

「日医標準レセプトソフト」

令和２年４月診療報酬改定対応
(入 院)

第三版

2020 年 9 月 29 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	4
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	6
4. 入院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	6
5. 入院会計の一括置換プログラム	7
入院料等（入院基本料）	8
A 1 0 0 一般病棟入院基本料	8
A 1 0 1 療養病棟入院基本料	8
【医療区分・ADL 区分等に係る評価票】	10
【医療区分・ADL 区分等の日レセ API 対応】	10
A 1 0 2 結核病棟入院基本料	11
A 1 0 3 精神病棟入院基本料	12
A 1 0 4 特定機能病院入院基本料	12
A 1 0 5 専門病院入院基本料	12
A 1 0 6 障害者施設等入院基本料	13
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	13
A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料	14
入院料等（入院基本料等加算）	15
A 2 0 5 救急医療管理加算（病院・診療所）	15
A 2 0 5－2 超急性期脳卒中加算（病院・診療所）	15
A 2 0 7－2 医師事務作業補助体制加算（病院・診療所）	15
A 2 0 7－3 急性期看護補助体制加算（病院）	16
A 2 0 7－4 看護職員夜間配置加算（病院）	16
A 2 1 4 看護補助加算（病院）	16
A 2 2 6－3 有床診療所緩和ケア診療加算（診療所）	17
A 2 3 0－3 精神科身体合併症管理加算（病院）	17
A 2 3 2 がん拠点病院加算（病院）	17
A 2 3 3－2 栄養サポートチーム加算（病院）	17
A 2 4 0 総合評価加算（病院・診療所）	18
A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（病院・診療所）	18
A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（病院・診療所）	19
A 2 4 5 データ提出加算（病院）	19
A 2 4 6 入院退院支援加算（病院・診療所）	22
A 2 4 7 認知症ケア加算（病院）	22
A 2 4 7－2 せん妄ハイリスク患者ケア加算（病院）	23
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（病院）	23
A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（病院・診療所）	24
A 2 5 1 排尿自立支援加算（病院・診療所）	24
A 2 5 2 地域医療体制確保加算（病院）	24

入院料等（特定入院料）.....	26
A 3 0 1 特定集中治療室管理料.....	26
A 3 0 8－3 地域包括ケア病棟入院料.....	26
A 3 1 1－3 精神科救急・合併症入院料.....	27
短期滞在手術基本料	28
A 4 0 0 短期滞在手術等基本料.....	28
生活療養食事負担額の算定コード廃止について.....	31

■改版履歴

初版 2020 年 3 月 24 日

第二版 2020 年 9 月 24 日

 A308-3 地域包括ケア病棟入院料の経過措置終了に伴う対応を追記（26-27 頁）

第三版 2020 年 9 月 29 日

 9 月 24 日にプログラム更新及びマスタ提供により 10 月から算定可能とした「A308-3 地域包括ケア病棟入院料」の特別入院料の 1 と 3 について、施設基準の要件（許可病床数）から不要なコードであったため抹消しました（26-27 頁）

■入院医療の改定

今回の改定では、入院料の施設基準見直し、入院料加算の追加及び点数変更、算定要件の見直し、短期滞在手術等基本料 3 の見直しが主な内容となります。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、算定を行っている場合、切り替えを行うことを推奨します。）

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、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令和 2 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」で令和 2 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令和 2 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。

有効期間「平成 30 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 30 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「R 2.4.1」～「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、令和 2 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「R 2.4.1」～「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、令和 2 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

令和 2 年 4 月 1 日から	
病 院	A 2 4 3 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 (削除)</u> <u>A 2 5 2 地域医療体制確保加算 (新設)</u>
診療所	A 2 4 3 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 (削除)</u>

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令和2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令和2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「5001 病棟管理情報」で設定可能な入院料及び入院料加算

令和2年4月1日から		
病 院	[夜勤時間等超過減算等]の設定内容変更	
	病棟種別：療養病棟 入院基本料：療養病棟入院料2	
	令和2年3月まで	令和2年4月から
	0 該当しない 3 看護職員数等経過措置 <u>4 看護比率30対1等経過措置</u>	0 該当しない 3 看護職員数等経過措置 <u>(4 は削除)</u>
	[A249 精神科急性期医師配置加算]の設定内容変更	
	令和2年3月まで	令和2年4月から
	1 算定しない <u>2 算定する</u>	1 算定しない <u>2 精神科急性期医師配置加算1</u> <u>3 精神科急性期医師配置加算2</u> <u>4 精神科急性期医師配置加算3</u> ※3月31日迄の期間で「2 算定する」と設定されている場合、4月以降の病棟有効期間を追加した際の初期設定は「3 精神科急性期期医師配置加算2」となります。
診療所	[A207—2 医師事務作業補助体制加算1、2]の設定項目追加	
	令和2年3月まで	令和2年4月から
	設定項目なし	1 算定しない <u>7 50対1</u> <u>8 75対1</u> <u>9 100対1</u>

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令和2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令和2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」で設定可能な入院料及び入院料加算

令和2年4月1日から	
病 院	[入院料加算]の追加 A 3 0 1 早期栄養介入管理加算
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」を令和2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[H 30. 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「R 2. 4. 1 ~ 99999999」の設定画面が表示されるので、令和2年4月以降に入退院登録画面で表示選択を行う対象手術を設定してください。

※有効期間[H30. 4. 1~99999999]で選択済みの設定は令和2年4月の設定に自動的に引継がれます。

5. 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。
対象処理年月に令和 2 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。

- ・ 特定入院料を算定する患者
- ・ 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

入院料等（入院基本料）

A100 一般病棟入院基本料

【注10の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 総合評価加算 ・ 入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。） ・ （追加） ・ （追加） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ （削除） ・ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。） ・ せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。） ・ 排尿自立支援加算 ・ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

A101 療養病棟入院基本料

【注7の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 総合評価加算 ・ 入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ （削除） ・ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。） ・ 排尿自立支援加算

【経過措置1の延長】

改正前	改正後
注11 注1に規定する療養病棟入院料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、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	注11 注1に規定する療養病棟入院料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、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。
[経過措置] 区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	[経過措置] 区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
[施設基準] （別に厚生労働大臣が定める基準） 平成30年3月31日時点で、継続して6月以上	[施設基準] （別に厚生労働大臣が定める基準） 令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本

「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。	料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること。
[経過措置 1 算定点数]	[経過措置 1 算定点数]
療養病棟入院料 2	療養病棟入院料 2
入院料 A	入院料 A
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 B	入院料 B
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 C	入院料 C
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 D	入院料 D
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 E	入院料 E
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 F	入院料 F
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 G	入院料 G
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 H	入院料 H
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
入院料 I	入院料 I
(生活療養を受ける場合)	(生活療養を受ける場合)
[マスタ名称の変更]	[マスタ名称の変更]
	名称の「経過措置 1」が「経過措置」に変更

【経過措置 2 の終了】

改正前	改正後
注12 注 1 に規定する病棟以外の病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の 100 分の 80 に相当する点数（当該点数が 587 点（生活療養を受ける場合にあつては、573 点）を下回る場合には、587 点（生活療養を受ける場合にあつては、573 点）とする。）を算定する。	(削除) システム管理「5001 病棟管理情報」の[夜勤時間等超過減算等]の設定から令和 2 年 4 月以降以下の設定を不可とします。 <u>4 看護比率 30 対 1 等経過措置による算定</u> 3 月 31 日時点で 「療養病棟入院料 2 (A ~ I) (経過措置 2)」又は「療養病棟入院料 2 (A ~ I) (生活療養) (経過措置 2)」の算定を行っている場合は、システム管理「5001 病棟管理」の設定変更後、患者一人ずつ 4 月 1 日異動日で異動処理を行うか、入院会計一括置換処理を行い、入院会計の算定入院料を変更してください。

【夜間看護加算の評価の見直し】

改正前	改正後
注 13 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1 日につき 35 点を所定点数に加算する。	注 12 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1 日につき 45 点 を所定点数に加算する。

【医療区分・ADL区分等に係る評価票】

療養病棟入院基本料の注 1 本文に規定する入院料の施設基準に以下が追加されます。

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

十分な体制とは以下 2 点

- ・ 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
- ・ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

これに伴い「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」について記録項目が追加となります。

87 中心静脈カテーテル関連血流感染症の治療を実施している状態

【医療区分・ADL区分等の目レセAPI対応】

(1) 医療区分・ADL点数登録(/orca32/hsptevalmodv2)

- * リクエスト項目を変更しました。
- * 医療区分情報の設定内容を追加しました。
- * 87:中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療を実施している状態

電文サンプル（リクエスト電文）

[illegible]

A 1 0 3 精神病棟入院基本料

【注 6 の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 医師事務作業補助体制加算（50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算<u>及び</u>100 対 1 補助体制加算に限る。） ・ （追加） ・ （追加） ・ （追加） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 医師事務作業補助体制加算（50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算<u>又は</u>100 対 1 補助体制加算に限る。） ・ 栄養サポートチーム加算 ・ ハイリスク分娩管理加算 ・ 排尿自立支援加算 ・ 地域医療体制確保加算（10 対 1 入院基本料を算定するものに限る。）

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

【注 8 の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 栄養サポートチーム加算（<u>一般病棟に限る。</u>） ・ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。） ・ 総合評価加算 ・ 入退院支援加算（一般病棟は 1 のイ、2 のイ<u>及び</u>3 に限り、結核病棟は 1 のロ<u>及び</u>2 のロに限る。） ・ （追加） ・ （追加） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 栄養サポートチーム加算 ・ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟<u>又は精神病棟</u>に限る。） ・ （削除） ・ 入退院支援加算（一般病棟は 1 のイ、2 のイ<u>又は</u>3 に限り、結核病棟は 1 のロ<u>又は</u>2 のロに限る。） ・ せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。） ・ 排尿自立支援加算 ・ 地域医療体制確保加算（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を算定するものに限る。）

A 1 0 5 専門病院入院基本料

【注 7 の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 総合評価加算 ・ 入退院支援加算（1 のイ、2 のイ<u>及び</u>3 に限る。） ・ （追加） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ （削除） ・ 入退院支援加算（1 のイ、2 のイ<u>又は</u>3 に限る。） ・ 排尿自立支援加算 ・ 地域医療体制確保加算（7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を算定するものに限る。）

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料**【注 7 の見直し】**

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 入退院支援加算（1 の口 <u>及び</u> 2 の口に限る。） ・ （追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・ 入退院支援加算（1 の口 <u>又は</u> 2 の口に限る。） ・ 排尿自立支援加算

【注 9 の点数見直し】

改正前	改正後
看護補助加算 1 4 日以内の期間 <u>129 点</u> 1 5 日以上 3 0 日以内の期間 <u>104 点</u> （1 日につき）	看護補助加算 1 4 日以内の期間 <u>141 点</u> 1 5 日以上 3 0 日以内の期間 <u>116 点</u> （1 日につき）

A 1 0 8 有床診療所入院基本料**【注 3 の見直し】**

改正前	改正後
注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して <u>7 日を限度</u> として、有床診療所一般病床初期加算として、1 日につき <u>100 点</u> を所定点数に加算する。	注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して <u>14 日を限度</u> として、有床診療所一般病床初期加算として、1 日につき <u>150 点</u> を所定点数に加算する。
有床診療所一般病床初期加算 <u>100 点</u>	有床診療所一般病床初期加算 <u>150 点</u>

【注 5 の点数見直し】

改正前	改正後
注 5 医師配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。 イ 医師配置加算 1 <u>88 点</u> ロ 医師配置加算 2 <u>60 点</u>	注 5 医師配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。 イ 医師配置加算 1 <u>120 点</u> ロ 医師配置加算 2 <u>90 点</u>

【注 6 の点数見直し】

改正前	改正後
注 6 看護配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。	注 6 看護配置等につき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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。
イ 看護配置加算 1 <u>40点</u>	イ 看護配置加算 1 <u>60点</u>
ロ 看護配置加算 2 <u>20点</u>	ロ 看護配置加算 2 <u>35点</u>
ハ 夜間看護配置加算 1 <u>85点</u>	ハ 夜間看護配置加算 1 <u>100点</u>
ニ 夜間看護配置加算 2 <u>35点</u>	ニ 夜間看護配置加算 2 <u>50点</u>
ホ 看護補助配置加算 1 <u>10点</u>	ホ 看護補助配置加算 1 <u>25点</u>
ヘ 看護補助配置加算 2 <u>5点</u>	ヘ 看護補助配置加算 2 <u>15点</u>

【注 8 の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・（追加） ・総合評価加算 ・入退院支援加算（1 のイ <u>及び</u> 2 のイに限る。） ・（追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・医師事務作業補助体制加算（50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算又は 100 対 1 補助体制加算に限る。） ・（削除） ・入退院支援加算（1 のイ <u>又は</u> 2 のイに限る。） ・排尿自立支援加算

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

【注 8 の見直し】

改正前	改正後
算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・（追加） ・総合評価加算 ・入退院支援加算（1 のロ <u>及び</u> 2 のロに限る。） ・（追加）	算定可能な入院料加算（変更分のみ） ・医師事務作業補助体制加算（50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算又は 100 対 1 補助体制加算に限る。） ・（削除） ・入退院支援加算（1 のロ <u>又は</u> 2 のロに限る。） ・排尿自立支援加算

入院料等（入院基本料等加算）

A 2 0 5 救急医療管理加算（病院・診療所）

【点数の見直し】各区分の点数 50 点引き上げ

改正前		改正後	
1 救急医療管理加算 1	900 点	1 救急医療管理加算 1	950 点
2 救急医療管理加算 2	300 点	2 救急医療管理加算 2	350 点
（1 日につき）		（1 日につき）	

A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算（病院・診療所）

【要件見直しによる点数の見直し】

改正前		改正後	
超急性期脳卒中加算	12,000 点	超急性期脳卒中加算	10,800 点
（入院初日）		（入院初日）	

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（病院・診療所）

【点数の見直し】各区分の点数 50 点引き上げ

改正前		改正後	
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	
イ 15 対 1 補助体制加算	920 点	イ 15 対 1 補助体制加算	970 点
ロ 20 対 1 補助体制加算	708 点	ロ 20 対 1 補助体制加算	758 点
ハ 25 対 1 補助体制加算	580 点	ハ 25 対 1 補助体制加算	630 点
ニ 30 対 1 補助体制加算	495 点	ニ 30 対 1 補助体制加算	545 点
ホ 40 対 1 補助体制加算	405 点	ホ 40 対 1 補助体制加算	455 点
ヘ 50 対 1 補助体制加算	325 点	ヘ 50 対 1 補助体制加算	375 点
ト 75 対 1 補助体制加算	245 点	ト 75 対 1 補助体制加算	295 点
チ 100 対 1 補助体制加算	198 点	チ 100 対 1 補助体制加算	248 点
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	
イ 15 対 1 補助体制加算	860 点	イ 15 対 1 補助体制加算	910 点
ロ 20 対 1 補助体制加算	660 点	ロ 20 対 1 補助体制加算	710 点
ハ 25 対 1 補助体制加算	540 点	ハ 25 対 1 補助体制加算	590 点
ニ 30 対 1 補助体制加算	460 点	ニ 30 対 1 補助体制加算	510 点
ホ 40 対 1 補助体制加算	380 点	ホ 40 対 1 補助体制加算	430 点
ヘ 50 対 1 補助体制加算	305 点	ヘ 50 対 1 補助体制加算	355 点
ト 75 対 1 補助体制加算	230 点	ト 75 対 1 補助体制加算	280 点
チ 100 対 1 補助体制加算	188 点	チ 100 対 1 補助体制加算	238 点
（入院初日）		（入院初日）	
		※診療所についても算定可能となる（50 対 1、75 対 1、100 対 1に限る。）	

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（病院）

【点数の見直し】各区分の点数 30 点引き上げ

改正前	改正後
1 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>	1 25 対 1 急性期看護補助体制加算 （看護補助者 5 割以上） <u>240 点</u>
2 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>	2 25 対 1 急性期看護補助体制加算 （看護補助者 5 割未満） <u>220 点</u>
3 50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>170 点</u>	3 50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>200 点</u>
4 75 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>130 点</u> （1 日につき）	4 75 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>160 点</u> （1 日につき）

【注 2 の点数の見直し】各区分の点数 30 点引き上げ

改正前	改正後
イ 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>90 点</u>	イ 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>120 点</u>
ロ 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>85 点</u>	ロ 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>115 点</u>
ハ 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>70 点</u> （1 日につき）	ハ 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算 <u>100 点</u> （1 日につき）

A 2 0 7 - 4 看護職員夜間配置加算（病院）

【項目の見直し】各区分の点数 10 点引き上げ

改正前	改正後
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 <u>95 点</u>	イ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 <u>105 点</u>
ロ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 <u>75 点</u>	ロ 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 <u>85 点</u>
2 看護職員夜間 16 対 1 配置加算	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>	イ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 <u>65 点</u>
ロ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 <u>30 点</u> （1 日につき）	ロ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 <u>40 点</u> （1 日につき）

A 2 1 4 看護補助加算（病院）

【点数の見直し】各区分の点数 12 点引き上げ

改正前	改正後
1 看護補助加算 1 <u>129 点</u>	1 看護補助加算 1 <u>141 点</u>
2 看護補助加算 2 <u>104 点</u>	2 看護補助加算 2 <u>116 点</u>
3 看護補助加算 3 <u>76 点</u> （1 日につき）	3 看護補助加算 3 <u>88 点</u> （1 日につき）

【注 2 の点数見直し】

改正前	改正後
夜間 75 対 1 看護補助加算 <u>40 点</u> (入院した日から起算して 20 日限度)	夜間 75 対 1 看護補助加算 <u>50 点</u> (入院した日から起算して 20 日限度)

A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算 (診療所)

【点数の見直し】

改正前	改正後
有床診療所緩和ケア診療加算 <u>150 点</u> (1 日につき)	有床診療所緩和ケア診療加算 <u>250 点</u> (1 日につき)

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算 (病院)

【新設】

改正前	改正後
当該疾患の治療開始日から起算して <u>10 日</u> を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する	当該疾患の治療開始日から起算して <u>15 日</u> を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する
1 7 日以内 450 点	1 7 日以内 450 点
2 8 日以上 <u>10 日以内</u> <u>225 点</u>	2 8 日以上 <u>15 日以内</u> <u>300 点</u>

A 2 3 2 がん拠点病院加算 (病院)

【注 2 の見直し】

改正前	改正後
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)	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、 <u>がんゲノム拠点病院加算として</u> 250 点を更に所定点数に加算する。 (入院初日)

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (病院)

【注 1 の見直し】

改正前	改正後
注 1 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に	注 1 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に

対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して 1 月以内の期間にあつては週 1 回、入院した日から起算して 1 月を超え 6 月以内の期間にあつては月 1 回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号 B 0 0 1 - 2 - 3 に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回（療養病棟入院基本料、<u>結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る）</u>）を算定している患者については、入院した日から起算して 1 月以内の期間にあつては週 1 回、入院した日から起算して 1 月を超え 6 月以内の期間にあつては月 1 回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号 B 0 0 1 - 2 - 3 に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。
--	--

A 2 4 0 総合評価加算（病院・診療所）

【加算の廃止】

改正前	改正後
総合評価加算 （入院中 1 回） 100 点	（削除）

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（病院・診療所）

【項目の見直しと点数の引き上げ】

改正前	改正後
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 <u>47 点</u>
後発医薬品使用体制加算 2 40 点	後発医薬品使用体制加算 2 <u>42 点</u>
後発医薬品使用体制加算 3 35 点	後発医薬品使用体制加算 3 <u>37 点</u>
後発医薬品使用体制加算 4 22 点	（削除）
（入院初日）	（入院初日）
〔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	〔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、 <u>後発医薬品使用体制加算 4 にあつては 60%以上 70%未満</u> であること。	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%未満であること。
---	--

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（病院・診療所）

【点数の見直し】

改正前	改正後
1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 100 点	1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 120 点
2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 80 点	2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 100 点

A 2 4 5 データ提出加算（病院）

【入院料の算定要件見直し】

- データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。

改正前	改正後
【療養病棟入院基本料】 [施設基準] 許可病床数が200床以上の病院にあつては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	【療養病棟入院基本料】 [施設基準] <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u>
【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。	【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u>

- 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料7が一定期間算定できるよう、規定を見直す。

改正前	改正後
【急性期一般入院基本料】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	【急性期一般入院基本料】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 <u>ただし、新規に保険医</u>

	<u>療機関を開設する場合であって、急性期一般入院料 7 に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。</u>
--	---

【項目の見直し】

- 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に1回算定可能とする。
- 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。
また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

改正前	改正後
1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が 200 床以上 <u>150 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>200 点</u> 2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が 200 床以上 <u>160 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>210 点</u> (新設) (新設)	1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が 200 床以上 <u>140 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>210 点</u> 2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が 200 床以上 <u>150 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>220 点</u> <u>3 データ提出加算 3</u> イ 許可病床数が 200 床以上 <u>140 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>210 点</u> <u>4 データ提出加算 4</u> イ 許可病床数が 200 床以上 <u>150 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満 <u>220 点</u>
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保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中 1 回に限り、退院時に、所定点数に加算する。 (新設)	注 1 <u>1 及び 2 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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、所定点数に加算する。</u> <u>注 2 3 及び 4 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料の</u>

	うち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、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、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、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届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、 <u>入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</u>
--	---

【注2の点数見直し】

改正前	改正後
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に入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</u> 提出データ評価加算 <u>20点</u> 〔算定要件〕 イ <u>データ提出加算2</u>を算定する病院であること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>1割未満</u>であること。)	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に入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>40点を更に所定点数に加算する。</u> 提出データ評価加算 <u>40点</u> 〔算定要件〕 イ <u>データ提出加算2のロ又は4のロ</u>を算定する病院あること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>2%未満、かつ診療報酬明細書においては同割合が10%未満</u>であること。

【参考】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について
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 入退院支援加算（病院・診療所）

【注 7 の見直し】

改正前	改正後
注 7 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、 <u>入院時支援加算として、200 点を更に所定点数に加算する。</u>	注 7 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、 <u>その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</u>
入院時支援加算 200 点	イ 入院時支援加算 1 230 点 ロ 入院時支援加算 2 200 点

【注 8 の追加】

改正前	改正後
	<u>注 8 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。</u>
	総合機能評価加算 50 点

A 2 4 7 認知症ケア加算（病院）

【項目の見直し】

改正前	改正後
1 認知症ケア加算 1 イ 1 4 日以内の期間 150 点 (身体的拘束を実施した日 90 点) ロ 1 5 日以上期間 30 点 (身体的拘束を実施した日 18 点) (新設)	1 認知症ケア加算 1 イ 1 4 日以内の期間 160 点 (身体的拘束を実施した日 96 点) ロ 1 5 日以上期間 30 点 (身体的拘束を実施した日 18 点)
	<u>2 認知症ケア加算 2</u> イ 1 4 日以内の期間 100 点 (身体的拘束を実施した日 60 点) ロ 1 5 日以上期間 25 点 (身体的拘束を実施した日 15 点)
2 認知症ケア加算 2 イ 1 4 日以内の期間 30 点 (身体的拘束を実施した日 18 点)	3 認知症ケア加算 3 イ 1 4 日以内の期間 40 点 (身体的拘束を実施した日 24 点)

□ 15 日以上の期間 （身体的拘束を実施した日 （1 日につき）	10 点 6 点	□ 15 日以上の期間 （身体的拘束を実施した日 （1 日につき）	10 点 6 点
---	-------------	---	-------------

A 2 4 7-2 セン妄ハイリスク患者ケア加算（病院）

【新設】

改正前	改正後
（新設）	<u>せん妄ハイリスク患者ケア加算 100 点</u> （入院中 1 回） [算定可能入院料] ・ A 1 0 0 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。） ・ A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） ・ A 3 0 0 救命救急入院料 ・ A 3 0 1 特定集中治療室管理料 ・ A 3 0 1-2 ハイケアユニット入院医療管理料 ・ A 3 0 1-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・ A 3 1 7 特定一般病棟入院料

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（病院）

【項目の見直し】

改正前	改正後
<u>精神科急性期医師配置加算 500 点</u> （1 日につき） [算定可能入院料] ・ A 1 0 3 精神科病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料，13 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（精神科病棟の 7 対 1 入院基本料，10 対 1 入院基本料，13 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 3 1 1-2 精神科急性期治療病棟入院料 1	<u>1 精神科急性期医師配置加算 1 600 点</u> <u>2 精神科急性期医師配置加算 2</u> <u>イ 精神科病棟入院基本料等の場合 500 点</u> <u>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500 点</u> <u>3 精神科急性期医師配置加算 3 450 点</u> （1 日につき） [算定可能入院料] 精神科急性期医師配置加算 1 ・ A 3 1 1-2 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期医師配置加算 2 のイ ・ A 1 0 3 精神科病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料，13 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（精神科病棟の 7 対 1 入院基本料，10 対 1 入院基本料，13 対 1 入院基本料に限る。）

	る。) 精神科急性期医師配置加算 2 のロ ・ A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期医師配置加算 3 ・ A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料 1 ※精神科急性期医師配置加算 2 のイとロは点数は同じですが算定コードが異なります。 イ 190194110 精神科急性期医師配置加算 2 (精神療病棟入院基本料等) ロ 190218710 精神科急性期医師配置加算 2 (精神科急性期治療病棟入院料) システム管理「5001 病棟管理情報」で精神科急性期医師配置加算 2 を設定時は、算定入院料を判定し、どちらかのコードを自動算定します。
--	--

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (病院・診療所)

【点数の見直し】

改正前	改正後
薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>250 点</u>	薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>100 点</u>

A 2 5 1 排尿自立支援加算 (病院・診療所)

【新設】

改正前	改正後
(新設)	排尿自立支援加算 <u>200 点</u> (週 1 回に限る、12 週を限度) [算定可能入院料] 短期滞在を除く全ての入院料及び特定入院料で算定可能

A 2 5 2 地域医療体制確保加算 (病院)

【新設】

改正前	改正後
(新設)	地域医療体制確保加算 <u>520 点</u> (入院初日) [算定要件] (1) 救急医療を提供する体制、病院勤務医

	の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき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（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。 [算定可能入院料] ・ A 1 0 0 一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。） ・ A 1 0 2 結核病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 1 0 3 精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 1 0 5 専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。） ・ A 3 0 0 救命救急入院料 ・ A 3 0 1 特定集中治療室管理料 ・ A 3 0 1－2 ハイケアユニット入院医療管理料 ・ A 3 0 1－3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・ A 3 0 1－4 小児特定集中治療室管理料 ・ A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料 ・ A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料 ・ A 3 0 3－2 新生児治療回復室入院医療管理料 ・ A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料 ・ A 3 0 7 小児入院医療管理料（小児入院医療管理料 5 を除く。） ・ A 3 1 1 精神科救急入院料 ・ A 3 1 1－3 精神科救急・合併症入院料
--	--

入院料等（特定入院料）

A301 特定集中治療室管理料

【注5の追加】

改正前	改正後
	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合 早期栄養介入管理加算 400 点 （入院した日から起算して7日を限度、1日につき）

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

【注4の点数見直し】

改正前	改正後
看護補助者配置加算 150 点 （1日につき）	看護補助者配置加算 160 点 （1日につき）

【注7の点数見直し】

改正前	改正後
看護職員夜間配置加算 55 点 （1日につき）	看護職員夜間配置加算 65 点 （1日につき）

【注9の追加】経過措置

改正前	改正後
（新設）	<u>注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料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に限る、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u> 地域包括ケア病棟特別入院料1 2,528点 （生活療養を受ける場合 2,515点） 地域包括ケア病棟特別入院料2 2,358点 （生活療養を受ける場合 2,345点） 地域包括ケア病棟特別入院料3 2,057点 （生活療養を受ける場合 2,043点） 地域包括ケア病棟特別入院料4 1,868点

	(生活療養を受ける場合 1,854点) 【特定地域】 地域包括ケアケア病棟特別入院料1 2,190点 (生活療養を受ける場合 2,176点) 地域包括ケアケア病棟特別入院料2 2,020点 (生活療養を受ける場合 2,007点) 地域包括ケアケア病棟特別入院料3 1,786点 (生活療養を受ける場合 1,773点) 地域包括ケアケア病棟特別入院料4 1,597点 (生活療養を受ける場合 1,584点) <u>〔別に厚生労働大臣が定めるもの〕</u> <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関にあ</u> <u>っては、当該病棟の入院患者に占める、当該</u> <u>保険医療機関の一般病棟から転棟したものの</u> <u>割合が6割未満であること。</u> 〔経過措置について〕 令和2年3月31日において地域包括ケア病棟 入院料の届出を行っている病棟を有する保険 医療機関（許可病床数が400床以上のものに限 る。）については同年9月30日までの間に限り 上記の施設基準を満たしているものとし、同 年10月1日から地域包括ケア病棟特別入院料 の算定となる。
--	--

【注9】の経過措置について

この算定を行うには令和2年9月24日提供のパッチプログラムとマスタ更新が適用済みである必要があります。

令和2年10月1日から算定可能な地域包括ケア病棟特別入院料を算定する場合は、システム管理「5001 病棟管理情報」で該当病棟を選択し、有効期間開始日を「R 2.10.1」に変更します。この状態で特定入院料選択で地域包括ケア病棟特別入院料、又は地域包括ケア病棟特別入院料（特定地域）から算定を行う入院料を選択して、F6（追加）を押下してください。「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」とメッセージが表示されたらF12（OK）を押下してください。

病棟設定が完了した後、10月1日から地域包括ケア病棟特別入院料を算定する患者について、入退院登録画面より令和2年10月1日異動日で「08 転科 転棟 転室」処理を行い地域包括ケア病棟特別入院料に算定入院料を変更登録してください。

A311-3 精神科救急・合併症入院料

【注5の点数見直し】

改正前	改正後
看護職員夜間配置加算 55点 (1日につき、入院した日から起算して30日限度)	看護職員夜間配置加算 65点 (1日につき、入院した日から起算して30日限度)

短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

【評価の廃止】

以下の手術は評価の廃止となります。

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー3（1及び2以外の場合）

ノ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

【評価の変更】

経皮的シャント拡張術・血栓除去術は評価の見直しにより変更となります。

リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

↓

チ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1（初回）

リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術2（1の実施後3ヵ月以内）

【評価の見直し】

改正前	改正後
イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー3（ 1及び2以外の場合） 9,424点 （生活療養を受ける場合 9,350点）	(削除)
ロ D291-2 小児食物アレルギー負荷 検査 6,237点 （生活療養を受ける場合 6,164点）	イ D291-2 小児食物アレルギー負荷 検査 5,630点 （生活療養を受ける場合 5,556点）
ハ D413 前立腺針生検法 11,736点 （生活療養を受ける場合 11,662点）	ロ D413 前立腺針生検法 10,309点 （生活療養を受ける場合 10,235点）
ニ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,747点 （生活療養を受ける場合 19,673点）	ハ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,448点 （生活療養を受ける場合 18,374点）
ホ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除 術（両側） 42,138点 （生活療養を受ける場合 42,064点）	ニ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除 術（両側） 40,943点 （生活療養を受ける場合 40,869点）
ヘ K282 水晶体再建術 1眼内レンズ を挿入する場合 ロその他のもの（片側） 22,411点 （生活療養を受ける場合 22,337点）	ホ K282 水晶体再建術 1眼内レンズ を挿入する場合 ロその他のもの（片側） 19,873点 （生活療養を受ける場合 19,799点）
ト K282 水晶体再建術 1眼内レンズ を挿入する場合 ロその他のもの（両側） 37,839点 （生活療養を受ける場合 37,765点）	ヘ K282 水晶体再建術 1眼内レンズ を挿入する場合 ロその他のもの（両側） 34,416点 （生活療養を受ける場合 34,342点）
チ K474 乳腺腫瘍摘出術 1長径5セン チメートル未満 20,756点 （生活療養を受ける場合 20,683点）	ト K474 乳腺腫瘍摘出術 1長径5セン チメートル未満 18,588点 （生活療養を受ける場合 18,514点）
リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血 栓除去術 38,243点 （生活療養を受ける場合 38,169点）	(削除)

(新設)	チ K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 (初回) 32,540点 (生活療養を受ける場合 32,466点)
(新設)	リ K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 (1の実施後3ヵ月以内) 32,540点 (生活療養を受ける場合 32,466点)
ヌ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 24,242点 (生活療養を受ける場合 24,168点)	ヌ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 21,755点 (生活療養を受ける場合 21,681点)
ル K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 12,507点 (生活療養を受ける場合 12,433点)	ル K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 10,411点 (生活療養を受ける場合 10,337点)
ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 11,704点 (生活療養を受ける場合 11,630点)	ヲ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 10,225点 (生活療養を受ける場合 10,151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。) 35,444点 (生活療養を受ける場合 35,317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。) 31,835点 (生活療養を受ける場合 31,761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。) 28,368点 (生活療養を受ける場合 28,294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。) 25,358点 (生活療養を受ける場合 25,284点)
ヨ 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。) 25,578点 (生活療養を受ける場合 25,505点)	ヨ 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。) 22,597点 (生活療養を受ける場合 22,523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。) 25,394点 (生活療養を受ける場合 25,321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。) 24,975点 (生活療養を受ける場合 24,901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。) 69,217点 (生活療養を受ける場合 69,143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。) 62,344点 (生活療養を受ける場合 62,270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。) 55,428点 (生活療養を受ける場合 55,354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。) 51,773点 (生活療養を受ける場合 51,699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。) 44,061点 (生活療養を受ける場合 43,988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。) 40,741点 (生活療養を受ける場合 40,667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。) 51,719点 (生活療養を受ける場合 51,645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。) 50,328点 (生活療養を受ける場合 50,254点)
ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,525点 (生活療養を受ける場合 14,451点)	ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,739点 (生活療養を受ける場合 12,665点)

ラ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径2センチメートル以上 18,141点 (生活療養を受ける場合 18,068点)	ラ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径2センチメートル以上 15,599点 (生活療養を受ける場合 15,525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) 12,383点 (生活療養を受ける場合 12,309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) 11,109点 (生活療養を受ける場合 11,035点)
ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕 術(一連につき) 28,268点 (生活療養を受ける場合 28,194点)	ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕 術(一連につき) 25,597点 (生活療養を受ける場合 25,523点)
ヅ K867 子宮頸部(腔部)切除術 18,179点 (生活療養を受ける場合 18,106点)	ヅ K867 子宮頸部(腔部)切除術 16,249点 (生活療養を受ける場合 16,175点)
ノ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点 (生活療養を受ける場合 35,067点)	(削除)
オ M001-2 ガンマナイフによる定位 放射線治療 60,403点 (生活療養を受ける場合 60,330点)	ノ M001-2 ガンマナイフによる定位 放射線治療 59,199点 (生活療養を受ける場合 59,125点)

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、短手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手3の会計が存在しない為、「負担金計算に失敗しました。入院料の有効期間が切れています」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手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日異動処理を行うと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削除してください。)

生活療養食事負担額の算定コード廃止について

令和 2 年 3 月で以下のコードが廃止となります。

197002410	生活療養食事療養標準負担額（後期高齢者低 1（老福以外））	130 円
-----------	-------------------------------	-------

これについて令和 2 年 4 月診療分以降は既存の以下コードで算定を行います。

197002310	生活療養食事療養標準負担額（低 1）	130 円
-----------	--------------------	-------

条件に合致した場合、パッチ適用後は自動的に「生活療養食事療養標準負担額（低 1）」で算定を行います。ユーザーが特に意識して操作を行う必要はありません。