

「日医標準レセプトソフト」

平成 30 年 4 月診療報酬改定対応
(入 院)

第四版

2019 年 3 月 26 日
日本医師会 ORCA 管理機構

= 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. システム管理「5002 病室管理情報」設定の切り替え	7
4. 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
5. 入院中の他医療機関受診時の減算規定緩和	8
6. 医療区分の適正化	10
7. 小規模病院における夜間救急外来対応	12
8. 入院会計の一括置換プログラム	13
入院料等（入院基本料）	14
A100 一般病棟入院基本料	14
A101 療養病棟入院基本料	16
A102 結核病棟入院基本料	21
A103 精神病棟入院基本料	21
A105 専門病院入院基本料	21
A106 障害者施設等入院基本料	22
A108 有床診療所入院基本料	23
A109 有床診療所療養病床入院基本料	23
入院料等（入院基本料等加算）	24
A207-2 医師事務作業補助体制加算（病院）	24
A207-3 急性期看護補助体制加算（病院）	24
A207-4 看護職員夜間配置加算（病院）	25
A213 看護配置加算（病院）	25
A214 看護補助加算（病院）	25
A226-2 緩和ケア診療加算（病院）	26
A227-2 精神科措置入院退院支援加算（病院）	26
A232 がん拠点病院加算（病院）	26
A234 医療安全対策加算（病院・診療所）	27
A234-2 感染防止対策加算（病院・診療所）	27
A243 後発医薬品使用体制加算（病院・診療所）	27
A245 データ提出加算（病院）	28
A246 退院支援加算（病院・診療所）	29
入院料等（特定入院料）	30
A300 救命救急入院料	30
A301 特定集中治療室管理料	30
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	31
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	32
A310 緩和ケア病棟入院料	34
A311 精神科救急入院料	34
A311-3 精神科救急・合併症入院料	34
A314 認知症治療病棟入院料	35
A317 特定一般病棟入院料	35
短期滞在手術基本料	36

A400 短期滞在手術等基本料.....	36
入院時食事療養費（２）の見直し.....	39
食事療養標準負担額、生活療養標準負担額について.....	39
平成 30 年 4 月以降の入院時生活療養標準負担額.....	40
【参考】平成 30 年 3 月迄の入院時生活療養標準負担額.....	41
夜間看護体制特定日減算.....	42

■改版履歴

初版 2018 年 3 月 26 日

第二版 2018 年 4 月 3 日

13 頁 入院会計一括置換処理の説明に特定入院料算定患者の制限事項に追記

19 頁 療養病棟入院料 2（経過措置 1）に「注の加算及び入院基本料等加算の算定」を追記

20 頁 療養病棟入院料 2（経過措置 2）に「注の加算及び入院基本料等加算の算定」を追記

20 頁 夜間看護加算に特別入院基本料等で算定不可を追記

第三版 2018 年 4 月 25 日

11 頁 医療区分・ADL 点数のレセプト記載等について追記

12 頁 小規模病院における夜間救急外来対応のパッチ提供（詳細は 42-43 頁）

第四版 2019 年 3 月 26 日

28 頁 「データ提出加算 1（200 床未満）」「データ提出加算 2（200 床未満）」廃止を追記

30 頁 救命救急入院料の「充実段階 A 加算」「充実段階 B 加算」廃止と「救急体制充実加算 1」「救急体制充実加算 2」「救急体制充実加算 3」新設について追記

■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」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。（「5003 短期滞在手術等基本料3 情報」は切り替え必須ではありませんが、対象手術の改正対応があることから、算定を行われる場合、切り替えを推奨します。）

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、「[8. 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」及び「5001 病棟管理情報」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30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。

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

プログラム更新及びマスタ更新後にシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で平成30年4月以降に設定可能となる入院料加算は次頁の表となります。システム管理の有効開始日を平成30年4月1日以降とすることで設定が可能となることから、以下の手順で有効期間の切り替えを行ってください。

入院料加算情報の設定項目拡張のため、改定パッチ適用後は入院加算情報と入院会計表示情報の設定欄をタブによる切り替え項目としています。

有効期間「平成28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28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「H30.4.1」～「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30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「H30.4.1」～「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30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。

システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」に設定可能な入院料加算

	平成 30 年 4 月 1 日から
病 院	A234 医療安全対策地域連携加算の注加算 <u>医療安全対策地域連携加算 1 (新設)</u> <u>医療安全対策地域連携加算 2 (新設)</u> A234-2 感染防止対策加算の注加算 <u>抗菌薬適正使用支援加算 (新設)</u> A243 後発医薬品使用体制加算 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算 2 後発医薬品使用体制加算 3 <u>後発医薬品使用体制加算 4 (新設)</u> 後発医薬品使用体制加算 4 が新設されましたが、実際の算定コードは 1～4 が全て変更されています。このため有効期間追加後の自動引継ぎができないことから、算定を行う場合は必ずシステム管理の再設定及び登録を行ってください。
診療所	A234 医療安全対策地域連携加算の注加算 <u>医療安全対策地域連携加算 1 (新設)</u> <u>医療安全対策地域連携加算 2 (新設)</u> A234-2 感染防止対策加算の注加算 <u>抗菌薬適正使用支援加算 (新設)</u> A243 後発医薬品使用体制加算 後発医薬品使用体制加算 1 後発医薬品使用体制加算 2 後発医薬品使用体制加算 3 <u>後発医薬品使用体制加算 4 (新設)</u> 後発医薬品使用体制加算 4 が新設されましたが、実際の算定コードは 1～4 が全て変更されています。このため有効期間追加後の自動引継ぎができないことから、算定を行う場合は必ずシステム管理の再設定及び登録を行ってください。

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 30 年 4 月以降に設定すると、改正後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 30 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。

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 30 年 4 月 1 日から					
病 院	[入院料]の追加 病棟種別：一般病棟 一般病棟〇〇対 1 入院基本料 → <u>急性期一般入院料 1 ～ 7</u> <u>地域一般入院料 1 ～ 3</u>				
	[特定入院料]の追加 <u>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 ～ 6</u>				
	<u>A308-3 地域包括ケア病棟入院料 3, 4</u>				
	<u>A308-3 地域包括ケア病棟入院料 3, 4（特定地域）</u>				
	A310 緩和ケア病棟入院料				
	<table><tr><th>平成 30 年 3 月まで</th><th>平成 30 年 4 月から</th></tr><tr><td>緩和ケア病棟入院料</td><td><u>緩和ケア病棟入院料 1</u> <u>緩和ケア病棟入院料 2</u></td></tr></table>	平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から	緩和ケア病棟入院料	<u>緩和ケア病棟入院料 1</u> <u>緩和ケア病棟入院料 2</u>
	平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から			
	緩和ケア病棟入院料	<u>緩和ケア病棟入院料 1</u> <u>緩和ケア病棟入院料 2</u>			
	[夜勤時間等超過減算等]の設定 病棟種別：療養病棟 入院基本料：療養病棟入院料 2				
	<table><tr><th>平成 30 年 3 月まで</th><th>平成 30 年 4 月から</th></tr><tr><td>0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 3 看護職員数等経過措置</td><td>0 該当しない 3 看護職員数等経過措置 4 <u>看護比率 3.0 対 1 等経過措置</u></td></tr></table>	平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から	0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 3 看護職員数等経過措置	0 該当しない 3 看護職員数等経過措置 4 <u>看護比率 3.0 対 1 等経過措置</u>
平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から				
0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 3 看護職員数等経過措置	0 該当しない 3 看護職員数等経過措置 4 <u>看護比率 3.0 対 1 等経過措置</u>				
病棟種別：結核病棟 入院基本料：結核病棟 7 対 1 入院基本料					
<table><tr><th>平成 30 年 3 月まで</th><th>平成 30 年 4 月から</th></tr><tr><td>0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料</td><td>0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 5 <u>重症患者割合特別入院基本料</u></td></tr></table>	平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から	0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料	0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 5 <u>重症患者割合特別入院基本料</u>	
平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から				
0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料	0 該当しない 1 月平均夜勤時間超過減算 2 夜勤時間特別入院基本料 5 <u>重症患者割合特別入院基本料</u>				

病 院	[入院料加算] A101 療養病棟入院基本料の注の加算 <u>夜間看護加算（新設）</u> A106 障害者施設等入院基本料の注の加算 <u>看護補助加算（新設）</u> A106 障害者施設等入院基本料の注の加算 <u>夜間看護体制加算（新設）</u> A207-4 看護職員夜間配置加算 <table><tr><td>1</td><td>算定しない</td><td>⇒</td><td>1</td><td>算定しない</td></tr><tr><td>2</td><td>1 2 対 1 配置加算 1</td><td></td><td>2</td><td>1 2 対 1 配置加算 1</td></tr><tr><td>3</td><td>1 2 対 1 配置加算 2</td><td></td><td>3</td><td>1 2 対 1 配置加算 2</td></tr><tr><td>4</td><td>1 6 対 1 配置加算</td><td></td><td>4</td><td>1 6 対 1 配置加算 1（変更）</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>1 6 対 1 配置加算 2（追加）</td></tr></table> A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注の加算 <u>看護職員夜間配置加算（新設）</u> A311 精神科救急入院料の注の加算 <u>看護職員夜間配置加算（新設）</u> A311-3 精神科救急・合併症入院料の注の加算 <u>看護職員夜間配置加算（新設）</u> A314 認知症治療病棟入院料の注の加算 <u>認知症夜間対応加算（新設）</u>	1	算定しない	⇒	1	算定しない	2	1 2 対 1 配置加算 1		2	1 2 対 1 配置加算 1	3	1 2 対 1 配置加算 2		3	1 2 対 1 配置加算 2	4	1 6 対 1 配置加算		4	1 6 対 1 配置加算 1（変更）				5	1 6 対 1 配置加算 2（追加）
1	算定しない	⇒	1	算定しない																						
2	1 2 対 1 配置加算 1		2	1 2 対 1 配置加算 1																						
3	1 2 対 1 配置加算 2		3	1 2 対 1 配置加算 2																						
4	1 6 対 1 配置加算		4	1 6 対 1 配置加算 1（変更）																						
			5	1 6 対 1 配置加算 2（追加）																						
診療所	変更なし																									

3. システム管理「5002 病室管理情報」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「5002 病室管理情報」で病室の有効開始日を平成 30 年 4 月以降に設定すると、改正後の入院料及び入院料加算が設定可能となります。
病室有効開始日の切り替えは選択番号の入力、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 30 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。

システム管理「5002 病室管理情報」については改定により特定入院料の設定が追加されています。これらの特定入院料の算定を行われる場合は、有効期間の開始日が平成 30 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。

システム管理「5002 病室管理情報」で設定可能な入院料及び入院料加算

	平成 30 年 4 月 1 日から	
病 院	[特定入院料]の追加 A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 3, 4 A308-3 地域包括ケア入院医療管理料 3, 4 (特定地域)	
	[特定入院料]の変更	
	平成 30 年 3 月まで	平成 30 年 4 月から
	A317 特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 1, 2)	A317 特定一般病棟入院料 (地域包括ケア 1 ~ 4)
診療所	変更なし	

4. 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削除に伴い、システム管理「5003 短期滞在手術等基本料 3 情報」を平成 30 年 4 月 1 日開始の有効期間で改めて登録することで、有効な対象手術の表示に切り替わります。

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[H28. 4. 1~99999999]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「H30. 4. 1 ~ 99999999」の設定画面が表示されますから、平成 30 年 4 月以降に入退院登録画面で選択表示を行う対象手術を確認してください。

※有効期間[H28. 4. 1~99999999]で選択済みの設定は平成 30 年 4 月の設定に自動的に引継がれます。

5. 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

がん対策推進基本計画において、高度な放射線療法については、必要に応じて連携体制等のあり方について検討することとされている。放射線治療機器の効率的な利用の推進の観点から、高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬上の評価を充実させる。

第 2 具体的な内容

1. 高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【入院中の患者の他医療機関への受診】

平成 30 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 10%を控除した点数により算定すること。	【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。 <u>ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 5%を控除した点数により算定すること。</u>
【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	【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10%を控除した点数により算定すること。	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。 <u>ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 35% を、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 15%を控除した点数により算定すること。</u> 【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10%を控除した点数により算定すること。 <u>ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 5 % を控除した点数により算定すること。</u>
--	---

【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 30 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 4 0 %減 05 他医療機関受診 1 0 %減 06 他医療機関受診 2 0 %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 1 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 4 0 %減 05 他医療機関受診 1 0 %減 06 他医療機関受診 2 0 %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 1 0 %減 14 他医療機関受診 5 %減 15 他医療機関受診 3 5 %減 16 他医療機関受診 1 5 %減 17 特定曜日＋他受 5 %減

6. 医療区分の適正化

〔基本的な考え方〕

療養病棟入院基本料の医療区分 3 の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」については、より適切な評価となるよう取扱いを見直す。

〔具体的な内容〕

医療区分 3 の項目のうち「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」については、当該項目を除く医療区分 3 又は医療区分 2 の項目に、1 つ以上の該当項目がある場合に限り、医療区分 3 として取り扱うものとする。

医療区分 3

平成 30 年 3 月まで	改 正
【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】 〔算定要件〕 少なくとも連続して 24 時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】 〔算定要件〕 少なくとも連続して 24 時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。 <u>なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分 3 又は医療区分 2 の項目に、1 つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分 3 として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分 2 として取り扱うものとする。</u>

※下線に該当する場合、医療区分は項番 12 を選択することになる。

項番 86 に該当し、項番 1～38(12 を除く)に該当しない場合、項番 39 を選択する。

医療区分・ADL 区分に係る評価表（変更、追加）

平成 30 年 3 月まで	改 正
4 脱水に対する治療を実施、かつ、発熱を伴う状態	〔医療区分 2〕 4 8 1、かつ、8 3 の状態
6 頻回の嘔吐に対する治療を実施、かつ、発熱を伴う状態	〔医療区分 2〕 6 8 2、かつ、8 3 の状態
8 経鼻胃管や経腸栄養が行われており、発熱又は嘔吐を伴う状態	〔医療区分 2〕 8 8 4、かつ 8 2 又は 8 3 の状態
12 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	〔医療区分 3〕 12 8 6 に該当、かつ、1～38（12 を除く。）に 1 項目以上該当する状態
16 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	〔医療区分 3〕 16 8 5、かつ 8 3 の状態

	[医療区分 2] 39 86に該当、かつ、1～38（12を除く。）に該当しない状態
	[治療状態] 81 脱水に対する治療を実施している状態 82 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態 83 発熱がある状態 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

プログラム更新及びマスタ更新を適用することで、システム管理「5014 医療区分表示情報」に「H30. 4. 1～99999999」の有効期間が追加されます。

(I47)医療区分・ADL区分登録画面での表示・非表示を設定可能ですが、項番 81～86 に関連付けとなる可能性がある、項番 4, 6, 8, 12, 16, 39 は非表示設定を不可としています。

医療区分・ADL点数のレセプト記載等について

医療区分・ADL点数のレセプト摘要欄記載、及びレセプト電算提出用データへの記録は平成 30 年 4 月診療分以降不要となったことから、平成 30 年 4 月 25 日提供パッチでレセプト記載（記録）しないよう対応しました。

但し、入院EFファイルについては引き続き記録を行います。

7. 小規模病院における夜間救急外来対応

[基本的な考え方]

病床規模の小さい病院において、夜間の救急外来と病棟の看護職員体制を効率的に確保する場合においても、入院基本料が一定程度算定できるよう取扱いを見直す。

[具体的な内容]

病床規模の小さい病院の夜勤帯における病棟の看護体制において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合、一定の条件に限り算定できる入院基本料の減算評価を新設する。

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
- (2) 当該病棟において当該入院料を算定できるのは年6回までとする。

[算定対象]

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料

[施設基準]

- (1) 厚生労働大臣が定める保険医療機関

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 当該日の夜勤時間帯において、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者は、看護職員1を含む2以上であること。ただし、当該日における当該病棟の入院患者数が30人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該時間において、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、1以上であること。

- (2) 厚生労働大臣が定める日

当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のためにやむを得ず一時的に当該病棟外で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、2未満となった日。

この対応についてはシステム管理「5001 病棟管理情報」に所定点数の100分の95で算定を行う日を指定（入力）する方法を検討中です。（該当日について「夜間看護体制特定日減算（〇入院基本料）」の算定コードを用いて入院基本料から5%減算した算定を行う。）
これについては4月提供パッチで機能追加を行う予定です。



平成30年4月25日提供パッチで対応を行いました。
対応内容の詳細については、42頁「夜間看護体制特定日減算」を参照してください。

8. 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 30 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]

以下に該当する患者は入院会計一括置換の処理対象外です。

- ・ 処理対象月に入院登録、異動処理を実施された患者
- ・ 処理対象月に退院登録済みの患者
- ・ 処理対象月に入院会計が未作成の患者

[特定入院料を算定する患者について]

特定入院料等を算定する患者は入院登録時に入院料選択欄で選択した入院料を入院履歴テーブルに記録し、以降の入院会計を作成していることから、施設基準の見直し等によりシステム管理の病棟管理情報と病室管理情報の特定入院料を変更登録し、当プログラムを実行しても入院会計で算定済みの特定入院料を置換することはできません。

（自動置換できない例）

3 / 3 1 までシステム管理設定が地域包括ケア病棟入院料 1

4 / 1 からシステム管理設定が地域包括ケア病棟入院料 2

この場合は、入退院登録画面から 4 月 1 日異動日で異動処理を行い、入院履歴テーブルと入院会計を更新する必要があります。

入院料等（入院基本料）

A100 一般病棟入院基本料

1. 急性期一般入院基本料〔一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合〕

【項目の見直し】

平成 30 年 3 月まで		改 正	
一般病棟 7 対 1 入院基本料	1,591 点	1 急性期一般入院基本料	
		急性期一般入院料 1	1,591 点
		急性期一般入院料 2	1,561 点
		急性期一般入院料 3	1,491 点
		急性期一般入院料 4	1,387 点
		急性期一般入院料 5	1,377 点
一般病棟 10 対 1 入院基本料	1,332 点	急性期一般入院料 6	1,357 点
		急性期一般入院料 7	1,332 点

【経過措置】

- 平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の病院で 7 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料 2 又は急性期一般入院料 3 を届け出る場合は、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いても差し支えない。
- 平成 30 年 3 月 31 日時点で 7 対 1 一般病棟入院基本料及び病棟群単位の届出を行っている病棟は、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、急性期一般入院料 2 又は急性期一般入院料 3 の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。
- 平成 30 年 3 月 31 日に 10 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、平成 30 年 4 月 1 日以降、急性期一般入院料 7 を算定する病棟については、名称変更となるが、新たな届出は必要ない。

2. 地域一般入院基本料〔一般病棟入院基本料（13対1、15対1）の再編・統合〕

【項目の見直し】

平成 30 年 3 月まで		改 正	
一般病棟 13 対 1 入院基本料	1,121 点	2 地域一般入院基本料	
		地域一般入院料 1	1,126 点
		地域一般入院料 2	1,121 点
一般病棟 15 対 1 入院基本料	960 点	地域一般入院料 3	960 点

【経過措置】

下表の左欄に掲げる病棟については、右欄に名称変更されるが、平成 30 年 3 月 31 日に届出を行っている病棟については、新たな届出は必要ない。

現行	改正後
13 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟	地域一般入院料 1
13 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っていない病棟	地域一般入院料 2
15 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	地域一般入院料 3

3. 現行の病棟群単位での届出及び許可病床数が 200 床未満の 7 対 1 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止し、急性期一般入院料 2 の要件を満たしているものとする。

〔経過措置〕

平成 30 年 3 月 31 日に下表の左欄に掲げる病棟については、平成30年9月30日までの間、右欄に掲げる入院料の基準を満たしているものとする。

現行	改正後
病棟群単位の届出を行っている病棟	急性期一般入院料 2
許可病床 200 床未満の保険医療機関で 7 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、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が 2 割 3 分以上 2 割 5 分未満の病棟	

【注 5 の見直し】救急・在宅等支援病床初期加算

平成 30 年 3 月まで	改 正
救急・在宅等支援病床初期加算 150 点	救急・在宅等支援病床初期加算 150 点
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に入院している患者	<u>地域一般入院基本料</u> を算定する病棟に入院している患者

【注 6 の削除】看護必要度加算（10対1入院基本料算定時）

平成 30 年 3 月まで	改 正
看護必要度加算 1 55 点	(削除)
看護必要度加算 2 45 点	
看護必要度加算 3 25 点	

【注 7 の削除】一般病棟看護必要度評価加算（13対1入院基本料算定時）

平成 30 年 3 月まで	改 正
一般病棟看護必要度評価加算 5 点	(削除)

【注 6 の追加】夜間看護体制特定日減算

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

A101 療養病棟入院基本料**第1 基本的な考え方**

療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性及び医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 療養病棟入院基本料は、20 対 1 看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分 2・3 の該当患者割合に応じた 2 段階の評価に見直す。
- 現行の療養病棟入院基本料 2 については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは 2 年間と設定する。
- 現行の療養病棟入院基本料 2 に関し、25 対 1 看護職員配置の要件又は医療区分 2・3 の該当患者割合が 5 割を満たせない場合の経過措置（所定点数の 100 分の 95 を算定）については、上記の見直しを踏まえ、新たな経過措置とした上で 2 年間延長する。

【項目の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
1 療養病棟入院基本料 1 入院基本料 A 1,810 点 （生活療養を受ける場合 1,795 点） 入院基本料 B 1,755 点 （生活療養を受ける場合 1,741 点） 入院基本料 C 1,468 点 （生活療養を受ける場合 1,454 点） 入院基本料 D 1,412 点 （生活療養を受ける場合 1,397 点） 入院基本料 E 1,384 点 （生活療養を受ける場合 1,370 点） 入院基本料 F 1,230 点 （生活療養を受ける場合 1,215 点） 入院基本料 G 967 点 （生活療養を受ける場合 952 点） 入院基本料 H 919 点 （生活療養を受ける場合 904 点） 入院基本料 I 814 点 （生活療養を受ける場合 800 点）	1 療養病棟入院料 1 入院料 A 1,810 点 （生活療養を受ける場合 1,795 点） 入院料 B 1,755 点 （生活療養を受ける場合 1,741 点） 入院料 C 1,468 点 （生活療養を受ける場合 1,454 点） 入院料 D 1,412 点 （生活療養を受ける場合 1,397 点） 入院料 E 1,384 点 （生活療養を受ける場合 1,370 点） 入院料 F 1,230 点 （生活療養を受ける場合 1,215 点） 入院料 G 967 点 （生活療養を受ける場合 952 点） 入院料 H 919 点 （生活療養を受ける場合 904 点） 入院料 I 814 点 （生活療養を受ける場合 800 点）
2 療養病棟入院基本料 2 入院基本料 A 1,745 点 （生活療養を受ける場合 1,731 点） 入院基本料 B 1,691 点 （生活療養を受ける場合 1,677 点） 入院基本料 C 1,403 点 （生活療養を受ける場合 1,389 点） 入院基本料 D 1,347 点 （生活療養を受ける場合 1,333 点）	2 療養病棟入院料 2 入院料 A 1,745 点 （生活療養を受ける場合 1,731 点） 入院料 B 1,691 点 （生活療養を受ける場合 1,677 点） 入院料 C 1,403 点 （生活療養を受ける場合 1,389 点） 入院料 D 1,347 点 （生活療養を受ける場合 1,333 点）

入院基本料 E (生活療養を受ける場合 1,305 点)	1,320 点	入院料 E (生活療養を受ける場合 1,305 点)	1,320 点
入院基本料 F (生活療養を受ける場合 1,151 点)	1,165 点	入院料 F (生活療養を受ける場合 1,151 点)	1,165 点
入院基本料 G (生活療養を受ける場合 888 点)	902 点	入院料 G (生活療養を受ける場合 888 点)	902 点
入院基本料 H (生活療養を受ける場合 840 点)	854 点	入院料 H (生活療養を受ける場合 840 点)	854 点
入院基本料 I (生活療養を受ける場合 735 点)	750 点	入院料 I (生活療養を受ける場合 735 点)	750 点
		[施設基準]	
		(療養病棟入院料 1)	
		① 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が 8 割以上であること。	
		(療養病棟入院料 2)	
		① 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分 2・3 の患者）の合計が 5 割以上であること。	

【注 2 の見直し】月平均夜勤時間超過減算の削除

平成 30 年 3 月まで	改 正
特別入院基本料 (生活療養を受ける場合 562 点)	特別入院基本料 (生活療養を受ける場合 562 点)
ただし、療養病棟入院基本料 2 については、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近 3 月に限り、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。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	(削除)

【注 4 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
褥瘡評価実施加算 (1 日につき)	褥瘡対策加算 1 15 点
	褥瘡対策加算 2 5 点
	(必要な褥瘡対策を行った場合に 1 日につき)

【注 6 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
救急・在宅等支援療養病床初期加算 150 点 ※療養病棟入院基本料 1 算定時は 300 点 (1 日につき)	- 急性期医療を担う他の保険医療機関から転院した患者 - 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 <u>急性期患者支援療養病床初期加算 300 点</u> (転院又は転棟した日から起算して 14 日 限度、1 日につき) [算定方法] (K02N) 診療行為入力画面から登録 - 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者（治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合） <u>在宅患者支援療養病床初期加算 350 点</u> (入院した日から起算して 14 日限度、1 日につき) [算定方法] (I01) 入院登録画面から算定

【注 8】新型インフルエンザ等感染患者を「A100 一般病棟入院基本料」で算定する場合

平成 30 年 3 月まで	改 正
システム管理「1006 施設基準」の選択コード 8015「療養病棟入院基本料 注 8（名寄せコード）」にフラグをセットすることで、療養病棟に入院する患者について、入院料（7 対 1～15 対 1）を入院料選択欄に表示し選択可能とする。算定する入院料を選択して異動処理を行う。	
療養病棟・一般病棟 7 対 1 入院基本料 1,591 点	療養病棟・急性期一般入院料 1 1,591 点
療養病棟・一般病棟 10 対 1 入院基本料 1,332 点	療養病棟・急性期一般入院料 2 1,561 点
療養病棟・一般病棟 13 対 1 入院基本料 1,121 点	療養病棟・急性期一般入院料 3 1,491 点
療養病棟・一般病棟 15 対 1 入院基本料 960 点	療養病棟・急性期一般入院料 4 1,387 点
	療養病棟・急性期一般入院料 5 1,377 点
	療養病棟・急性期一般入院料 6 1,357 点
	療養病棟・急性期一般入院料 7 1,332 点
	療養病棟・地域一般入院料 1 1,126 点
	療養病棟・地域一般入院料 2 1,121 点
	療養病棟・地域一般入院料 3 960 点

【注 10 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
在宅復帰機能強化加算 10 点 ※療養病棟入院基本料 1 を算定する病棟 (1 日につき)	在宅復帰機能強化加算 50 点 ※療養病棟入院料 1 を算定する病棟 (1 日につき)

【注 11 の見直し】看護職員数等経過措置

平成 30 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> を算定する。	(経過措置 1) 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料 2 の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合 (別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。) に限り、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の <u>100 分の 90</u> に相当する点数を算定する。 [施設基準] (別に厚生労働大臣が定めるもの) ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ② 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者 (医療区分 2・3 の患者) の合計が 5 割以上であること。 (別に厚生労働大臣が定める基準) ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ② 平成 30 年 3 月 31 日時点において、療養病棟入院基本料を算定していた病棟であること。 [算定方法] システム管理「5001 病棟管理情報」の [夜勤時間等超過減算等] の設定を「3 看護職員数等経過措置」に設定し、入院登録を行ってください。 [注の加算及び入院基本料等加算の算定] 療養病棟入院料 2 の例により算定する。(療養病棟入院基本料の注 13 に規定する夜間看護加算は除く。)(3 月 30 日疑義解釈に記載)

【注 1 2 の削除】夜勤時間特別入院基本料

平成 30 年 3 月まで	改 正
療養病棟入院基本料 2 が対象 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。	(削除)

【注 1 2 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	(経過措置 2) 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合については、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の<u>100分の80</u>に相当する点数を算定する。 (当該点数が586点(生活療養を受ける場合にあっては、572点)を下回る場合には、586点(生活療養を受ける場合にあっては、572点)とする。) [施設基準] (別に厚生労働大臣が定める基準) ① 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 ③ 経過措置 1 における届け出を行っていない病棟であること。 ④ 平成 30年 3 月 31日時点において、療養病棟入院基本料 2 の注11を算定していた病棟であること。 [算定方法] システム管理「5001 病棟管理情報」の[夜勤時間等超過減算等]の設定を「4 看護比率 3 0 対 1 等経過措置」に設定し、入院登録を行ってください。 [注の加算及び入院基本料等加算の算定] 特別入院基本料の例により算定する。 (3 月 3 0 日疑義解釈に記載)

【注 1 3 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護加算 35点 (1 日につき) ※特別入院基本料等を算定する場合は算定不可

A 1 0 2 結核病棟入院基本料**【注 7 の追加】**

障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営する 7 対 1 結核病棟において、重症度、医療・看護必要度の基準のみを満たさない場合、所定点数の 100 分の 95 を算定する入院料を設ける。

平成 30 年 3 月まで	改 正
	当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注 2 の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の<u>100分の95</u>に相当する点数により算定する。 〔施設基準〕 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営している 7 対 1 結核病棟であること。 重症患者割合特別入院基本料 1,511 点 〔算定方法〕 システム管理「5001 病棟管理情報」の[夜勤時間等超過減算等]の設定を「5 重症患者割合特別入院基本料」に設定し、入院登録を行ってください。

【注 8 の追加】夜間看護体制特定日減算

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を減算する。

A 1 0 3 精神病棟入院基本料**【注 1 0 の追加】夜間看護体制特定日減算**

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を減算する。

A 1 0 5 専門病院入院基本料**【注 1 0 の追加】夜間看護体制特定日減算**

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を減算する。

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料**【注 9 の追加】看護補助加算**

平成 30 年 3 月まで	改 正
	看護補助加算 1 4 日以内の期間 129 点 1 5 日以上 3 0 日以内の期間 104 点 （1 日につき） [施設基準] (1) 看護補助者の数は、常時30 対 1 以上であること。 (2) 夜勤を行う看護補助者の数は、常時 75 対 1 以上（みなし看護補助者を除く）であること。 (3) 障害者施設等入院基本料（7 対 1 入院基本料又は10 対 1 入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。 (4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

【注 1 0 の追加】夜間看護体制加算（7 対 1、1 0 対 1 入院基本料）

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制加算 150 点 （入院初日） [施設基準] (1) 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。 (2) 看護補助加算を算定する病棟であること。 ※ 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料に限る

【注 1 1 の追加】夜間看護体制特定日減算

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の100分の 5 に相当する点数を減算する。

A 1 0 8 有床診療所入院基本料

【注 1 1 の見直し】注加算点数見直し

平成 30 年 3 月まで	改 正
有床診療所在宅復帰機能強化加算 5 点 (入院日から起算して 15 日以降 1 日につき)	有床診療所在宅復帰機能強化加算 <u>20 点</u> (入院日から起算して 15 日以降 1 日につき)

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を算定する診療所が対象

【注 1 2 の追加】注加算の新設

平成 30 年 3 月まで	改 正
	介護連携加算 1 192点 介護連携加算 2 38点 [算定要件] (1) 介護保険法施行令(平成10 年政令第412 号)第 2 条各号に規定する疾病を有する40 歳以上65 歳未満の患者又は65 歳以上の患者であること。 (2) 入院日から起算して 15 日以降 30 日までの期間に限り算定する。 [施設基準] 介護連携加算 1 (1) 有床診療所入院基本料 1 又は 2 に係る届出を行っていること。 (2) 施設基準のうち(イ)の要件を満たしていること。 介護連携加算 2 (1) 有床診療所入院基本料 3 に係る届出を行っていること。 (2) 施設基準のうち(イ)の要件を満たしていること。

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

【注 4 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
褥瘡評価実施加算 5 点 (1 日につき)	褥瘡対策加算 1 15 点 褥瘡対策加算 2 5 点 (患者の褥瘡の状態に応じて、1 日につき)

入院料等（入院基本料等加算）

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（病院）

【点数の見直し】

平成 30 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
15 対 1 補助体制加算 870 点	15 対 1 補助体制加算 <u>920 点</u>
20 対 1 補助体制加算 658 点	20 対 1 補助体制加算 <u>708 点</u>
25 対 1 補助体制加算 530 点	25 対 1 補助体制加算 <u>580 点</u>
30 対 1 補助体制加算 445 点	30 対 1 補助体制加算 <u>495 点</u>
40 対 1 補助体制加算 355 点	40 対 1 補助体制加算 <u>405 点</u>
50 対 1 補助体制加算 275 点	50 対 1 補助体制加算 <u>325 点</u>
75 対 1 補助体制加算 195 点	75 対 1 補助体制加算 <u>245 点</u>
100 対 1 補助体制加算 148 点	100 対 1 補助体制加算 <u>198 点</u>
2 医師事務作業補助体制加算 2	2 医師事務作業補助体制加算 2
15 対 1 補助体制加算 810 点	15 対 1 補助体制加算 <u>860 点</u>
20 対 1 補助体制加算 610 点	20 対 1 補助体制加算 <u>660 点</u>
25 対 1 補助体制加算 490 点	25 対 1 補助体制加算 <u>540 点</u>
30 対 1 補助体制加算 410 点	30 対 1 補助体制加算 <u>460 点</u>
40 対 1 補助体制加算 330 点	40 対 1 補助体制加算 <u>380 点</u>
50 対 1 補助体制加算 255 点	50 対 1 補助体制加算 <u>305 点</u>
75 対 1 補助体制加算 180 点	75 対 1 補助体制加算 <u>230 点</u>
100 対 1 補助体制加算 138 点	100 対 1 補助体制加算 <u>188 点</u>

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（病院）

【点数の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上） 160 点	25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上） <u>210 点</u>
25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満） 140 点	25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満） <u>190 点</u>
50 対 1 急性期看護補助体制加算 120 点	50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>170 点</u>
75 対 1 急性期看護補助体制加算 80 点	75 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>130 点</u>

【注 2 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算 40 点	夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>90 点</u>
夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 35 点	夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>85 点</u>
夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 20 点	夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>70 点</u>

【注 3 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
夜間看護体制加算 10 点	夜間看護体制加算 <u>60 点</u>

A 2 0 7 - 4 看護職員夜間配置加算（病院）**【項目の見直し】**

平成 30 年 3 月まで	改 正
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	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 <u>95 点</u> ロ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 <u>75 点</u> 2 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 イ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 <u>55 点</u> ロ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 <u>30 点</u> [施設基準] 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 の施設基準 (1) 夜勤を行う看護職員の数、常時 16 対 1 以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。 (2) 急性期一般入院料 2、急性期一般入院料 3、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 5 又は急性期一般入院料 6 を算定する病棟であること。 (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

A 2 1 3 看護配置加算（病院）**【点数の見直し】**

平成 30 年 3 月まで	改 正
看護配置加算 12 点	看護配置加算 <u>25 点</u>

A 2 1 4 看護補助加算（病院）**【点数の見直し】**

平成 30 年 3 月まで	改 正
看護補助加算 1 109 点 看護補助加算 2 84 点 看護補助加算 3 56 点	看護補助加算 1 <u>129 点</u> 看護補助加算 2 <u>104 点</u> 看護補助加算 3 <u>76 点</u>

【注 2 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
夜間 75 対 1 看護補助加算 30 点 [施設基準] イ（略） ロ 13 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又	夜間 75 対 1 看護補助加算 <u>40 点</u> （入院した日から 20 日を限度） [施設基準] イ（略） ロ <u>地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料</u>

は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。 ハ(略)	2又は13対1入院基本料を算定する病棟であること。 ハ(略)
--------------------------------------	-----------------------------------

【注3の見直し】

平成30年3月まで	改正
夜間看護体制加算 150点	夜間看護体制加算 165点 (入院初日)

A226-2 緩和ケア診療加算(病院)

【点数の見直し】

平成30年3月まで	改正
緩和ケア診療加算 400点	緩和ケア診療加算 390点

【注4の追加】

平成30年3月まで	改正
	個別栄養食事管理加算 70点 (1日につき) [算定要件] (1) 本加算は、緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。 (2) 本加算を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載する、又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

A227-2 精神科措置入院退院支援加算(病院)

【新設】

平成30年3月まで	改正
	精神科措置入院退院支援加算 600点 (退院時1回)

A232 がん拠点病院加算(病院)

【注2の追加】

平成30年3月まで	改正
	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。 (入院初日)

A 2 3 4 医療安全対策加算（病院・診療所）**【点数の見直し】**

平成 30 年 3 月まで		改 正	
医療安全対策加算 1	85 点	医療安全対策加算 1	85 点
医療安全対策加算 2	35 点	医療安全対策加算 2 (入院初日)	<u>30 点</u>

【注 2 の追加】

平成 30 年 3 月まで		改 正	
		医療安全対策地域連携加算 1	<u>50 点</u>
		医療安全対策地域連携加算 2 (入院初日)	<u>20 点</u>
		[算定要件]	
		医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。	

A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（病院・診療所）**【点数の見直し】**

平成 30 年 3 月まで		改 正	
感染防止対策加算 1	400 点	感染防止対策加算 1	<u>390 点</u>
感染防止対策加算 2	100 点	感染防止対策加算 2 (入院初日)	<u>90 点</u>

【注 3 の追加】

平成 30 年 3 月まで		改 正	
		抗菌薬適正使用支援加算 (入院初日)	<u>100 点</u>
		[算定要件]	
		院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること。	

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（病院・診療所）**【項目の見直し】**

平成 30 年 3 月まで		改 正	
		後発医薬品使用体制加算 1	45 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	<u>40 点</u>
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	<u>35 点</u>
後発医薬品使用体制加算 3	28 点	後発医薬品使用体制加算 4	<u>22 点</u>
[施設基準（通知）]		[施設基準（通知）]	
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	

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。	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 85%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 80 % 以上85%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 70%以上 80%未満、後発医薬品使用体制加算 4 にあつては 60%以上 70%未満であること。
---	--

A 2 4 5 データ提出加算（病院）

【項目の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
1 データ提出加算 1 イ 200 床以上 120 点 ロ 200 床未満 170 点	1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が 200 床以上 150 点 ロ 許可病床数が 200 床未満 200 点
2 データ提出加算 2 イ 200 床以上 130 点 ロ 200 床未満 180 点	2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が 200 床以上 160 点 ロ 許可病床数が 200 床未満 210 点
[経過措置] データ提出加算の 1 のロ又は 2 のロの規定については、平成 30 年 3 月 31 日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、なお従前の通りとする。	(入院中 1 回) [経過措置分（平成31年 3 月迄）] 1 データ提出加算 1 ロ 200 床未満 200 点 2 データ提出加算 2 ロ 200 床未満 210 点

※「データ提出加算 1（200 床未満）」「データ提出加算 2（200 床未満）」の点数マスタ有効期間を平成 31 年 3 月 31 日までとするマスタ更新データを提供しました。

（提供日：平成 31 年 3 月 26 日）

【注 2 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	提出データ評価加算 20 点 当該加算を算定する前々月において、以下の対象について未コード化傷病名の使用割合がそれぞれ10%未満の場合に算定可 ・ 様式 1 ・ 外来 E F ファイル ・ 医科の全ての診療報酬明細書

未コード化傷病名の使用割合を確認する帳票プログラムを参考提供します。

データベース内の患者病名テーブル (TBL_PTBYOMEI) を参照し医科レセプトの対象となる傷病名について傷病名総件数と未コード化傷病名件数を入外別にカウントを行い、それぞれの未コード化傷病名の使用割合を表示します。

帳票名：未コード化傷病名使用割合一覧表（プログラム名：ORCBG032）

システム管理「3002 統計帳票出力情報（月次）」又は「(G01) 月次統計」から帳票を組み込んで使用してください。

A 2 4 6 退院支援加算（病院・診療所）

【名称の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
退院支援加算 1	<u>入退院支援加算 1</u>
一般病棟入院基本料等の場合 600 点	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	療養病棟入院基本料等の場合 1,200 点
退院支援加算 2	<u>入退院支援加算 2</u>
一般病棟入院基本料等の場合 190 点	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	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	<u>入退院支援加算 3</u> 1,200 点
	(退院時 1 回)

【注 6 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	小児加算 <u>200 点</u> [算定対象] 入退院支援加算 1 又は入退院支援加算 2 を算定する 15 歳未満の患者

【注 7 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	入院時支援加算 <u>200 点</u> [算定対象] (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。 (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

入院料等（特定入院料）

A 3 0 0 救命救急入院料

【注 3 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
充実段階 A 加算 （1 日につき） 1,000 点	救急体制充実加算 1 救急体制充実加算 2 救急体制充実加算 3 （1 日につき） 500 点 [経過措置] 平成31年 4 月 1 日から適用とし、平成30年 3 月 31 日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年 3 月 31 日までの間に限り、なお従前の例による。

【注 4 の削除】

平成 30 年 3 月まで	改 正
充実段階 B 加算 （1 日につき） 500 点	（削除） 但し、経過措置として平成 31 年 3 月 31 日まで は算定可

※「充実段階 A 加算」「充実段階 B 加算」の点数マスタ有効期間を平成 31 年 3 月 31 日までとするマスタ更新データと、平成 31 年 4 月 1 日から算定可能な「救急体制充実加算 1」「救急体制充実加算 2」「救急体制充実加算 3」を追加するマスタ更新データを提供しました。
（提供日：平成 31 年 3 月 26 日）

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

【注 4 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	早期離床・リハビリテーション加算 500 点 （入院した日から起算して 14 日限度、1 日につき） 地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に算定 [算定対象] （1）特定集中治療室に入室後早期から離床等の必要な取組が行われた場合には、14 日を限度として、所定点数（特定集中治療室管理料）に加算する。 （2）特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料**【項目の見直し】**

平成 30 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 2,025 点 (生活療養を受ける場合は 2,011 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 2,085 点 (生活療養を受ける場合は 2,071 点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,811 点 (生活療養を受ける場合は 1,796 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 2,025 点 (生活療養を受ける場合は 2,011 点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,657 点 (生活療養を受ける場合は 1,642 点)	回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,861 点 (生活療養を受ける場合は 1,846 点)
	回復期リハビリテーション病棟入院料 4 1,806 点 (生活療養を受ける場合は 1,791 点)
	回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,702 点 (生活療養を受ける場合は 1,687 点)
	回復期リハビリテーション病棟入院料 6 1,647 点 (生活療養を受ける場合は 1,632 点)

算定要件に該当しない場合

一般病棟である場合：特別入院基本料を算定

療養病棟である場合：入院料Ⅰを算定（当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院料 1 の入院料Ⅰにより、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を算定する病棟である場合は、療養病棟入院料 2 の入院料Ⅰにより算定する。）

【注 2 の見直し】休日リハビリテーション提供体制加算

平成 30 年 3 月まで	改 正
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。	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 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 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 3 の削除】リハビリテーション充実加算

平成 30 年 3 月まで	改 正
リハビリテーション充実加算 40 点 (1 日につき)	(削除)

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料**【項目の見直し】**

平成 30 年 3 月まで	改 正
地域包括ケア病棟入院料 1 2,558 点 （生活療養を受ける場合は 2,544 点）	地域包括ケア病棟入院料 1 2,738 点 （生活療養を受ける場合は 2,724 点）
地域包括ケア入院医療管理料 1 2,558 点 （生活療養を受ける場合は 2,544 点）	地域包括ケア入院医療管理料 1 2,738 点 （生活療養を受ける場合は 2,724 点）
地域包括ケア病棟入院料 2 2,058 点 （生活療養を受ける場合は 2,044 点）	地域包括ケア病棟入院料 2 2,558 点 （生活療養を受ける場合は 2,544 点）
地域包括ケア入院医療管理料 2 2,058 点 （生活療養を受ける場合は 2,044 点）	地域包括ケア入院医療管理料 2 2,558 点 （生活療養を受ける場合は 2,544 点）
	地域包括ケア病棟入院料 3 2,238 点 （生活療養を受ける場合は 2,224 点）
	地域包括ケア入院医療管理料 3 2,238 点 （生活療養を受ける場合は 2,224 点）
	地域包括ケア病棟入院料 4 2,038 点 （生活療養を受ける場合は 2,024 点）
	地域包括ケア入院医療管理料 4 2,038 点 （生活療養を受ける場合は 2,024 点）

【注 2 の見直し】 特定地域での算定

平成 30 年 3 月まで	改 正
地域包括ケア病棟入院料 1 2,191 点 （生活療養を受ける場合は 2,177 点）	地域包括ケア病棟入院料 1 2,371 点 （生活療養を受ける場合は 2,357 点）
地域包括ケア入院医療管理料 1 2,191 点 （生活療養を受ける場合は 2,177 点）	地域包括ケア入院医療管理料 1 2,371 点 （生活療養を受ける場合は 2,357 点）
地域包括ケア病棟入院料 2 1,763 点 （生活療養を受ける場合は 1,749 点）	地域包括ケア病棟入院料 2 2,191 点 （生活療養を受ける場合は 2,177 点）
地域包括ケア入院医療管理料 2 1,763 点 （生活療養を受ける場合は 1,749 点）	地域包括ケア入院医療管理料 2 2,191 点 （生活療養を受ける場合は 2,177 点）
	地域包括ケア病棟入院料 3 1,943 点 （生活療養を受ける場合は 1,929 点）
	地域包括ケア入院医療管理料 3 1,943 点 （生活療養を受ける場合は 1,929 点）
	地域包括ケア病棟入院料 4 1,743 点 （生活療養を受ける場合は 1,729 点）
	地域包括ケア入院医療管理料 4 1,743 点 （生活療養を受ける場合は 1,729 点）

算定要件に該当しない場合

一般病棟である場合：特別入院基本料を算定

療養病棟である場合：入院料 I を算定（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 の場合は療養病棟入院料 1 の I を、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 の場合は療養病棟入院料 2 の I を算定する。）

【注 5 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
救急・在宅等支援療養病床初期加算 150 点 (1 日につき)	- 急性期医療を担う他の保険医療機関から転院した患者 - 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 <u>急性期患者支援病床初期加算 150 点</u> (転院又は転棟した日から起算して 14 日 限度、1 日につき) [算定方法] (K02N) 診療行為入力画面から登録
	介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者（治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合） <u>在宅患者支援病床初期加算 300 点</u> (入院した日から起算して 14 日限度、1 日につき) [算定方法] (I01) 入退院登録画面から算定

【注 7 の追加】 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟において、
夜間の看護職員の配置に係る評価を新設

平成 30 年 3 月まで	改 正
	<u>看護職員夜間配置加算 55 点</u> (1 日につき、別に厚生労働大臣が定める日を 除く) [施設基準] (1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、夜 勤を行う看護職員の数は、常時 16 対 1 以上で あること。 (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の 基準（B 項目のうち、「診療・療養上の指示が 通じる」又は「危険行動」）を満たす患者を、 3 割以上入院させる病棟であること。 [算定要件] 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜 間配置を評価したものであるため、16 対 1 配置 を満たしていても、各病棟における夜勤の看護 職員の最小必要数を超えた 3 人以上でなければ 算定できない。

【注 8 の追加】夜間看護体制特定日減算

平成 30 年 3 月まで	改 正
	夜間看護体制特定日減算 所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

【項目の見直し】

平成 30 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 1
30 日以内の期間 4,926 点	30 日以内の期間 5,051 点
31 日以上 60 日以内の期間 4,400 点	31 日以上 60 日以内の期間 4,514 点
61 日以上の期間 3,300 点	61 日以上の期間 3,350 点
	緩和ケア病棟入院料 2
	30 日以内の期間 4,826 点
	31 日以上 60 日以内の期間 4,370 点
	61 日以上の期間 3,300 点
	[入院料 1 の施設基準] 入院料 2 の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 直近 1 年間の平均在棟日数が30日未満かつ平均待機期間が14日未満であること イ 直近 1 年間に於いて、在宅に移行した患者が退院患者全体の15%以上であること。 [経過措置] 平成 30 年 3 月末時点で緩和ケア病棟入院料を算定している病棟については、平成30年9月末まで、緩和ケア病棟入院料 1 を算定できる。

A 3 1 1 精神科救急入院料

【注 5 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	看護職員夜間配置加算 55 点 (入院した日から起算して 30 日限度) (1 日につき、別に厚生労働大臣が定める日を除く)

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料

【注 5 の追加】

平成 30 年 3 月まで	改 正
	看護職員夜間配置加算 55 点 (入院した日から起算して 30 日限度) (1 日につき、別に厚生労働大臣が定める日を除く)

	除く)
--	-----

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

【注 3 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
認知症夜間対応加算 (1 日につき、30 日限度) 84 点	認知症夜間対応加算 30 日以内の期間 84 点 31 日以上期間 40 点 (1 日につき)
	注 3 当該病棟が、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合
	[施設基準] 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

A 3 1 7 特定一般病棟入院料

【注 7 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合	必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合
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 1) 2,371 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	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア 2) 2,191 点
	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア 3) 1,943 点
	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア 4) 1,743 点

算定要件に該当しない場合：一般病棟特別入院基本料を算定

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 30 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 17,300点 (生活療養を受ける場合 17,229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 17,300点 (生活療養を受ける場合 17,229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 7,491点 (生活療養を受ける場合 7,420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 7,491点 (生活療養を受ける場合 7,420点)
ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 9,349点 (生活療養を受ける場合 9,278点)	イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 9,265点 (生活療養を受ける場合 9,194点)
ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,000点 (生活療養を受ける場合 5,929点)	ロ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,090点 (生活療養を受ける場合 6,019点)
ホ D413 前立腺針生検法 11,380点 (生活療養を受ける場合 11,309点)	ハ D413 前立腺針生検法 11,334点 (生活療養を受ける場合 11,263点)
ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 19,993点 (生活療養を受ける場合 19,922点)	ヘ K008 腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術 19,993点 (生活療養を受ける場合 19,922点)
ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,313点 (生活療養を受ける場合 19,242点)	ニ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,394点 (生活療養を受ける場合 19,323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)	ホ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 41,072点 (生活療養を受ける場合 41,001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) 22,096点 (生活療養を受ける場合 22,025点)	ヘ 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) 22,010点 (生活療養を受ける場合 21,939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) 37,054点 (生活療養を受ける場合 36,983点)	ト 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) 37,272点 (生活療養を受ける場合 37,201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) 20,065点 (生活療養を受ける場合 19,994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) 20,065点 (生活療養を受ける場合 19,994点)
ヲ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側) 30,938点 (生活療養を受ける場合 30,867点)	ヲ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側) 30,938点 (生活療養を受ける場合 30,867点)
ワ K474 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)	チ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径 5センチメートル未満 19,967点 (生活療養を受ける場合 19,896点)

カ	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)	リ	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,350点 (生活療養を受ける場合 37,279点)
コ	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)	ル	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 23,655点 (生活療養を受ける場合 23,584点)
ク	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)	ロ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) 12,082点 (生活療養を受ける場合 12,011点)
ケ	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)	ヲ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,390点 (生活療養を受ける場合 11,319点)
コ	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)	ワ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。) 34,388点 (生活療養を受ける場合 34,317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)	カ	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。) 27,515点 (生活療養を受ける場合 27,444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)	コ	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。) 24,715点 (生活療養を受ける場合 24,644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)	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。) 24,540点 (生活療養を受ける場合 24,469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)	レ	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。) 68,168点 (生活療養を受ける場合 68,097点)
ム	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)	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。) 54,494点 (生活療養を受ける場合 54,423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)	ツ	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。) 43,122点 (生活療養を受ける場合 43,051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)	ネ	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。) 50,397点 (生活療養を受ける場合 50,326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)	ナ	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 14,163点 (生活療養を受ける場合 14,092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 17,847点 (生活療養を受ける場合 17,776点)	ラ	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 17,699点 (生活療養を受ける場合 17,628点)

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） 12,291点 （生活療養を受ける場合 12,220点） ヤ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） 28,010点 （生活療養を受ける場合 27,939点） マ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 17,344点 （生活療養を受ける場合 17,273点） ム K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,438点 （生活療養を受ける場合 34,367点） フ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,855点 （生活療養を受ける場合 59,784点）	ム 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） 12,079点 （生活療養を受ける場合 12,008点） ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） 27,934点 （生活療養を受ける場合 27,863点） 中 K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 17,552点 （生活療養を受ける場合 17,481点） ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 34,354点 （生活療養を受ける場合 34,283点） オ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,998点 （生活療養を受ける場合 59,927点）
---	---

【注 2 の見直し】

平成 30 年 3 月まで	改 正
保険医療機関（診療所を除く。）において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。	別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

3月31日で廃止となる短期滞在手術等基本料3について

3月31日で廃止となる短期滞在手術等基本料3（以下、短期滞在3という）を3月31日までに算定し、4月1日以降に退院処理を行う場合、4月分の入院会計に短期滞在3の会計が存在しない為（※）、「退院月の入院会計が作成されていません」とエラーメッセージが表示され、退院登録ができません。

この場合は、一旦4月1日異動日で異動処理を行い4月1日からの入院会計を別の短期滞在3で再作成した後、退院登録を行ってください。（注意：4月1日異動処理時に、4月1日の入院会計に“1”が立ちますが、これについては入院会計照会画面より手動でクリアしてください。）

（※4月1日以降、有効な点数マスタが存在しない為）

入院時食事療養費（２）の見直し

第１ 基本的な考え方

流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費（Ⅱ）について、自己負担額が費用の額を超えないように見直す。

第２ 具体的な内容

入院時食事療養費（Ⅱ）のうち 455 円となっているものについては、平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額（460 円）に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460 円に見直す。

平成 30 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 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 ロ 入院時食事療養(2) 2 (1食につき) 455円	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第 1 食事療養 1 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 ロ 入院時食事療養(2) 2 (1食につき) <u>460円</u>

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。

１ 食事療養標準負担額

	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) <u>1食につき 460 円</u>
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 ・ 精神 1 年超	1食につき 260 円
C	低所得者Ⅱ	過去 1 年間の入院期間が 90 日以内
		過去 1 年間の入院期間が 90 日超
D	低所得者Ⅰ	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。

2 生活療養標準負担額

平成 30 年 4 月以降の入院時生活療養標準負担額

(青枠は金額変更、赤字は算定コード新設)

対象者の分類				標準負担額	
				居住費	食費
医療区分Ⅰ	一般所得者		入院時生活療養（Ⅰ）	370 円	460 円
			入院時生活療養（Ⅱ）	370 円	420 円
	65 歳以上 70 歳未満	低所得者（区分才）		370 円	210 円
			境界層該当	0 円	100 円
	70 歳以上	低所得者Ⅱ		370 円	210 円
				370 円	130 円
		低所得者Ⅰ	境界層該当	0 円	100 円
			老齢福祉年金受給者	0 円	100 円
医療区分Ⅱ・Ⅲ	一般所得者		入院時生活療養（Ⅰ）	370 円	460 円
			入院時生活療養（Ⅱ）	370 円	420 円
			精神 1 年超	370 円	260 円
			指定難病患者	0 円	260 円
	65 歳以上 70 歳未満	低所得者（区分才）	入院日数 90 日以下	370 円	210 円
			指定難病患者	0 円	210 円
			入院日数 90 日超	370 円	160 円
			指定難病患者	0 円	160 円
	70 歳以上	低所得者Ⅱ	境界層該当	0 円	100 円
			入院日数 90 日以下	370 円	210 円
			指定難病患者	0 円	210 円
			入院日数 90 日超	370 円	160 円
			指定難病患者	0 円	160 円
		低所得者Ⅰ		370 円	100 円
			指定難病患者	0 円	100 円
			境界層該当	0 円	100 円
			老齢福祉年金受給者	0 円	100 円

[点数マスタ] 平成 30 年 4 月から新設

診療行為コード	名 称	金額
197005110	生活療養（１）食事療養標準負担額（医療区分２・３）（一般）	460円
197005210	生活療養（２）食事療養標準負担額（医療区分２・３）（一般）	420円

[点数マスタ] 平成 30 年 3 月で廃止

診療行為コード	名 称	金額
197002710	生活療養食事療養標準負担額（医療区分２・３）（一般）	360円

【参考】平成 30 年 3 月迄の入院時生活療養標準負担額

対象者の分類				標準負担額	
				居住費	食費
医療区分Ⅰ	一般所得者		入院時生活療養（Ⅰ）	370 円	460 円
			入院時生活療養（Ⅱ）	370 円	420 円
	65 歳以上 70 歳未満	低所得者（区分才）		370 円	210 円
			境界層該当	0 円	100 円
	70 歳以上	低所得者Ⅱ		370 円	210 円
				370 円	130 円
		低所得者Ⅰ	境界層該当	0 円	100 円
			老齢福祉年金受給者	0 円	100 円
医療区分Ⅱ・Ⅲ	一般所得者			200 円	360 円
			精神 1 年超	200 円	260 円
			指定難病患者	0 円	260 円
	65 歳以上 70 歳未満	低所得者（区分才）	入院日数 90 日以下	200 円	210 円
			指定難病患者	0 円	210 円
			入院日数 90 日超	200 円	160 円
			指定難病患者	0 円	160 円
			境界層該当	0 円	100 円
	70 歳以上	低所得者Ⅱ	入院日数 90 日以下	200 円	210 円
			指定難病患者	0 円	210 円
			入院日数 90 日超	200 円	160 円
			指定難病患者	0 円	160 円
				200 円	100 円
		低所得者Ⅰ	指定難病患者	0 円	100 円
			境界層該当	0 円	100 円
			老齢福祉年金受給者	0 円	100 円

夜間看護体制特定日減算

入院基本料を所定点数の 100 分の 95 に相当する点数で算定する対象日について、システム管理「5001 病棟管理情報」より設定する項目を新設しました。

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

番号	病棟名称	病棟種別	特定入院料	病棟科名	入院基本料	入院基本点数	収容人数	有効開始日	有効終了日
1	一般病棟	一般病棟	地包 1	内科	急性期一般入院料 2	1561	8	H30. 4. 1	99999999
2	療養病棟	療養病棟	復り入 1	内科	療養病棟入院基本料 2	0	1	H30. 4. 1	99999999
3	精神病棟	精神病棟		内科	精神病棟 10 対 1 入院基本料	1271	4	H30. 4. 1	99999999

選択番号: 1 基準日: H30. 4. 13

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: 12 地域包括ケア病棟入院料 1

入院基本料: 02 急性期一般入院料 2 1561 点

夜勤時間超過減算等: 0 該当しない

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:

病棟機能報告 入院料: 2 急性期 1 (1~50) 特定入院料: (1~50) 1

加算 1 加算 2 加算 3 **夜間看護体制特定日**

看護補助加算: 00 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

夜間看護加算: 1 算定しない

在宅復帰機能強化加算: 1 算定しない

精神保健福祉士配置加算: 1 算定しない

看護補助加算 (A106): 1 算定しない

夜間看護体制加算 (A106): 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

夜間急性期看護補助体制加算: 1 算定しない

夜間看護体制加算 (A207-3): 1 算定しない

看護職員夜間配置加算 (A207-4): 1 算定しない

有効期間 開始日: H30. 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

「夜間看護体制特定日」タブを新設しました。以下の条件でタブ押下が可能となります。

- (1). 病院である
- (2). 病床数（許可）が 100 床未満である
- (3). 有効期間（開始日）が H30. 4. 1 以降である

タブ押下により特定日（減算日）入力に切り替わるので、対象日を入力します。当該入院料を算定できるのが年 6 回までとされていることから、2 年間（※）の最大上限となる 12 日分の入力を可能としています。（※改正等により病棟情報の再設定を行うことを踏まえて 2 年分の入力としています。）

加算 1 加算 2 加算 3 **夜間看護体制特定日**

1	H30. 4. 5	7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	

有効期間 開始日: H30. 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

入力された日付について、重複チェック、対象期間等のチェックは行いません。

退院時の窓口計算、定期請求、レセプト記載等について入力された日の入院点数を所定点数の 100 分の 95 で算定します。（入院会計照会画面は 100 分の 95 の割点数は表示を行いません。）

レセプト記載については「平成 30 年 4 月診療報酬改定対応（レセプト対応）」を確認してください。

〔点数マスタ〕平成 30 年 4 月から新設

診療行為コード	名 称	点数
190200970	夜間看護体制特定日減算（一般病棟入院基本料）	5%減
190205270	夜間看護体制特定日減算（結核病棟入院基本料）	5%減
190205370	夜間看護体制特定日減算（精神病棟入院基本料）	5%減
190205470	夜間看護体制特定日減算（専門病院入院基本料）	5%減
190205870	夜間看護体制特定日減算（障害者施設等入院基本料）	5%減
190205670	夜間看護体制特定日減算（地域包括ケア病棟入院料）	5%減
190214470	療養病棟・夜間看護体制特定日減算（一般病棟入院基本料）	5%減