病棟 13 対 1 入院基本料 804 点
精神病棟 15 対 1 入院基本料 659 点	精神病棟 15 対 1 入院基本料 700 点
精神病棟 18 対 1 入院基本料 588 点	精神病棟 18 対 1 入院基本料 625 点
精神病棟 20 対 1 入院基本料 544 点	精神病棟 20 対 1 入院基本料 578 点

【注 9 の追加】夜勤時間特別入院基本料

平成 28 年 3 月まで	改 正
	月平均夜勤時間数のみ適合しない場合、夜勤時間特別入院基本料として、入院基本料の <u>100分の70</u> に相当する点数を算定する。
	[夜勤時間特別入院基本料]
	精神病棟 10 対 1 入院基本料 890 点
	精神病棟 13 対 1 入院基本料 662 点
	精神病棟 15 対 1 入院基本料 577 点
	精神病棟 18 対 1 入院基本料 569 点
	精神病棟 20 対 1 入院基本料 569 点

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

【注 5 の見直し】看護必要度加算（10対 1 入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
看護必要度加算 1 30 点	看護必要度加算 1 <u>55 点</u>
看護必要度加算 2 15 点	看護必要度加算 2 <u>45 点</u>
	看護必要度加算 3 <u>25 点</u>
〔施設基準〕	〔施設基準〕
イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「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。	イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>2 割 4 分以上</u> 入院させる病棟であること。
ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割以上入院させる病棟であること。	ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>1 割 8 分以上</u> 入院させる病棟であること。
	ハ <u>看護必要度加算 3</u> <u>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割 2 分以上入院させる病棟であること。</u>

〔経過措置〕

平成28年3月31日に看護必要度加算 1 又は 2 の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算 2 又は 3 の基準を満たしているものとする。

【注10の見直し】A D L 維持向上等体制加算（7 対 1 入院基本料又は10対 1 入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
A D L 維持向上等体制加算 25 点	A D L 維持向上等体制加算 80 点

A 1 0 5 専門病院入院基本料

【注 3 の見直し】看護必要度加算（10対 1 入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
看護必要度加算 1 30 点	看護必要度加算 1 <u>55 点</u>
看護必要度加算 2 15 点	看護必要度加算 2 <u>45 点</u>
	看護必要度加算 3 <u>25 点</u>
〔施設基準〕	〔施設基準〕
イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「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。	イ 看護必要度加算 1 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>2 割 4 分以上</u> 入院させる病棟であること。
ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割以上入院させる病棟であること。	ロ 看護必要度加算 2 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>1 割 8 分以上</u> 入院させる病棟であること。
	ハ <u>看護必要度加算 3</u> <u>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割 2 分以上入院させる病棟であること。</u>

〔経過措置〕

平成28年3月31日に看護必要度加算 1 又は 2 の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算 2 又は 3 の基準を満たしているものとする。

【注 9 の見直し】 A D L 維持向上等体制加算（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料算定時）

平成 28 年 3 月まで	改 正
A D L 維持向上等体制加算 25 点	A D L 維持向上等体制加算 80 点

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

【注 2 の見直し】 月平均夜勤時間超過減算の点数見直し

平成 28 年 3 月まで	改 正
月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から <u>100 分の 20</u> に相当する点数を減算する。 〔夜勤時間超過減算時〕	月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から <u>100 分の 15</u> に相当する点数を減算する。 〔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 7 対 1 入院基本料 1,350 点
障害者施設等 10 対 1 入院基本料 1,063 点	障害者施設等 10 対 1 入院基本料 1,130 点
障害者施設等 13 対 1 入院基本料 894 点	障害者施設等 13 対 1 入院基本料 950 点
障害者施設等 15 対 1 入院基本料 782 点	障害者施設等 15 対 1 入院基本料 831 点

【注 5 の見直し】

平成 28 年 3 月まで	改 正
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 <u>100 分の 20</u> 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、 <u>812 点</u> を算定する。	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 <u>100 分の 15</u> 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、 <u>860 点</u> を算定する。
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） <u>812 点</u>	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） <u>860 点</u>

【注 6 の追加】 脳卒中患者の評価

平成 28 年 3 月まで	改 正
	7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合 医療区分 2 に相当する場合 1,465 点 （月平均夜勤時間超過減算時 1,245 点） 医療区分 1 に相当する場合 1,331 点 （月平均夜勤時間超過減算時 1,131 点） 13 対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院する場合

	医療区分 2 に相当する場合 1,317 点 (月平均夜勤時間超過減算時 1,119 点) 医療区分 1 に相当する場合 1,184 点 (月平均夜勤時間超過減算時 1,006 点) 15 対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に 入院する場合 医療区分 2 に相当する場合 1,219 点 (月平均夜勤時間超過減算時 1,036 点) 医療区分 1 に相当する場合 1,086 点 (月平均夜勤時間超過減算時 923 点) [算定要件] 当該病棟に入院する重度の意識障害者(脳卒中 の後遺症の患者に限る。)の疾患及び状態等が 療養病棟入院基本料に規定する医療区分 1 又は 2 に相当する場合は、各々医療区分に従い、所 定点数を算定する。医療区分 3 相当のものは、 従来通り、障害者施設等入院基本料に規定する 所定点数を算定する。 [包括範囲] 特掲診療料の包括範囲については療養病棟入院 基本料と同様とし、入院基本料等加算等につい ては、障害者施設等入院基本料の規定に従う。
--	--

※月平均夜勤時間超過減算時(100分の85)による算定は「疑義解釈資料の送付について(その2)」
(平成28年4月25日事務連絡)により追加

注 6 の入院料算定時の包括設定について

注 6 の障害者施設等入院基本料(医療区分 1 又は 2)の包括設定を行う場合は、システム管理
「1014 包括診療行為設定情報」の「501 療養病棟入院基本料」を「包括算定する」設定として
ください。

(※包括設定の元となる電子点数表について療養病棟入院料と今回新設された注 6 の入院料が
同じグループ番号(包括内容が同じ)だったことから、このように対応しています。)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

【注 6 の見直し】注加算の点数見直し

平成 28 年 3 月まで		改 正	
看護配置加算 1	40 点	看護配置加算 1	40 点
看護配置加算 2	20 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	<u>85 点</u>
夜間看護配置加算 2	30 点	夜間看護配置加算 2	<u>35 点</u>
看護補助配置加算 1	10 点	看護補助配置加算 1	10 点
看護補助配置加算 2	5 点	看護補助配置加算 2	5 点

【注 11 の追加】

平成 28 年 3 月まで	改 正
	有床診療所在宅復帰機能強化加算 <u>5 点</u> （入院日から起算して15日以降に1日につき） [施設基準] 以下の全てを満たすこと ①有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を届け出ていること ②直近 6 か月間の退院患者の在宅復帰率が 7 割以上 ③退棟患者の在宅生活が 1 月以上継続することを確認 ④平均在院日数が 60 日以内

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

【注 11 の追加】

平成 28 年 3 月まで	改 正
	有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 <u>10 点</u> （1 日につき） [施設基準] 以下の全てを満たすこと ①直近 6 か月間の退院患者の在宅復帰率が 5 割以上 ②退棟患者の在宅生活が 1 月以上継続することを確認 ③平均在院日数が 365 日以内

入院料等（入院基本料等加算）

A 2 0 0 総合入院体制加算

【項目の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで		改 正	
総合入院体制加算 1	240 点	総合入院体制加算 1	240 点
総合入院体制加算 2	120 点	総合入院体制加算 2	180 点
		総合入院体制加算 3	120 点

A 2 0 5 救急医療管理加算

【点数の見直し】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで		改 正	
救急医療管理加算 1	800 点	救急医療管理加算 1	<u>900 点</u>
救急医療管理加算 2	400 点	救急医療管理加算 2	<u>300 点</u>

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算

【点数の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで		改 正	
1 医師事務作業補助体制加算 1		1 医師事務作業補助体制加算 1	
1 5 対 1 補助体制加算	860 点	1 5 対 1 補助体制加算	<u>870 点</u>
2 0 対 1 補助体制加算	648 点	2 0 対 1 補助体制加算	<u>658 点</u>
2 5 対 1 補助体制加算	520 点	2 5 対 1 補助体制加算	<u>530 点</u>
3 0 対 1 補助体制加算	435 点	3 0 対 1 補助体制加算	<u>445 点</u>
4 0 対 1 補助体制加算	350 点	4 0 対 1 補助体制加算	<u>355 点</u>
5 0 対 1 補助体制加算	270 点	5 0 対 1 補助体制加算	<u>275 点</u>
7 5 対 1 補助体制加算	190 点	7 5 対 1 補助体制加算	<u>195 点</u>
1 0 0 対 1 補助体制加算	143 点	1 0 0 対 1 補助体制加算	<u>148 点</u>

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算

【注 2 の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで		改 正	
夜間 25 対 1 急性期看護補助体制加算	35 点	夜間 <u>30 対 1</u> 急性期看護補助体制加算	<u>40 点</u>
夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	25 点	夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	<u>35 点</u>
夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算	15 点	夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算	<u>20 点</u>

【注 3 の追加】（病院）

平成 28 年 3 月まで		改 正	
		夜間看護体制加算	10 点

A 2 0 7 - 4 看護職員夜間配置加算

【項目の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
看護職員夜間配置加算 50 点	1 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 イ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 80 点 ロ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 60 点 2 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 40 点

[算定対象入院料]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）

A 2 1 4 看護補助加算

【注 2 の追加】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	夜間 7 5 対 1 看護補助加算 30 点 （入院した日から 20 日を限度）

[算定対象入院料]一般病棟入院基本料（13 対 1）

専門病院入院基本料（13 対 1）

【注 3 の追加】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制加算 150 点 （入院初日）

A 2 1 8 地域加算

【項目の見直し】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
1 級地地域加算 18 点	1 級地地域加算 18 点
2 級地地域加算 15 点	2 級地地域加算 15 点
3 級地地域加算 12 点	3 級地地域加算 <u>14 点</u>
4 級地地域加算 10 点	4 級地地域加算 <u>11 点</u>
5 級地地域加算 6 点	5 級地地域加算 <u>9 点</u>
6 級地地域加算 3 点	6 級地地域加算 <u>5 点</u>
	<u>7 級地地域加算 3 点</u>

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行加算

【点数の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
精神科地域移行実施加算 10 点	精神科地域移行実施加算 20 点

A 2 3 0 - 4 精神科リエゾンチーム加算

【点数の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
精神科リエゾンチーム加算 200 点	精神科リエゾンチーム加算 300 点

A 2 3 2 がん拠点病院加算

【項目の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
がん診療連携拠点病院加算（入院初日）500 点	がん拠点病院加算（入院初日） 1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院 500点 ロ 地域がん診療病院 300点 2 小児がん拠点病院加算 750 点

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算

【注 3 の追加】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	注 3 注 1 の場合において、歯科医師が、注 1 の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50 点を更に所定点数に加算する。 歯科医師連携加算 50 点

A 2 3 8 退院調整加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 3 8-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 3 8-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 3 8-5 救急搬送患者地域連携受入加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 3 8-8 地域連携認知症支援加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 3 8－9 地域連携認知症集中治療加算

【削除】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（削除）

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

【項目の見直し】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
後発医薬品使用体制加算 1 35 点	後発医薬品使用体制加算 1 42 点
後発医薬品使用体制加算 2 28 点	後発医薬品使用体制加算 2 35 点
	後発医薬品使用体制加算 3 28 点
〔施設基準〕 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 30%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 20%以上 30%未満である。	〔施設基準〕 ① 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50%以上 60%未満であること。 ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

【項目の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
病棟薬剤業務実施加算（週 1 回） 100 点	病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 100 点
	病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 80 点
	〔算定要件〕 病棟薬剤業務実施加算 2 については救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、病棟薬剤業務実施加算 1 と同様の病棟薬剤業務を実施していること。

A 2 4 5 データ提出加算

【点数の見直し】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
データ提出加算 1	データ提出加算 1
200 床以上 100 点	200 床以上 120 点
200 床未満 150 点	200 床未満 170 点
データ提出加算 2	データ提出加算 2
200 床以上 110 点	200 床以上 130 点
200 床未満 160 点	200 床未満 180 点

A 2 4 6 退院支援加算

【新設】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	（退院時 1 回）
	退院支援加算 1
	一般病棟入院基本料等の場合 600 点
	療養病棟入院基本料等の場合 1,200 点
	退院支援加算 2
	一般病棟入院基本料等の場合 190 点
	療養病棟入院基本料等の場合 635 点
	退院支援加算 3 1,200 点
	注 4 地域連携診療計画加算 300 点
	注 5 特定地域の退院支援加算
	一般病棟入院基本料等の場合 95 点
	療養病棟入院基本料等の場合 318 点

A 2 4 7 認知症ケア加算

【新設】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	認知症ケア加算 1（14 日以内の期間） 150 点
	認知症ケア加算 1（15 日以上） 30 点
	認知症ケア加算 2（14 日以内の期間） 30 点
	認知症ケア加算 2（15 日以上） 10 点
	注 2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。
	認知症ケア加算 1（14 日以内の期間） 90 点
	認知症ケア加算 1（15 日以上） 18 点
	認知症ケア加算 2（14 日以内の期間） 18 点
	認知症ケア加算 2（15 日以上） 6 点
	〔算定可能病棟〕
	一般病棟入院基本料、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（精神病棟除く。）、専門病

	院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料
--	--

A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

【新設】（病院）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	精神疾患診療体制加算 1 1,000点 （入院初日） 精神疾患診療体制加算 2 330点 （入院初日から 3 日以内に 1 回） [施設基準] (1) 許可病床数が 100 床以上であり、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。 (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の 50% 未満であること。 (3) 第 2 次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算

【新設】（病院）

平成 28 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）

注：「A311-2 精神科急性期治療病棟入院料」の注の加算から変更になりました。

[算定対象入院料]精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1）

特定機能病院入院基本料（精神病棟）（7 対 1、10 対 1、13 対 1）

精神科急性期治療病棟入院料 1

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算

【新設】（病院・診療所）

平成 28 年 3 月まで	改 正
	薬剤総合評価調整加算 250点 （退院時 1 回）

入院料等（特定入院料）

A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料**【項目の見直し】**

平成 28 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 15,752 点	7 日以内の期間 15,752 点
8 日以上 14 日以内の期間 13,720 点	<u>8 日以上</u> の期間 13,720 点

【注 1 の見直し】

平成 28 年 3 月まで	改 正
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保険医療機関において、15 歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14 を限度として算定する。	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保険医療機関において、15 歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、 <u>14 日</u> （急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては <u>21 日</u> 、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては <u>35 日</u> ）を限度として算定する。 ※患者状態による上限日数の自動判定は出来ないことから、上限日数超過後の算定は異動処理を実施し入院基本料の算定を行ってください。

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料**【項目の見直し】**

平成 28 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 9,046 点	14 日以内 9,046 点
8 日以上 14 日以内の期間 7,826 点	<u>15 日以上</u> 7,826 点

【注 1 の見直し】

平成 28 年 3 月まで	改 正
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感染症法第 6 条第 13 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 14 項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に、 <u>14 日を限度として算定する。</u>	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感染症法第 6 条第 13 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第 14 項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、 <u>同法第 19 条及び第 20 条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。</u>

A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料

【注 4 の追加】脳卒中患者の評価

平成 28 年 3 月まで	改 正
特殊疾患入院医療管理料 2,009 点	当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第 5 の 3 (1) のイの④に規定する医療区分 2 の患者又は第 5 の 3 (2) のトに規定する医療区分 1 の患者に相当するものについては、注 1 の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 医療区分 2 の患者に相当するもの 1,857 点 ロ 医療区分 1 の患者に相当するもの 1,701 点 [算定要件] 当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分 1 又は 2 に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分 3 相当のものは、従来通り特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定する。

A 3 0 7 小児入院医療管理料

【注 4 の追加】

平成 28 年 3 月まで	改 正
	重症児受入体制加算 200 点 （1 日につき） [施設基準] (1) 小児入院医療管理料 3、4 又は 5 の届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 当該病棟に小児入院患者をもっぱら対象とする保育士が 1 名以上常勤していること。 (3) 内法による測定で 30 平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内にあることが望ましい。 (4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。 (5) 当該病棟等において、転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室に入院していた転院患者を、過去 1 年間に 5 件以上受け入れていること。 (6) 当該病棟等において超・準超重症児の患者を、過去 1 年間で 10 件以上受け入れていること（なお、当該件数には、医療型短期入所サービスによる入所件数も含める。）。

A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

【注 5 の見直し】

平成 28 年 3 月まで		改 正	
体制強化加算	200 点	体制強化加算 1	200 点
		体制強化加算 2	120 点
		[体制強化加算 2 の施設基準] 当該病棟に専従の常勤医師 2 名以上及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。専従する常勤医師のうち 2 名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。 ア) 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していること。 イ) 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。 ウ) 週に 32 時間以上は、当該 2 名の医師のうち少なくとも 1 名が当該病棟業務に従事していること。 エ) 当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。	

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料

【注 6 の見直し】包括範囲の変更

平成 28 年 3 月まで	改 正
第 10 部手術、第 11 部麻酔の費用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 の費用に含まれる。	第 10 部手術、第 11 部麻酔の費用は、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 の費用に含まれない。

【必要な対応】

システム管理「1014 包括診療行為設定情報」の「524 地域包括ケア病棟入院料」について有効期間を「H26. 4. 1～H28. 3. 31」「H28. 4. 1～99999999」にして、H28. 4. 1 からの手術欄を「1 包括する」から「0 包括しない」に変更して登録してください。（後日、H28. 4. 1 からの手術欄初期表示を「0 包括しない」とするパッチを提供予定です）

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

【注の追加】脳卒中患者の評価

平成 28 年 3 月まで		改 正	
特殊疾患病棟入院料 1	2, 008 点	特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準を届け出た病棟に入院する場合	
特殊疾患病棟入院料 2	1, 625 点	医療区分 2 に相当する場合	1, 857 点

	医療区分 1 に相当する場合	1,701 点
	特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準を届け出た病棟に入院する場合	
	医療区分 2 に相当する場合	1,608 点
	医療区分 1 に相当する場合	1,452 点
[算定要件]		
当該病棟又は病室に入院する重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分 1 又は 2 に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分 3 相当のものは、従来通り特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定する。		

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料**【点数の見直し】**

平成 28 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	4,926 点	30 日以内の期間	4,926 点
31 日以上 60 日以内の期間	4,412 点	31 日以上 60 日以内の期間	<u>4,400 点</u>
61 日以上	3,384 点	61 日以上	<u>3,300 点</u>

【注 2 の追加】

平成 28 年 3 月まで	改 正
	緩和ケア病棟緊急入院初期加算 200 点 （1 日につき、入院した日から 15 日限度）

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料**【注 4 の削除】**

平成 28 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）	（削除）

注：入院料加算「A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算」に変更されました。

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料**【新設】**

平成 28 年 3 月まで	改 正
	地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点
	注 1 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精

	神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の 1 5 対 1 入院基本料の例により算定する。 注 2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した 1 日当たりの抗精神病薬が 2 種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1 日につき 15 点を所定点数に加算する。 注 3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算 1 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保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。 <table><tr><td>イ</td><td>重症者加算 1</td><td>60 点</td></tr><tr><td>ロ</td><td>重症者加算 2</td><td>30 点</td></tr></table> 注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、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、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第 2 章第 8 部精神科専門療法（区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。	イ	重症者加算 1	60 点	ロ	重症者加算 2	30 点
イ	重症者加算 1	60 点					
ロ	重症者加算 2	30 点					

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】

平成 28 年 3 月まで	改 正
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)	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 <u>17,300点</u> (生活療養を受ける場合 <u>17,229点</u>)
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)	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 <u>7,491点</u> (生活療養を受ける場合 <u>7,420点</u>)
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)	ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 <u>9,349点</u> (生活療養を受ける場合 <u>9,278点</u>)
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)	ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 <u>6,000点</u> (生活療養を受ける場合 <u>5,929点</u>)
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)	ホ D413 前立腺針生検法 <u>11,380点</u> (生活療養を受ける場合 <u>11,309点</u>)
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)	ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 <u>19,993点</u> (生活療養を受ける場合 <u>19,922点</u>)
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)	ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 <u>19,313点</u> (生活療養を受ける場合 <u>19,242点</u>)
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)	チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 40,666点 (生活療養を受ける場合 40,595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)	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(片側) <u>22,096点</u> (生活療養を受ける場合 <u>22,025点</u>)
K282 水晶体再建術・水晶体囊拡張リング・縫着なし) 27,093点 (生活療養を受ける場合 27,022点)	K282 水晶体再建術・水晶体囊拡張リング・縫着なし) 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)	ヌ 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(両側) <u>37,054点</u> (生活療養を受ける場合 36,983点)
	ル K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側) <u>20,065点</u> (生活療養を受ける場合 <u>19,994点</u>)
	ラ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側) <u>30,938点</u> (生活療養を受ける場合 <u>30,867点</u>)

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)	ワ	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5 センチメートル未満 19,806 点 (生活療養を受ける場合 19,735 点)
		力	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,588 点 (生活療養を受ける場合 37,517 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)	ヨ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 24,013 点 (生活療養を受ける場合 23,942 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)	タ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 12,669 点 (生活療養を受ける場合 12,598 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)	レ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,749 点 (生活療養を受ける場合 11,678 点)
		ソ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3 歳未満に限る。) 35,052 点 (生活療養を受ける場合 34,981 点)
		ツ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3 歳以上 6 歳未満に限る。) 28,140 点 (生活療養を受ける場合 28,069 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)	ネ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6 歳以上 15 歳未満に限る。) 25,498 点 (生活療養を受ける場合 25,427 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)	ナ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15 歳以上に限る。) 24,466 点 (生活療養を受ける場合 24,395 点)
		ラ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3 歳未満に限る。) 68,729 点 (生活療養を受ける場合 68,658 点)
		ソ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3 歳以上 6 歳未満に限る。) 55,102 点 (生活療養を受ける場合 55,031 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)	ウ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6 歳以上 15 歳未満に限る。) 43,921 点 (生活療養を受ける場合 43,850 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)	中	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。) 50,212 点 (生活療養を受ける場合 50,141 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)	ノ	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 14,314 点 (生活療養を受ける場合 14,243 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)	オ 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 <u>17,847 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>17,776 点</u>) ク 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) <u>12,291 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>12,220 点</u>) ヤ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき) <u>28,010 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>27,939 点</u>) マ K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 <u>17,344 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>17,273 点</u>) ム K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 <u>34,438 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>34,367 点</u>) フ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>59,855 点</u> (生活療養を受ける場合 <u>59,784 点</u>)
--	--

【注 5 の見直し】

平成 28 年 3 月まで	改 正
第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料に掲げるものは、短期滞在手術等基本料 3 に含まれるものとする。	第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料に掲げるもの (当該患者に対して行った第 2 章第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料、第 3 節薬剤料、第 4 節特定保険医療材料料、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料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、短期滞在手術等基本料 3 に含まれるものとする。

経腸栄養用製品（流動食）の入院時食事療養費について

胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品について、入院時食事療養（１）、入院時食事療養（２）、入院時生活療養（１）の給付額が変更となります。

平成 28 年 3 月まで	改 正
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第 1 食事療養 1 入院時食事療養(1) (1食につき) 640円 注 1 (略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注 2 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき 76 円を、1日につき3食を限度として加算する。 注 3 食堂加算 (略) 2 入院時食事療養(2) (1食につき) 506円 注 入院時食事療養（１）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第 1 食事療養 1 入院時食事療養(1) イ 入院時食事療養(1) 1 (1食につき) 640円 <u>ロ 入院時食事療養(1) 2</u> (1食につき) 575円 注 1 イについては、(略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注 2 ロについては、(略) 食事療養を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養として流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。 注 3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき 76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。 注 4 食堂加算 (略) 2 入院時食事療養(2) イ 入院時食事療養(2) 1 (1食につき) 506円 <u>ロ 入院時食事療養(2) 2</u> (1食につき) 455円 注 1 イについては、入院時食事療養（１）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注 2 ロについては、入院時食事療養（１）を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養として流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。

第 2 生活療養 1 入院時生活療養 (I) (1) 食事の提供たる療養 (1 食につき) 554 円 (2) 環境療養 (略) 2 入院時生活療養 (II)	第 2 生活療養 1 入院時生活療養 (1) (1) 食事の提供たる療養 ① 食事の提供たる療養 1 (1 食につき) 554 円 ② 食事の提供たる療養 2 (1 食につき) 500 円 (2) 環境療養 (略) 2 入院時生活療養 (II) (変更なし)
--	--

【算定方法】

平成 28 年 4 月 1 日以降は (I41) 入院会計照会画面の食事カレンダーに「03 流動食」の登録が可能となります。経腸栄養用製品等を使用時はカレンダーに“3”を登録してください。
入院登録時に (I01) 入退院登録画面で「流動食」を初期算定とすることも可能です。

【CLAIM の対応】

「MedXML コンソーシアム」(<http://www.medxml.net/>)
に以下の区分が追加されたことから、これに併せます。

Claim011 入退院・給食区分コード 021 経管栄養

【日レセ API の対応】

食事登録のリクエストに流動食の区分を追加します。

Meal_Type (食事の種類) 0 : 食止め 1 : 一般食 2 : 特別食 <u>3 : 流動食</u> (追加)

食事療養標準負担額、生活療養標準負担額について

食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額について以下の見直しがあります。

I 健康保険における入院時食事療養費及び入院時生活療養費の取扱いについて

第 1 見直しの趣旨

入院時食事療養費の食事療養標準負担額及び入院時生活療養費の生活療養標準負担額について、入院と在宅療養の負担の公平を図る観点から、平成28 年 4 月 1 日から 1 食につき360 円、平成30 年 4 月 1 日から 1 食につき460 円とするもの。ただし、低所得者の負担額は引上げないこととするほか、指定難病の患者又は小児慢性特定疾病患者であって一般所得区分に該当する者については、現行の 1 食につき260 円を据え置くこととするもの。

第 2 見直しの内容

1 食事療養標準負担額の減額対象者の範囲

- ① 食事療養標準負担額の減額対象者として、現行の「低所得者Ⅱ」（健保則第58 条第 1 号又は第 2 号）及び「低所得者Ⅰ」（同条第 3 号）に加え、以下の患者を追加すること。
 - ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26 年法律第50 号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者（以下「指定難病患者」という。）
 - ・ 児童福祉法（昭和22 年法律第164 号）第 6 条の 2 第 2 項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「小児慢性特定疾病児童等」という。）
- ② 上記に加え、平成27 年 4 月 1 日以前から平成28 年 4 月 1 日まで継続して精神病床（医療法（昭和23 年法律第205 号）第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床をいう。）に入院していた一般所得区分の患者の負担額については、当該者が退院するまでの間においては、現行の負担額である 1 食につき260 円を、当分の間据え置くこと。また、当該者が平成28 年 4 月 1 日以後、合併症等により同日内に他の病床に移動する又は他の保険医療機関に再入院する場合（その後再び同日内に他の病床に移動する又は他の保険医療機関に再入院する場合を含む。）についても、1 食につき260 円を据え置くこと。

2 食事療養標準負担額

食事療養標準負担額については、健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成 8 年厚生省告示第 203 号。以下「標準負担額告示」という。）を改正し、下表のとおりとなること。

	対象者の分類		食事療養標準負担額
A	B、C、Dのいずれにも該当しない者		（平成28 年 4 月 1 日から）
			1 食につき 360 円
			（平成30 年 4 月 1 日から）
			1 食につき 460 円
B	・ C、Dのいずれにも該当しない指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等 ・ 第2の1の②に規定する者		1 食につき 260 円
C	低所得者Ⅱ（健康保険法施行令（大正15 年勅令第243 号）第42 条第 1 項第 5 号、同条第 3 項第 3 号又は同条第 4 項第 3 号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。以下同じ。）	過去 1 年間の入院期間が 90 日以内	1 食につき 210 円
		過去 1 年間の入院期間が 90 日超	1 食につき 160 円
D	低所得者Ⅰ（健康保険法施行令第42 条第 3 項第 4 号又は同条第 4 項第 4 号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。以下同じ。）		1 食につき 100 円

（注）下線部は、今回の見直しによる改正部分。

3 生活療養標準負担額の減額対象者の範囲

- ① 生活療養標準負担額の減額対象者として、現行の「低所得者Ⅱ」（健保則第62条の3第1号又は第2号）並びに「低所得者Ⅰ」（同条第3号）及び「病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医学的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者」（同条第4号。以下「厚生労働大臣が定める者」という。）に加え、指定難病患者を追加すること。
- ② 上記①の厚生労働大臣が定める者については、健康保険法施行規則第六十二条の三第四号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成18年厚生労働省告示第488号）において具体的な対象者が規定されているが、これらの対象者のうち指定難病患者以外の者（一般所得区分に該当する者に限る。）については、今回の見直しによる生活療養標準負担額の引上げの対象とし、平成28年4月1日から1食につき360円、平成30年4月1日から1食につき460円とすること。ただし、生活療養標準負担額のうち居住費にかかる部分については引上げの対象外であり、現行の負担額と同様、1日につき0円であるもの。

4 生活療養標準負担額

生活療養標準負担額については、標準負担額告示を改正し、下表のとおりとなること。

表① 指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者以外の者

対象者の分類		生活療養標準負担額
A	B、Cのいずれにも該当しない者	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関に入院している者
		1日につき320円と1食につき460円との合計額
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関に入院している者
		1日につき320円と1食につき420円との合計額
B	低所得者Ⅱ	1日につき320円と1食につき210円との合計額
C	低所得者Ⅰ	1日につき320円と1食につき130円との合計額

（注）表①について、今回の見直しによる改正はなし。

表② 指定難病患者又は厚生労働大臣が定める者

対象者の分類		生活療養標準負担額
A	B、Cのいずれにも該当しない者	指定難病患者以外の厚生労働大臣が定める者
		（平成28年4月1日から） 1日につき0円と1食につき360円との合計額
		（平成30年4月1日から） 1日につき0円と1食につき460円との合計額
		指定難病患者
		1日につき0円と1食につき260円との合計額
B	低所得者Ⅱ	過去1年間の入院期間が90日以内
		1日につき0円と1食につき210円との合計額
		過去1年間の入院期間が90日超
		1日につき0円と1食につき160円との合計額
C	低所得者Ⅰ	1日につき0円と1食につき100円との合計額

（注）下線部は、今回の見直しによる改正部分。

第 3 施行期日

平成 28 年 4 月 1 日。ただし、同日前に行われた食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額については、なお従前の例によることとする。

Ⅱ 船員保険における入院時食事療養費及び入院時生活療養費の取扱いについてⅠと同様の取扱いとすること。

【算定方法】

「指定難病患者」又は「小児慢性特定疾病児童等」については保険組合せから自動判定を行い、食事療養標準負担額及び生活療養負担額の据え置き減額を自動で行います。

平成 27 年 4 月 1 日以前から平成 28 年 4 月 1 日まで継続して精神病棟に入院登録されている患者についても自動的に据え置き減額を行いますが、他院からの同日入院等により据え置き減額対象であることが自動判定できない患者については、診療行為画面から 4 月 1 日以降の入院期間に以下のシステム予約コードを入力してください。

【システム予約コード】

診療行為コード	名称
099999926	【精神病床】食事負担据え置き対象

【精神病棟入院患者の据え置き自動判定について】

精神病棟入院患者の据え置きについて、自動で減額を行えるのは日レセで平成 27 年 4 月 1 日以前の入院日で入院登録を行い、平成 28 年 4 月 1 日まで継続して入院している患者に限ります。(I03)入院歴作成画面からの履歴登録により登録を行った期間は入院病棟の識別が出来ない事から、平成 27 年 4 月 1 日以降の入院期間に履歴登録で作成された履歴を含む場合据え置きの自動判定は行いません。

また、平成 27 年 4 月 1 日以降に精神病棟を退院し、退院日の同日に再入院を行われた患者についても据え置きの自動判定は行っていません。

これらのケースではシステム予約コードの入力により据え置き対象としてください。

【レセプト記載コメントの新設】

精神病棟入院患者で標準負担額が据え置きとなった場合の入院年月日をレセプト摘要欄に記載するコメントコードが新設されました。自動的に据え置きとなった患者については自動的に入院年月日を記載するのでコメントの入力は不要ですが、システム予約コードを入力して据え置きとした患者についてはシステム予約コードと併せて以下コメントの入力を行ってください。

コメントコード	名称
840000136	標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成 年 月 日

診療行為画面からのシステム予約コードと入院年月日コメント入力例

診区	入力コード	名称
99	. 990	* コメント
	099999926	【精神病床】食事負担据え置き対象
	840000136 27 03 01	標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成 27 年 3 月 1 日