

「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)

第五版

2019 年 7 月 18 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
第五版	2019年7月18日
4, 6, 7頁	2018年3月26日のパッチ提供でシステム管理「5000, 5001, 5002」に入院料加算を設定する際のシステム管理「1006 施設基準情報」チェックを廃止した旨を追記

■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	<p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red;">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。</p> </div>
診 療 所	<p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red;">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。</p> </div>

(※2018年3月26日のパッチ提供で入院料加算設定時のシステム管理「1006 施設基準情報」チェックを廃止しました。)

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 A308 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料4～6</u>			
	A308-3 <u>地域包括ケア病棟入院料3, 4</u>			
	A308-3 <u>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	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	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30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	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	<p>[入院料加算]</p> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <p>A207-4 看護職員夜間配置加算</p> <table border="0"> <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> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p>	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																									

(※2018年3月26日のパッチ提供で入院料加算設定時のシステム管理「1006 施設基準情報」チェックを廃止しました。)

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			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>平成30年3月まで</th> <th>平成30年4月から</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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)</td> <td>A317 特定一般病棟入院料(地域包括ケア1~4)</td> </tr> </tbody> </table>	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)
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			

(※2018年3月26日のパッチ提供で入院料加算設定時のシステム管理「1006 施設基準情報」チェックを廃止しました。)

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
<p>【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。</p>	<p>【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></p>
<p>【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</p>	<p>【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</p>

<p>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。</p> <p>【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。</p>	<p>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。</p> <p><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></p> <p>【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。</p> <p><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></p>
--	---

【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	01 外泊
02 治療の為の外泊	02 治療の為の外泊
03 選定入院中の外泊	03 選定入院中の外泊
04 他医療機関受診 40%減	04 他医療機関受診 40%減
05 他医療機関受診 10%減	05 他医療機関受診 10%減
06 他医療機関受診 20%減	06 他医療機関受診 20%減
08 特定時間退院減算	08 特定時間退院減算
09 特定曜日入退院減算	09 特定曜日入退院減算
13 特定曜日+他受 10%減	13 特定曜日+他受 10%減
	14 他医療機関受診 5%減
	15 他医療機関受診 35%減
	16 他医療機関受診 15%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
<p>【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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。)</p> <p>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。</p>	<p>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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。)</p> <p>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。</p> <p><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></p>

※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 81、かつ、83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 82、かつ、83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 84、かつ82又は83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 86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 85、かつ83の状態

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

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（F12）押下で「(W10)システム管理情報－統計帳票出力情報」に遷移し、以下の項目を入力し登録します。

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

- ② システム管理に登録したプログラムを「52 月次統計」業務より実行します。
対象処理年月に平成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)

3/31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
		急性期一般入院料6	1,357点
一般病棟10対1入院基本料	1,332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	
一般病棟15対1入院基本料	960点	地域一般入院料1	1,126点
		地域一般入院料2	1,121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	1	療養病棟入院料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)		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	2	療養病棟入院料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)		入院料C 1,403点 (生活療養を受ける場合 1,389点)
	入院基本料D 1,347点 (生活療養を受ける場合 1,333点)		入院料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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>急性期患者支援療養病床初期加算 300点 (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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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） <p>在宅患者支援療養病床初期加算 350点 (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</p>

【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・急性期一般入院料2 1,561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3 1,491点 療養病棟・急性期一般入院料4 1,387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5 1,377点 療養病棟・急性期一般入院料6 1,357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。	<p>(経過措置1)</p> <p>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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(別に厚生労働大臣が定めるもの)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(別に厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>[算定方法]</p> <p>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。</p> <p>[注の加算及び入院基本料等加算の算定]</p> <p>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)</p>

【注12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12の追加】

平成30年3月まで	改正
	<p>(経過措置2)</p> <p>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。</p> <p>(当該点数が586点(生活療養を受ける場合にあつては、572点)を下回る場合には、586点(生活療養を受ける場合にあつては、572点)とする。)</p> <p>[施設基準] (別に厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>[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30対1等経過措置」に設定し、入院登録を行ってください。</p> <p>[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30日疑義解釈に記載)</p>

【注13の追加】

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

A102 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
	<p>当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるも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。</p> <p>[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。</p> <p>重症患者割合特別入院基本料 1,511点</p> <p>[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。</p>

【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
	<p>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。</p>

A103 精神病棟入院基本料

【注10の追加】夜間看護体制特定日減算

平成30年3月まで	改正
	<p>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。</p>

A105 専門病院入院基本料

【注10の追加】夜間看護体制特定日減算

平成30年3月まで	改正
	<p>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。</p>

A106 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 14日以内の期間 129点 15日以上30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10の追加】夜間看護体制加算(7対1、10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11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。

A108 有床診療所入院基本料

【注11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12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。

A109 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）

A207-2 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>

A207-3 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>

A207-4 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	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	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 60 点	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 40 点	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。

A213 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>

A214 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 1 <u>129 点</u>
看護補助加算 2 84 点	看護補助加算 2 <u>104 点</u>
看護補助加算 3 56 点	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	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]	[施設基準]
イ (略)	イ (略)
ロ 13 対 1 入院基本料 (一般病棟入院基本料又	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) [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。	<u>20 点</u>

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) [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。	<u>100 点</u>

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	42 点	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 2	35 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 3	28 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 4	<u>22 点</u>
[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、		[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	

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

A245 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 <u>許可病床数が200床以上</u> 150点 ロ <u>許可病床数が200床未満</u> 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 <u>許可病床数が200床以上</u> 160点 ロ <u>許可病床数が200床未満</u> 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EF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。

A246 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）

A300 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 1,500点 救急体制充実加算2 1,000点 救急体制充実加算3 500点 （1日につき） [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）

A301 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)

A308-3 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 (生活療養を受ける場合は2,544点)	2,558点	地域包括ケア病棟入院料1 (生活療養を受ける場合は2,724点)	2,738点
地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合は2,544点)	2,558点	地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合は2,724点)	2,738点
地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合は2,044点)	2,058点	地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合は2,544点)	2,558点
地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合は2,044点)	2,058点	地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合は2,544点)	2,558点
		地域包括ケア病棟入院料3 (生活療養を受ける場合は2,224点)	2,238点
		地域包括ケア入院医療管理料3 (生活療養を受ける場合は2,224点)	2,238点
		地域包括ケア病棟入院料4 (生活療養を受ける場合は2,024点)	2,038点
		地域包括ケア入院医療管理料4 (生活療養を受ける場合は2,024点)	2,038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 (生活療養を受ける場合は2,177点)	2,191点	地域包括ケア病棟入院料1 (生活療養を受ける場合は2,357点)	2,371点
地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合は2,177点)	2,191点	地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合は2,357点)	2,371点
地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合は1,749点)	1,763点	地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合は2,177点)	2,191点
地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合は1,749点)	1,763点	地域包括ケア入院医療管理料2 (生活療養を受ける場合は2,177点)	2,191点
		地域包括ケア病棟入院料3 (生活療養を受ける場合は1,929点)	1,943点
		地域包括ケア入院医療管理料3 (生活療養を受ける場合は1,929点)	1,943点
		地域包括ケア病棟入院料4 (生活療養を受ける場合は1,729点)	1,743点
		地域包括ケア入院医療管理料4 (生活療養を受ける場合は1,729点)	1,743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)	<ul style="list-style-type: none"> 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 急性期患者支援病床初期加算 150点 (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） 在宅患者支援病床初期加算 300点 (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
	看護職員夜間配置加算 55点 (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。

A310 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日以上期間 3,300点	61日以上期間 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年間において、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。

A311 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)

A311-3 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日以上の期間 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 特定一般病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理1) 2,191点 特定一般病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理2) 1,763点	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1) 2,371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)	ヌ	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)	ル	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)	ロ	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)
ク	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)
ケ	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)
ケ	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)
コ	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)
キ	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 K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） 12,291点 （生活療養を受ける場合 12,220点）	ム K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） 12,079点 （生活療養を受ける場合 12,008点）
ヤ K768 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）	ウ K768 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）
マ K867 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）	中 K867 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）
ム K873 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）	ノ K873 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）
フ M001-2 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）	オ M001-2 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】	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】
第1 食事療養	第1 食事療養
1 略	1 略
2 入院時食事療養(2)	2 入院時食事療養(2)
イ 入院時食事療養(2) 1	イ 入院時食事療養(2) 1
(1食につき) 506円	(1食につき) 506円
ロ 入院時食事療養(2) 2	ロ 入院時食事療養(2) 2
(1食につき) 455円	(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	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
		低所得者 I		200 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				

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
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	9999
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	9999
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	9999

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:

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

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	<input checked="" type="checkbox"/>
2		8	<input type="checkbox"/>
3		9	<input type="checkbox"/>
4		10	<input type="checkbox"/>
5		11	<input type="checkbox"/>
6		12	<input type="checkbox"/>

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