

保医発 0618 第 2 号
令和 2 年 6 月 18 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正について

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日付け保医発 0305 第 2 号）について、その一部を次のとおり改正することとしたので、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

(令和2年3月5日保医発 0305 第2号)

1 別添3の第1の1(2)を次のように改める。

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議（医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。

なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

2 別添4の第12の14を次のように改める。

14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3、様式18の3、様式20、様式50及び様式50の2を用いること。

なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。

また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間に

において、急性期一般入院料 1 又は 7 対 1 入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、次に掲げる場合にあつては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。

ア 令和 2 年 3 月 31 日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であつて、現に許可病床数が 400 床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

イ 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院であつて、次のいずれにも該当するものについては、地域包括ケア病棟入院料 2 又は 4 に係る届出を行うことができる。なお、届出に当たっては、合意を得た地域医療構想調整会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。

当該書面は、届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

- ① 許可病床数 400 床未満の複数の病院が再編又は統合を行う対象病院であること
- ② 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること
- ③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は 1 病棟に限る。ただし、(3) について、平成 28 年 1 月 1 日時点で地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 を 2 病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3) に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

(1) ~ (3) (略)

- (4) 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料 2 又は 4 の届出を行う場合

(別添 参考)

○「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第2号)の一部改正について

(傍線部分が改正部分)

改正後	改正前
<p>別添3</p> <p>入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。</p> <p>ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議(医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。</p> <p>なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p>(3)～(15) (略)</p>	<p>別添3</p> <p>入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。</p> <p>ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議(医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下この項において「<u>地域医療構想調整会議</u>」という。)で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。</p> <p>なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p>(3)～(15) (略)</p>

改正後	改正前
<p>別添4</p> <p style="text-align: center;">特定入院料の施設基準等</p> <p>第12 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>14 届出に関する事項</p> <p>地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50 から様式50の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3、様式18の3、様式20、様式50及び様式50の2を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。</p> <p>また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。</p> <p>なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行うことはできない。</p> <p>許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、<u>次に掲げる場合にあつては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。</u></p>	<p>別添4</p> <p style="text-align: center;">特定入院料の施設基準等</p> <p>第12 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>14 届出に関する事項</p> <p>地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50 から様式50の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3、様式18の3、様式20、様式50及び様式50の2を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。</p> <p>また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。</p> <p>なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行うことはできない。</p> <p>許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であつて、現に許可病床数が400床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。</p>

ア 令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が400床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

イ 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院であって、次のいずれにも該当するものについては、地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができる。なお、届出に当たっては、合意を得た地域医療構想調整会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。当該書面は、届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

① 複数の許可病床数400床未満の病院が再編又は統合の対象病院であること

② 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること

③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

(1)～(3) (略)

(4) 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料2又は4の届出を行う場合

(新設)

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

(1)～(3) (略)

(新設)