

令和 3 年 9 月 2 2 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 吉 郎
(公印省略)

令和 2 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の取扱いについて

令和 2 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和 2 年 3 月 5 日付け日医発第 1181 号（保 265）「令和 2 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、令和 2 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の取扱いについて、厚生労働省保険局医療課より事務連絡がありましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

令和 2 年度診療報酬改定において経過措置が設けられた施設基準のうち、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合等、患者の診療実績に係る施設基準については、当初、令和 2 年 9 月 30 日までとされておりましたが、新型コロナウイルスの感染拡大による医療機関への影響等を踏まえ、2 度にわたって経過措置が延長され、本年 9 月 30 日まで経過措置が延長されたところです。

また、診療報酬上の施設基準の中には、地域医療体制確保加算の救急搬送件数等、前年の年間実績をもって翌 1 年間の算定の可否等を判断する項目もありますが、新型コロナウイルス感染症による影響を受けている令和 2 年の 1 年間の実績によって令和 3 年度 1 年間の算定の可否を決定すると、医療提供体制に大きな影響を与える可能性があったことから、令和 3 年 9 月 30 日までは、令和元年（平成 31 年）の実績で判断することも可能とされたところです。（ただし、コロナ病床を割り当てられている医療機関においては、令和 4 年 3 月 31 日まで）（令和 3 年 3 月 11 日（保 379）等によりご連絡。）

医療機関における新型コロナウイルスの影響等を踏まえ、こうした臨時的な取扱いが実施された一方で、実態を把握するため、臨時的な取扱いに該当する医療機関には報告が求められており、9 月 15 日に開催された中医協では、その報告内容が示されました。その結果、今回の経過措置や、年間の診療実績に係る特例措置の対象となる医療機関は一部に留まっていることが明らかになりました。（参考資料参照）

こうした調査結果を踏まえ、今般、コロナ患者受入の重点医療機関、協力医療機関及びコロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関については、経過措置や年間の診療実績に係る特例措置を来年 3 月末まで延長する一方で、それ以外の医療機関については、9 月末で終了

することが示されました。

日本医師会としては、医療界全体としてコロナ対応に奔走している状況にある中、施設基準の届出が求められる医療機関の負担等を鑑み、厚生労働省に対して、今回の取扱いにおける実績値の計算方法等について、対象となる医療機関には個別にきめ細かく対応するよう求めるとともに、事前の調査結果が実態と大きく異なるようなことがあれば、再度、中医協で議論することを要請しておりますので、貴会におかれましても、施設基準を満たせない医療機関がありましたら、厚生局からきめ細かな対応をするよう働き掛けて頂くこと等について、ご協力頂ければ幸いです。

なお、今回の事務連絡の要点は、以下のとおりであります。

つきましては、本件について貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 今回の取扱いは、令和3年10月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているもの等について届出漏れが生じないように取りまとめたものであること。
2. 今回の取扱いに係る届出については、本年10月18日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができること。
3. 新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関（都道府県から新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられた重点医療機関、協力医療機関その他の医療機関）については、経過措置や年間の診療実績に係る特例措置を来年3月末まで延長すること。（経過措置の延長については、別途通知等の改正が行われる予定）
4. 上記「3.」に該当しない医療機関であっても、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）（令和2年9月1日（保189）にてご連絡）で示された臨時的な取扱い等が適用されることで、直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい可能性があり、以下の点に留意頂きたいこと。

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」
（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）
（※一部に関連する事務連絡を補足）

1. 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

（中略）

（1）これまでに示した臨時的な取扱いについて

これまでに示した主な臨時的な取扱いは、以下のとおり。なお、それぞれの詳細については、これまでの事務連絡の内容を参照されたい。

- ① 定数超過入院について、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数

の基準並びに入院基本料の算定方法について」(平成18年3月23日保医発0323003号)の第1の2の減額措置は適用しないこと。(2月14日事務連絡1(1))

- ② 月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、当分の間、「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。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。)の第3の1(1)の規定にかかわらず、変更の届出を行わなくてもよいものとする。(2月14日事務連絡2(1))
- ③ 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動があった場合においても、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、変更の届出を行わなくてもよいものとする。(2月14日事務連絡2(2))
- ④ DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」(令和2年3月27日保医発0327第6号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよい。(2月14日事務連絡2(3))
- ⑤ 平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率及び医療区分2又は3の患者割合等の要件について、基本診療料の施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい。(4月14日事務連絡別添問7)

(2) 臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等

- ① (1)で示した臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、(以下「対象医療機関等」という。)以下ア～エのとおりとする。

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

➤ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関も含む。(R3.3.26 臨時的な取扱い(その39))

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

➤ 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについて、市町村等の計画又は要請により、自施設内で接種を行った保険医療機関等又は当該保険医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等を含む。(R3.3.22 臨時的な取扱い(その38))

➤ 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンについて、大規模接種会場や職域接種を実施している会場等に職員を派遣した保険医療機関等を含む。(R3.7.2 臨時的な取扱い(その50))

➤ 「入院外患者に一時的に酸素投与等の対応を行う施設(入院待機施設)の整備について」(令和3年8月25日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)に示される入院待機施設や、新型コロナウイルス感染症患者に係る宿泊療養施設に職員を派遣した保険医療機関等を含む。(R3.8.26 臨時的な取扱い(その55))

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

※ ア～エに該当する保険医療機関等については、それぞれ、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた病棟、他の保険医療機関等に職員を派遣した病棟、学校等の臨時休業に伴い職員の勤務が困難となった病棟、感染し又は濃厚接触者となり出勤できない職員が在籍する病棟以外の病棟においても、同様の取扱いとする。なお、ア～エに該当する期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

② ただし、**緊急事態宣言**（新型インフルエンザ等対策特措法（平成24年法律第31号）第32条第1項の規定に基づき行われる、新型コロナウイルス感染症に関する緊急事態が発生した旨の宣言をいう。以下同じ。）において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

➤ 新型インフルエンザ等**まん延防止等重点措置**（以下、「重点措置」という。）を実施すべき区域として公示された区域において、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該区域を含む都道府県に所在する全ての保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションについて、①の対象医療機関等とみなすこととする。なお、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。（R3.4.6 臨時的な取扱い（その41））

③ 訪問看護ステーションについても、前記①及び②と同様の取扱いとする。

2. 患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて

上記1(1)⑤で示した平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件について、4月14日事務連絡で示した内容のほか、以下の取扱いとする。

(1) 対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、基本診療料の施設基準等通知、「特掲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3号）及び「訪問看護ステーションの基準に係る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4号）における当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) 対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いは、以下①又は②のいずれかとしても差し支えないものとする。

① 対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

例:ある年の4月から6月までの間に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関における、当該年10月時点での「直近1年間の実績」を求める対象とする期間

前年							当該年									
7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
●	●	●	○	○	○	○	○	○	★	★	★	○	○	○		

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月

★：対象医療機関等に該当するため、実績を求める対象としない月

●：臨時的な取扱いとして実績期間から控除した月（★）の代用として、実績を求める対象とする月

- ② 対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求め対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

例：ある年の4月から6月までの間に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関における、当該年10月時点での「直近1年間の実績」を求め対象とする期間

前年			当該年								
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
○	○	○	○	○	○	■	■	■	○	○	○

○：通常の実績のとおり、実績を求め対象とする月

■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

【添付資料】

令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて
(令和3年9月17日 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

【参考資料】

令和2年度診療報酬改定における経過措置等への対応について
(令和3年9月15日 中医協 総-9)

事務連絡
令和3年9月17日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた
施設基準等の取扱いについて

基本診療料の施設基準及び訪問看護ステーションの基準並びにそれらの届出に関する手続きについては、「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。令和3年3月31日最終改正。以下「施設基準等通知」という。）及び「訪問看護ステーションの基準に係る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4号。令和3年3月31日最終改正。以下「届出基準通知」という。）により示しているところであるが、施設基準等通知の第4の1の表2に掲げる点数及び届出基準通知の第4の1の表2に掲げる療養費であって、令和3年10月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているものについて別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないよう、その取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いしたい。本件届出については、本年10月18日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができることとするので、ご留意願いたい。

また、当該届出に係る患者の診療実績等の要件については、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の2（2）①及び②の取扱いにより実績を算出することが可能であることを申し添える。

なお、新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関（※）については、標記の経過措置の期限を本年9月30日から令和4年3月31日まで延長することを予定しており、別途、通知等の改正を行う予定としているので、予めご了承ください。

（※）都道府県から新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられた重点医療機関、協力医療機関その他の医療機関

令和3年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料加算	17	総合入院体制加算(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を3割2分以上入院させる病棟であること又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を3割以上入院させる病棟であること。	総合入院体制加算3	別添7の様式10
	18	急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を7分以上入院させる病棟であること又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を6分以上入院させる病棟であること。	25対1急性期看護補助体制加算、50対1急性期看護補助体制加算又は75対1急性期看護補助体制加算	別添7の様式10
	19	看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を7分以上入院させる病棟であること又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を6分以上入院させる病棟であること。	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2又は看護職員夜間16対1配置加算1	別添7の様式10
	20	看護補助加算1(地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料に限る。)(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を6分以上入院させる病棟であること又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を5分以上入院させる病棟であること。	看護補助加算1	別添7の様式10
	21	入退院支援加算3(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」が配置されていること。	入退院支援加算3	別添7の様式40の9(様式40の9「記載上の注意」に記載する添付書類を除く。)
	22	回復期リハビリテーション病棟入院料1(管理栄養士の配置に係る規定に限る。)(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。	回復期リハビリテーション病棟入院料1	別添7の様式49(様式49「記載上の注意」に記載する添付書類を除く。)
23	回復期リハビリテーション病棟入院料3(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。	回復期リハビリテーション病棟入院料3	別添7の様式49(様式49「記載上の注意」に記載する添付書類を除く。)	
24	地域包括ケア病棟入院料1(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病棟又は病室であること。又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病棟又は病室であること。 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専任の看護師が配置されている場合においては専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されている場合においては専任の看護師が配置されていること。 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。 次のいずれか2つ以上を満たしていること。 ①在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前3月間において30回以上算定していること。 ②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前3月間において60回以上算定していること。 ③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定していること。 ⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること。	地域包括ケア病棟入院料1	別添7の様式10 別添7の様式50(様式50「記載上の注意」に記載する添付書類を除く。)	
25	地域包括入院医療管理料1(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病棟又は病室であること。又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病棟又は病室であること。 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専任の看護師が配置されている場合においては専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されている場合においては専任の看護師が配置されていること。 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室における病床数が10未満のものにおいては、前3月間において、自宅等から入院した患者が6人以上であること。 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。 次のいずれか2つ以上を満たしていること。 ①在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前3月間において30回以上算定していること。 ②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前3月間において60回以上算定していること。 ③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定していること。 ⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること。	地域包括ケア入院医療管理料1	別添7の様式10 別添7の様式50の2(様式50の2「記載上の注意」に記載する添付書類を除く。)	

令和3年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
特定入院料	26	地域包括ケア病棟入院料3(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病棟又は病室であること。又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病棟又は病室であること。</p> <p>当該保険医療機関内に入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</p> <p>当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。</p> <p>次のいずれか2つ以上を満たしていること。</p> <p>①在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)前3月間において60回以上算定していること。</p> <p>③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>⑥退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること。</p>	地域包括ケア病棟入院料3	別添7の様式10 別添7の様式50 (様式50〔記載上の注意〕に記載する添付書類を除く。)
	27	地域包括入院医療管理料3(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病棟又は病室であること。又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病棟又は病室であること。</p> <p>当該保険医療機関内に入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</p> <p>当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室における病床数が10未満のものにあっては、前3月間において、自宅等から入院した患者が6以上であること。</p> <p>当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。</p> <p>次のいずれか2つ以上を満たしていること。</p> <p>①在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)前3月間において60回以上算定していること。</p> <p>③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>⑥退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること。</p>	地域包括ケア入院医療管理料3	別添7の様式10 別添7の様式50の2 (様式50の2〔記載上の注意〕に記載する添付書類を除く。)
	28	地域包括ケア病棟入院料2又は4(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。) 地域包括入院医療管理料2又は4(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病棟又は病室であること。又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病棟又は病室であること。</p> <p>当該保険医療機関内に入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</p>	地域包括ケア病棟入院料2又は4 地域包括ケア入院医療管理料2又は4	別添7の様式10 別添7の様式50又は様式50の2 (様式50の2〔記載上の注意〕に記載する添付書類を除く。)
	29	特定一般病棟入院料の注7(新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関を除く。)	<p>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割4分以上入院させる病室であること又は診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割1分以上入院させる病室であること。</p> <p>当該保険医療機関内に入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</p> <p>当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室における病床数が10未満のものにあっては、前3月間において、自宅等から入院した患者が6以上であること。</p> <p>当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。</p> <p>次のいずれか2つ以上を満たしていること。</p> <p>①在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)前3月間において60回以上算定していること。</p> <p>③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定していること。</p> <p>⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</p> <p>⑥退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>当該保険医療機関内に入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</p>	特定一般病棟入院料の注7	別添7の様式10 別添7の様式50又は様式50の2 (病棟の勤務実績表で看護委員の職程が確認できる場合は、様式20の当該看護委員のみを省略することができること)

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

○訪問看護管理療養費

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
訪問看護管理療養費	1	機能強化型訪問看護管理療養費1	「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第2条第1項に規定する看護師等のうち、6割以上が看護職員であること。なお、看護職員の割合の算出に当たっては、当該訪問看護ステーションにおける常勤換算した看護職員の数を、常勤換算した看護師等の数で除して得た数とする。	機能強化型訪問看護管理療養費1	別紙様式6 (3.~11.の記載は省略することができること)
	2	機能強化型訪問看護管理療養費2	看護師等のうち、6割以上が看護職員であること。なお、看護職員の割合の算出に当たっては、当該訪問看護ステーションにおける常勤換算した看護職員の数を、常勤換算した看護師等の数で除して得た数とする。	機能強化型訪問看護管理療養費2	別紙様式6 (3.~11.の記載は省略することができること)
	3	機能強化型訪問看護管理療養費3	看護師等のうち、6割以上が看護職員であること。なお、看護職員の割合の算出に当たっては、当該訪問看護ステーションにおける常勤換算した看護職員の数を、常勤換算した看護師等の数で除して得た数とする。	機能強化型訪問看護管理療養費3	別紙様式6 (3.~11.の記載は省略することができること)

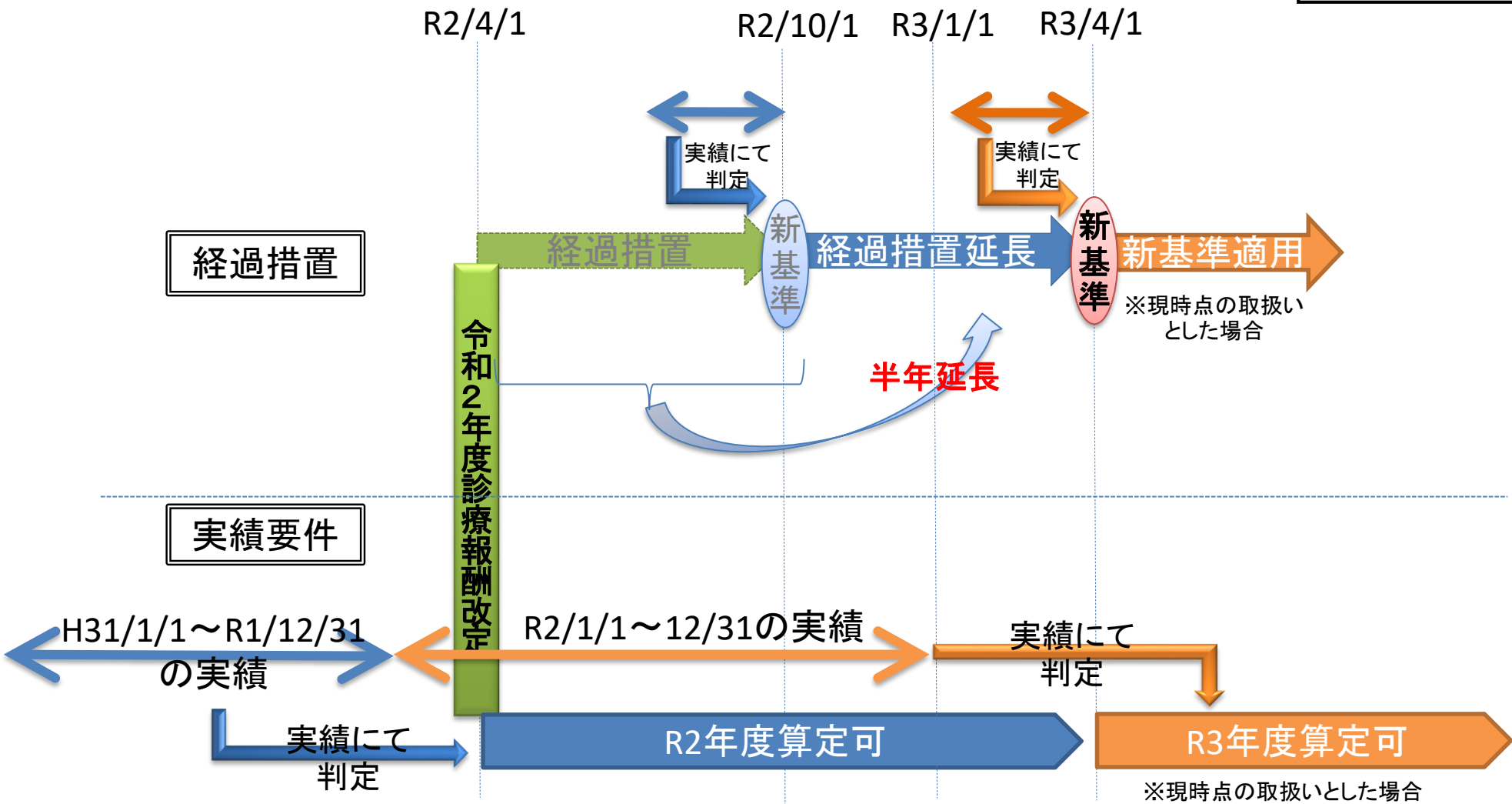
参考資料

令和2年度診療報酬改定における
経過措置等への対応について

1 経過措置等に係る現在の取扱い

令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等のイメージ

中医協 総-2-3
3 . 3 . 1 0



※ DPCの機能評価係数Ⅱは、前々年10/1～前年9/30の実績値を判定に使用。激変緩和係数は、改定後1年間のみ適用。

経過措置等の取扱いについて

(参考) 中医協 総-2-3

3 . 3 . 1 0

- 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年度以降は以下のような対応とすることとする。(令和3年3月26日付事務連絡)

	令和2年度	令和3年度
1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置 ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等	令和3年3月31日まで、経過措置適用中	本来 令和3年4月1日より新基準適用 基準を満たすものとする取扱いについて、 令和3年9月30日まで延長
2. 施設基準等において年間実績を使用 例) ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数 ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数 ③個別の処置、手術等(腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など)	令和3年3月31日まで、令和元年の実績値で判定中	本来 令和3年4月1日より令和2年の実績を適用し、判定 令和3年9月30日まで令和元年(平成31年)の実績値で判定可 ※ただし、コロナ病床を割り当てられている医療機関においては、令和4年3月31日までとする。
3. DPCの係数の改定 ①機能評価係数Ⅱにおける前年実績による改定 ②激変緩和係数の撤廃	・機能評価係数Ⅱは令和3年3月31日まで、平成30年10月～令和元年9月の実績値で判定中 ・激変緩和係数は令和2年度のみ調整中	本来 機能評価係数Ⅱは令和3年4月1日より令和元年10月～2年9月の実績を適用し、判定 令和3年度の機能評価係数Ⅱは据え置き、激変緩和係数は撤廃

※ その他、現在講じている、診療報酬の臨時的取扱い(看護配置等)の対象となる医療機関等における「新型コロナウイルス感染症患者等」に新型コロナウイルス感染症から回復した患者(特例点数を算定している場合)を含むことを明確化する。

令和3年9月30日まで経過措置を延長した項目一覧

(参考) 中医協 総-2-3

3 . 3 . 1 0

- 令和2年度診療報酬改定において、最終的に、令和3年3月31日を期限とする経過措置が設けられた項目（中医協総会において了承され、期限を延長した経過措置を含む。）のうち、以下の項目については、基準を満たす者とする取扱いを令和3年9月30日まで延長している。

項目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、 令和3年9月30日まで の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、 令和3年9月30日まで の間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、 令和3年9月30日まで の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（1に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、 令和3年9月30日まで の間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、 令和3年9月30日まで の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和2年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ている訪問看護ステーションについては、 令和3年9月30日まで の間に限り、看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

2 経過措置を設けている施設基準における コロナ影響に関する報告状況について

- 医療機関等の実情を適切に把握する観点から、新たに、医療機関等において実績を記録することを求めた上で、該当入院料等が下がる場合や基準を満たさなくなる等の場合には、実績の届出を求めることとする。(令和3年3月26日付事務連絡)

<医療機関等から報告を求めているデータ>

満たさなくなる施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準を満たさなくなった施設基準項目 ・ 満たさなくなった現在の実績値
新型コロナウイルス感染症患者等の受入状況等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等 ・ 職員を派遣した保険医療機関等 ・ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等 ・ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等
新型コロナウイルス感染症患者の受入における指定等について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重点医療機関であるか、 ・ 協力医療機関であるか、 ・ 重点医療機関、協力医療機関ではないが、新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられているか、 ・ いずれにも該当しない
当該基準を満たさなくなった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診控えによるもの ・ 患者の受入制限によるもの ・ 転院患者受入によるもの ・ 病棟運用（看護配置の見直しや病棟縮小）によるもの ・ クラスタ発生状況によるもの 等

実態調査の結果（「経過措置中の施設基準」関係）

- 令和2年度診療報酬改定において、経過措置を設けた項目について令和3年9月30日まで経過措置を延長しているものについて、各保険医療機関等の新型コロナウイルスの影響等を把握するため、報告を求めているところ。
- 令和3年4月末、6月末時点における報告状況は以下のとおり。

(全国の状況)

施設類型	全国
病院	8,300
(重点医療機関等の指定状況)	1,323
うち)重点医療機関	
うち)協力医療機関	942
訪問看護ステーション	11,887
うち)機能強化型	702

- ※ 病院数は「医療施設調査」より（令和元年10月時点）
- ※ 訪問看護ステーション数は7.1定例報告より
- ※ 診療所、薬局は該当なし。

施設基準要件を満たしていないと
医療機関等から報告のあったもの

(6月末報告)

施設類型	医療機関数	4月時点で満たしていない	6月時点で満たしていない	4月時点、6月時点ともに満たしていない	全国の病院等に占める割合
病院	161	150	141	130	1.9%
①うち)重点医療機関	37	35	32	26	2.8%
②うち)協力医療機関	31	29	24	24	3.3%
③うち)重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関	17	16	16	15	—
④①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エ※3のいずれかに該当	35	33	35	33	—
⑤①～④のいずれにも該当しない	41	37	34	32	—
訪問看護ステーション	16	16	16	16	0.1%
うち)機能強化型	16	16	16	16	2.3%

- ※1 ①及び②の重複の場合は、①として計上。
- ※2 ②及び③の重複の場合は、②として計上。
- ※3 ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

ただし、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
急性期一般入院料 1 (34施設)	急性期一般入院料 2	22施設	8	6	3	2	3
	急性期一般入院料 3	6施設	2	1	2	1	-
	急性期一般入院料 4	5施設	1	1	1	1	1
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
急性期一般入院料 2 (7施設)	急性期一般入院料 3	2施設	-	2	-	-	-
	急性期一般入院料 4	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 5	1施設	-	-	1	-	-
	急性期一般入院料 6	1施設	-	-	-	1	-
	急性期一般入院料 7	2施設	1	-	-	-	1
急性期一般入院料 4 (22施設)	急性期一般入院料 5	2施設	2	-	-	-	-
	急性期一般入院料 6	2施設	-	1	-	1	-
	急性期一般入院料 7	18施設	-	2	2	5	9
急性期一般入院料 5 (27施設)	急性期一般入院料 6	9施設	-	2	-	4	3
	急性期一般入院料 7	18施設	4	4	1	2	7
急性期一般入院料 6 (18施設)	急性期一般入院料 7	18施設	1	2	1	6	8

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料：施設基準要件を満たさない要因

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳					
		受診控えに関するもの	受入制限に関するもの	転院受入・拒否に関するもの	病棟の運用に関するもの	クラスターの発生に関するもの	改定前後の基準に関するもの
急性期一般入院料	重点医療機関（19）	21	33	21	29	11	9
	協力医療機関（21）	24	22	8	19	4	11
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（11）	16	14	14	10	—	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当（25）	21	23	20	10	8	16
	①～④のいずれにも該当しない（32）	33	23	16	1	—	20



詳細は次ページ

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料：施設基準要件を満たさない要因

(受診控えに関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳		
		受診控えに関するもの		
		外来患者数の減	入院患者数の減	在宅への訪問回数の減
急性期一般入院料	重点医療機関 (19)	8	12	1
	協力医療機関 (21)	10	13	1
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (11)	7	9	0
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～工のいずれかに該当 (25)	7	13	1
	①～④のいずれにも該当しない (32)	15	15	3

(受け入れ制限に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
		受け入れ制限に関するもの				
		外来患者受入制限	入院患者受入制限	在宅への訪問制限	手術や処置を制限	救急搬送患者の受入制限
急性期一般入院料	重点医療機関 (19)	3	10	1	12	7
	協力医療機関 (21)	4	7	1	7	3
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (11)	2	5	0	3	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～工のいずれかに該当 (25)	5	8	2	2	6
	①～④のいずれにも該当しない (32)	5	7	2	5	4

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料：施設基準要件を満たさない要因

(転院受け入れ、拒否に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳			
		転院受入、拒否に関するもの			
		普段とは異なる病態の患者受入	普段より重症度が高い患者を受入	転院可能な患者の転院先が少ない	コロナでない患者の受入を求められた
急性期一般入院料	重点医療機関（19）	7	6	8	0
	協力医療機関（21）	2	2	3	1
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（11）	2	5	5	2
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（25）	4	6	7	3
	①～④のいずれにも該当しない（32）	5	5	3	3

(病棟の運用に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳		
		病棟の運用に関するもの		
		コロナ対応のため看護配置や病棟の構成を変更	コロナ対応のため簡易な報告により入院料を運用	コロナ対応のため病棟を閉鎖又は縮小
急性期一般入院料	重点医療機関（19）	16	2	11
	協力医療機関（21）	10	1	8
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（11）	5	1	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（25）	4	2	4
	①～④のいずれにも該当しない（32）	0	0	1

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料：施設基準要件を満たさない要因

(クラスターの発生に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳	
		クラスターの発生に関するもの	
		院内でクラスター発生（患者）	院内でクラスター発生（職員）
急性期一般入院料	重点医療機関（19）	6	5
	協力医療機関（21）	2	2
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（11）	0	0
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（25）	4	4
	①～④のいずれにも該当しない（32）	0	0

(改定前後の基準に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳
		改定前後の基準に関するもの
		改定前の基準なら満たしているが、改定後の新基準だと満たせていない
急性期一般入院料	重点医療機関（19）	8
	協力医療機関（21）	11
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（11）	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（25）	16
	①～④のいずれにも該当しない（32）	20

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	7施設	-	1	1	3	2
	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1施設	-	-	-	-	1
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	4施設	1	2	-	-	1
	-	1施設	1	-	-	-	-

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料：施設基準要件を満たさない要因

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳					
		受診控えに関するもの	受入制限に関するもの	転院受入・拒否に関するもの	病棟の運用に関するもの	クラスターの発生に関するもの	改定前後の基準に関するもの
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関（2）	－	－	－	1	－	－
	協力医療機関（3）	－	－	1	－	－	－
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（1）	1	3	－	－	2	1
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当（3）	3	2	－	－	－	－
	①～④のいずれにも該当しない（4）	2	1	2	－	－	1



詳細は次ページ

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料：施設基準要件を満たさない要因

(受診控えに関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳		
		受診控えに関するもの		
		外来患者数の減	入院患者数の減	在宅への訪問回数の減
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関 (2)	—	—	—
	協力医療機関 (3)	—	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (1)	—	1	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 (3)	1	2	—
	①～④のいずれにも該当しない (4)	—	2	—

(受け入れ制限に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳				
		受け入れ制限に関するもの				
		外来患者受入制限	入院患者受入制限	在宅への訪問制限	手術や処置を制限	救急搬送患者の受入制限
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関 (2)	—	—	—	—	—
	協力医療機関 (3)	—	—	—	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (1)	1	1	—	—	1
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 (3)	1	1	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない (4)	1	—	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料：施設基準要件を満たさない要因

(転院受け入れ、拒否に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳			
		転院受入、拒否に関するもの			
		普段とは異なる病態の患者受入	普段より重症度が高い患者を受入	転院可能な患者の転院先が少ない	コロナでない患者の受入を求められた
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関 (2)	—	—	—	—
	協力医療機関 (3)	1	1	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (1)	—	—	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 (3)	—	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない (4)	1	—	1	—

(病棟の運用に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳		
		病棟の運用に関するもの		
		コロナ対応のため看護配置や病棟の構成を変更	コロナ対応のため簡易な報告により入院料を運用	コロナ対応のため病棟を閉鎖又は縮小
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関 (2)	1	—	—
	協力医療機関 (3)	—	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 (1)	—	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 (3)	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない (4)	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料：施設基準要件を満たさない要因

(クラスターの発生に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳	
		クラスターの発生に関するもの	
		院内でクラスター発生（患者）	院内でクラスター発生（職員）
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関（2）	—	—
	協力医療機関（3）	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（1）	1	1
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（3）	—	—
	①～④のいずれにも該当しない（4）	—	—

(改定前後の基準に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳
		改定前後の基準に関するもの
		改定前の基準なら満たしているが、改定後の新基準だと満たせていない
回復期リハビリテーション病棟入院料	重点医療機関（2）	—
	協力医療機関（3）	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（1）	1
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（3）	—
	①～④のいずれにも該当しない（4）	1

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

回復期リハビリテーション病棟入院料：実績値以外のもの

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳
		その他
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	協力医療機関	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 (1施設)

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
地域包括ケア病棟入院料 1	地域包括ケア病棟入院料 2	4施設	2	2	-	-	-
	地域包括ケア病棟入院料 3	1施設	-	-	-	1	-
	-	2施設	-	-	1	1	-
地域包括ケア病棟入院料 2	-	12施設	8	2	1	-	1
地域包括ケア入院医療管理料 1	地域包括ケア入院医療管理料 2	8施設	-	-	2	3	3
	地域包括ケア入院医療管理料 4	1施設	-	1	-	-	-
	-	4施設	-	1	-	2	1
地域包括ケア入院医療管理料 2	-	9施設	1	1	2	3	2

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：施設基準要件を満たさない要因

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳					
		受診控えに関するもの	受入制限に関するもの	転院受入・拒否に関するもの	病棟の運用に関するもの	クラスターの発生に関するもの	改定前後の基準に関するもの
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	5	9	3	15	4	3
	協力医療機関（7）	4	1	2	7	2	3
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	—	—	—	3	—	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当（10）	11	12	3	4	1	8
	①～④のいずれにも該当しない（7）	4	—	—	—	—	3



詳細は次ページ

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：施設基準要件を満たさない要因

(受診控えに関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳		
		受診控えに関するもの		
		外来患者数の減	入院患者数の減	在宅への訪問回数の減
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	2	3	—
	協力医療機関（7）	2	2	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	—	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	5	4	2
	①～④のいずれにも該当しない（7）	1	2	1

(受け入れ制限に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳				
		受け入れ制限に関するもの				
		外来患者受入制限	入院患者受入制限	在宅への訪問制限	手術や処置を制限	救急搬送患者の受入制限
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	2	4	—	1	2
	協力医療機関（7）	—	1	—	—	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	—	—	—	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	3	3	1	3	2
	①～④のいずれにも該当しない（7）	—	—	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：施設基準要件を満たさない要因

(転院受け入れ、拒否に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳			
		転院受け入れ、拒否に関するもの			
		普段とは異なる病態の患者受入	普段より重症度が高い患者を受入	転院可能な患者の転院先が少ない	コロナでない患者の受入を求められた
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	2	—	1	—
	協力医療機関（7）	—	1	1	—
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	—	—	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	—	—	3	—
	①～④のいずれにも該当しない（7）	—	—	—	—

(病棟の運用に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳		
		病棟の運用に関するもの		
		コロナ対応のため看護配置や病棟の構成を変更	コロナ対応のため簡易な報告により入院料を運用	コロナ対応のため病棟を閉鎖又は縮小
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	6	4	5
	協力医療機関（7）	3	1	3
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	2	—	1
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	2	—	2
	①～④のいずれにも該当しない（7）	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：施設基準要件を満たさない要因

(クラスターの発生に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳	
		クラスターの発生に関するもの	
		院内でクラスター発生（患者）	院内でクラスター発生（職員）
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	2	2
	協力医療機関（7）	1	1
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	—	—
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	1	—
	①～④のいずれにも該当しない（7）	—	—

(改定前後の基準に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設	内訳
		改定前後の基準に関するもの
		改定前の基準なら満たしているが、改定後の新基準だと満たせていない
地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（11）	3
	協力医療機関（7）	3
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（6）	4
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（10）	8
	①～④のいずれにも該当しない（7）	3

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：実績によるもの

区分	基準を満たさなくなった施設基準項目	内訳	
		報告のあった数	実績値
地域包括ケア病棟入院料 1	① 自宅等から入棟した患者の占める割合	2	13～22
	② 自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	3	1～29
	⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	1	35
	⑧ 退院時共同指導料 2 の算定回数	1	0

区分	基準を満たさなくなった施設基準項目	内訳	
		報告のあった数	実績値
地域包括ケア入院医療管理料 1	① 自宅等から入棟した患者の占める割合	6	3～17
	② 自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	8	1～9
	③ 在宅患者訪問診療料の算定回数	2	31
	⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	1	0
	⑦ 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。	1	0
	⑧ 退院時共同指導料 2 の算定回数	1	2

区分	基準を満たさなくなった施設基準項目	内訳	
		報告のあった数	実績値
地域包括ケア入院医療管理料2	② 自宅等からの緊急入院患者の受入患者数	1	16

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料：実績以外のもの

区分	基準を満たさなくなった施設	基準を満たさなくなった施設基準項目	
		入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。	
地域包括ケア病棟入院料、 地域包括ケア入院医療管理料	重点医療機関（10）		1
	協力医療機関（6）		2
	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関（5）		2
	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当（9）		5
	①～④のいずれにも該当しない（5）		4

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

急性期一般入院料、地ケア、回リハ以外のもの

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
結核病棟入院基本料（7:1） （2施設）	結核病棟入院基本料（7:1） 重傷者割合特別入院基本料	1施設	1	—	—	—	—
	結核病棟入院基本料（10:1）	2施設	1	1	—	—	—
看護補助加算 1	看護補助加算 2	1施設	1	—	—	—	—
	—	1施設	1	—	—	—	—
入退院支援加算 3	—	6施設	5	1	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

訪問看護ステーションの実績値

区分	本来変更となるべき施設基準	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
			重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
機能強化型訪問看護管理療養費 1	－	5施設	－	－	－	2	3
機能強化型訪問看護管理療養費 2	－	6施設	－	－	－	1	5
機能強化型訪問看護管理療養費 3	－	5施設	－	－	－	3	2

指定基準要件を満たさない要因と報告のあったもの

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳					
		受診控えに関するもの	受入制限に関するもの	転院受入・拒否に関するもの	病棟の運用に関するもの	クラスターの発生に関するもの	改定前後の基準に関するもの
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エのいずれかに該当 (6)	－	－	－	－	－	6
	①～④のいずれにも該当しない (10)	－	－	－	－	－	10

↓
詳細は次ページ

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

機能強化型訪問看護管理療養費：施設基準要件を満たさない要因

(受診控えに関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳		
		受診控えに関するもの		
		外来患者数の減	入院患者数の減	在宅への訪問回数の減
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない（10）	—	—	—

(受け入れ制限に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳				
		受け入れ制限に関するもの				
		外来患者受入制限	入院患者受入制限	在宅への訪問制限	手術や処置を制限	救急搬送患者の受入制限
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	—	—	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない（10）	—	—	—	—	—

(転院受け入れ、拒否に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳			
		転院受入、拒否に関するもの			
		普段とは異なる病態の患者受入	普段より重症度が 高い患者を受入	転院可能な患者の 転院先が少ない	コロナでない患者の 受入を求められた
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	—	—	—	—
	①～④のいずれにも該当しない（10）	—	—	—	—

経過措置中の施設基準に係る保険医療機関等からの報告について（施設基準別）

機能強化型訪問看護管理療養費：施設基準要件を満たさない要因

(病棟の運用に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳		
		病棟の運用に関するもの		
		コロナ対応のため看護配置や病棟の構成を変更	コロナ対応のため簡易な報告により入院料を運用	コロナ対応のため病棟を閉鎖又は縮小
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	－	－	－
	①～④のいずれにも該当しない（10）	－	－	－

(クラスターの発生に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳	
		クラスターの発生に関するもの	
		院内でクラスター発生（患者）	院内でクラスター発生（職員）
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	－	－
	①～④のいずれにも該当しない（10）	－	－

(改定前後の基準に関するもの)

区分	基準を満たさなくなった施設数	内訳
		改定前後の基準に関するもの
		改定前の基準なら満たしているが、改定後の新基準だと満たせていない
機能強化型訪問看護管理療養費	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当（6）	6
	①～④のいずれにも該当しない（10）	10

3 年間の診療実績を求める施設基準における コロナ影響に関する報告状況について

実態調査の結果（「年間の診療実績」関係）

- 年間の診療実績を求める施設基準について、前年の診療実績もしくは直近1年間の実績を用いて当該施設基準要件を満たすかどうか判断するが、当該実績を用いて実績要件を満たせない場合について、診療報酬上の臨時的な取扱いとして、令和元年の実績を用いてもよいこととしている。
- この臨時的な取扱いにより、実績要件を満たすこととなった場合には、各保険医療機関等の新型コロナウイルスの影響等を把握するため、報告を求めているところ。
- 令和3年4月末、6月末時点における報告状況は以下のとおり。

(全国の状況)

	全国
病院	8,300
(重点医療機関等の指定状況)	
うち)重点医療機関	1,323
うち)協力医療機関	942
診療所	102,616
歯科診療所	68,500
薬局	59,613
訪問看護ステーション	11,887

※ 病院、診療所、歯科診療所数は「医療施設調査」より（令和元年10月時点）
 薬局数は「衛生行政報告例」より（令和元年10月時点）
 訪問看護ステーション数は7.1定例報告より

施設基準要件を満たしていないと
医療機関等から報告のあったもの

(6月末報告)

施設基準要件を満たさなくなった報告数	医療機関数	全国の病院等に占める割合
病院	67	0.8%
①うち)重点医療機関	39	2.9%
②うち)協力医療機関	6	0.6%
③うち)重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関	7	—
④①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のア～エ※3のいずれかに該当	14	—
⑤①～④のいずれにも該当しない	1	—
診療所	2	0.002%
歯科診療所	1	0.001%
薬局	156	0.26%
訪問看護ステーション	2	0.02%

※1 ①及び②の重複の場合は、①として計上。

※2 ②及び③の重複の場合は、②として計上。

※3 ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

ただし、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき

区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。な

お、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

<医療機関等から報告のあったもの>

	区分	施設基準項目				
		項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値	
病院	入院料等	A200	総合入院体制加算	分娩件数 100件/年以上	1	65件
		A207	急性期看護補助体制加算	年間救急入院患者数に係る実績	1	177件
		A207-2	医師事務作業補助体制加算 1 (20:1,25:1)	年間救急入院患者数に係る実績	2	171~177件
		A207-3	急性期看護補助体制加算 (25:1急性期看護補助体制加算 (看護補助者50%以上)) 夜間30:1急性期看護補助体制加算	年間救急入院患者数に係る実績	1	177件
		A221	重傷者等療養環境特別加算			
		A230-2	精神科地域移行実施加算	退院に係る実績 5%以上	6	0%~1.7%
		A237	ハイリスク分娩管理加算	分娩実施件数 120件以上	1	109件
		A246	入退院支援加算 1	過去 1 年間の介護支援等連携指導料回数	3	25~50回
		A252	地域医療体制確保加算	救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターの搬送件数年間2,000件以上	1 5	1,229~1,988件
	医学管理等	B001 B001-3-2	腎代替療法指導管理料 腎代替療法実績加算	腎移植の手続き患者 3人以上	5	1~2人
		B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	胸腺関連疾患にかかる手術を年間 5 例以上	1	3件
		B001-3-2	ニコチン依存症管理料	治療の平均継続回数	1	1件
	検査	D236-2	光トポグラフィー	施設共同利用率20%以上	1	11%
	リハビリテーション	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	リンパ浮腫指導管理料の算定回数50回以上	1	20件
	処置	J通則 5	処置の休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1	予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配置実績 年間12日以内	1	26日
		J038	人工腎臓 (導入期加算 2)	腎移植に向けた手続きを行った患者 3人以上	3	0~2人

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

	区分	施設基準項目				
		項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値	
病院	手術	K通則12	手術の休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1	予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配置実績 年間12日以内	1	26日
		K259	角膜移植術（内皮移植加算）	角膜移植術 年間 5 例以上	2	3件
		K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	乳腺悪性腫瘍手術 年間20例以上	1	19件
		K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	胸腺関連疾患にかかる手術 年間5例以上	1	3件
		K554	胸腔鏡下弁形成術	心臓弁膜症手術 年間30例以上	1	18件
		K555	胸腔鏡下弁置換術	心臓弁膜症手術 年間30例以上	1	18件
		K654-4	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	胃悪性腫瘍手術 年間40例以上	1	29～33件
		K655-2	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	39～41件
		K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	39～41件
		K656-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	腹腔鏡を使用した胃の手術 年間20例以上	1	9件
		K657-2	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	39～41件
		K695-2	腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）	肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術 年間10例以上	5	5～9件
		K703-2	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術	臍臓に係る手術 年間50例以上	2	30～48件
		K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	粘膜下層剥離術 年間20件以上	3	11～15件
		K780	生体腎移植術	腎尿路系手術 年間10例以上	1	2件
		K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	膀胱悪性腫瘍手術 年間10以上	1	6件
		K843-4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	前立腺悪性腫瘍手術等に係る手術 年間20例以上	1	19件
		K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）	子宮悪性腫瘍手術等の手術 年間20例以上	1	13件

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

		区分	施設基準項目			
			項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値
病院	手術	K920-2	輸血管理料Ⅰ（輸血適正使用加算）	FFP/MAP比 0.54未満	2	0.55~0.61
			※FFP 新鮮凍結血漿 ※MAP 赤血球濃厚液	アルビミン製剤/赤血球製剤比2未満	1	2.31
		輸血管理料Ⅱ（輸血適正使用加算）	FFP/MAP比 0.27未満	4	0.3~0.54	
			※FFP 新鮮凍結血漿 ※MAP 赤血球濃厚液	アルビミン製剤/赤血球製剤比2未満	-	-
	放射線治療	M001・2	高エネルギー放射線治療	高エネルギー放射線治療 年間100例以上	2	50~83件
		M001・2注2	1回線量増加加算	高エネルギー放射線治療 年間100例以上	1	23件

		区分	施設基準項目			
			項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値
診療所	在宅	C001	在宅療養実績加算 1	在宅における看取りの実績 年間4件以上	1	3件
		C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の注15に規定する訪問看護・指導体制充実加算	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数 25回以上	1	0件
				在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算の算定回数 4回以上	1	0件

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

		区分	施設基準項目			
			項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値
歯科診療所	医学管理等	B000-4	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	フッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数 10回以上	1	9件
				歯科訪問診療の回数 5回以上	1	0件
				居宅療養管理指導を提供した実績	1	0件
				歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績	1	0件

	区分	施設基準項目			
		項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値
薬局	調剤基本料 1	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）	3	0~9件
			在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）	34	0~9件
		地域支援体制加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）	71	0~11件
			服薬情報等提供料等の算定実績（12回以上）	6	0~6件
	調剤基本料 2	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）	1	0
	調剤基本料 3 イ	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）	4	0~8件
	調剤基本料 3 口	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）	9	2~9件
			28	6~9件	

	区分	施設基準項目			
		項目	施設基準	報告のあった施設基準数	実績値
訪問看護ステーション	訪問看護療養費	機能強化型訪問看護管理療養費 1	ターミナルケア件数 前年度20件以上	1	9件
		機能強化型訪問看護管理療養費 2	ターミナルケア件数 前年度10件以上、（15歳未満の超重症児・準超重症児の利用者数 常時3人以上）	1	7件（3人）

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

<医療機関等から報告のあったもの>

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協 力医療機関ではな いが、コロナ患者 受入病床を割り当 てられた医療機関 ③	①～③のい ずれにも該当し ないが、8/31 事務連絡のア ～エのいずれ かに該当 ④	①～④ のいずれにも 該当し ない ⑤
A200	総合入院体制加算	分娩件数 100件/年以上	1	－	－	－	－
A207	急性期看護補助体制加算	年間救急入院患者数に係る実績	－	1	－	－	－
A207-2	医師事務作業補助体制加算1（20:1,25:1）	年間救急入院患者数に係る実績	－	1	－	1	－
A207-3	急性期看護補助体制加算（25:1急性期看護 補助体制加算（看護補助者50%以上））夜 間30:1急性期看護補助体制加算	年間救急入院患者数に係る実績	－	－	－	1	－
A221	重傷者等療養環境特別加算		－	－	－	1	－
A230-2	精神科地域移行実施加算	退院に係る実績 5%以上	1	－	2	2	1
A237	ハイリスク分娩管理加算	分娩実施件数 120件以上	1	－	－	－	－
A246	入退院支援加算1	過去1年間の介護支援等連携指導料回数	3	－	－	－	－
A252	地域医療体制確保加算	救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターの搬 送件数年間2,000件以上	9	3	－	3	－
B001 B001-3-2	腎代替療法指導管理料 腎代替療法実績加算	腎移植の手続き患者3人以上	3	－	－	2	－
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	胸腺関連疾患にかかる手術を年間5例以上	－	－	－	1	－
B001-3-2	ニコチン依存症管理料	治療の平均継続回数	1	－	－	－	－
D236-2	光トポグラフィー	施設共同利用率20%以上	－	－	1	－	－
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	リンパ浮腫指導管理料の算定回数50回以上	1	－	－	－	－
J通則5	処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する 配置実績 年間12日以内	3	－	－	－	－
J038	人工腎臓（導入期加算2）	腎移植に向けた手続きを行った患者 3人以上	3	－	－	－	－

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関①	協力医療機関②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当④	①～④のいずれにも該当しない⑤
K通則12	手術の休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1	予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配置実績 年間12日以内	3	—	—	—	—
K259	角膜移植術（内皮移植加算）	角膜移植術 年間5例以上	1	—	—	1	—
K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	乳腺悪性腫瘍手術 年間20例以上	—	—	—	1	—
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胸腺関連疾患にかかる手術 年間5例以上	1	—	—	—	—
K554	胸腔鏡下弁形成術	心臓弁膜症手術 年間30例以上	1	—	—	—	—
K555	胸腔鏡下弁置換術	心臓弁膜症手術 年間30例以上	1	—	—	—	—
K654-4	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	胃悪性腫瘍手術 年間40例以上	1	—	—	—	—
K655-2	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	—	—	—	—
K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	—	—	—	—
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	腹腔鏡を使用した胃の手術 年間20例以上	—	—	—	1	—
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	胃切除術等の手術 年間50例以上	3	—	—	—	—
K695-2	腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）	肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術 年間10例以上	2	1	—	—	—
K703-2	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	膵臓に係る手術 年間50例以上	1	—	1	—	—
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	粘膜下層剥離術 年間20件以上	2	1	—	—	—
K780	生体腎移植術	腎尿路系手術 年間10例以上	—	—	—	1	—
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	膀胱悪性腫瘍手術 年間10以上	1	—	—	—	—
K843-4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	前立腺悪性腫瘍手術等に係る手術 年間20例以上	1	—	—	—	—
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）	子宮悪性腫瘍手術等の手術 年間20例以上	1	—	—	—	—

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関 ①	協力医療機関②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
K920-2	輸血管理料Ⅰ（輸血適正使用加算）	FFP/MAP比 0.54未満	2	－	－	－	－
	※FFP 新鮮凍結血漿 ※MAP 赤血球濃厚液	アルビミン製剤/赤血球製剤比2未満	1	－	－	－	－
	輸血管理料Ⅱ（輸血適正使用加算）	FFP/MAP比 0.27未満	－	－	2	1	－
	※FFP 新鮮凍結血漿 ※MAP 赤血球濃厚液	アルビミン製剤/赤血球製剤比2未満	1	－	－	－	－
M001・2	高エネルギー放射線治療	高エネルギー放射線治療 年間100例以上	－	－	2	－	－
M001・2注2	1回線量増加加算	高エネルギー放射線治療 年間100例以上	1	－	－	－	－

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関 ①	協力医療機関②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
C001	在宅療養実績加算 1	在宅における看取りの実績 年間4件以上	－	－	－	1	－
C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の注15に規定する訪問看護・指導体制充実加算	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数25回以上	－	－	－	－	1
		在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算の算定回数 4回以上	－	－	－	－	1

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
B000-4	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	フッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエンメル質初期う蝕管理加算の算定回数 10回以上	-	-	-	-	1
		歯科訪問診療の回数 5回以上	-	-	-	-	1
		居宅療養管理指導を提供した実績	-	-	-	-	1
		歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定実績	-	-	-	-	1

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準	重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
調剤基本料 1	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (12回以上)	-	-	-	-	3
		在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (10回以上)	-	-	-	1	33
	地域支援体制加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (12回以上)	-	-	-	5	66
		服薬情報等提供料等の算定実績 (12回以上)	-	-	-	1	5
		在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (10回以上)	-	-	-	-	1
調剤基本料 2	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (10回以上)	-	-	-	-	4
調剤基本料 3イ	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (10回以上)	-	-	-	1	8
調剤基本料 3ロ	在宅患者調剤加算	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (10回以上)	-	-	-	4	24

年間の診療実績を求める施設基準に係る保険医療機関等からの報告について

区分	施設基準項目						
	項目	施設基準要件	重点医療機関 ①	協力医療機関 ②	重点医療機関、協力医療機関ではないが、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関 ③	①～③のいずれにも該当しないが、8/31事務連絡のA～Eのいずれかに該当 ④	①～④のいずれにも該当しない ⑤
訪問看護療養費	機能強化型訪問看護管理療養費 1	ターミナルケア件数 前年度20件以上	－	－	－	－	1
	機能強化型訪問看護管理療養費 2	ターミナルケア件数 前年度10件以上、 (15歳未満の超重症児・準超重症児の利用者数 常時3人以上)	－	－	－	1	－

4 経過措置等の取扱いについて(まとめ)

経過措置の取扱いについて（まとめ）

- 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置については、基準を満たすものとする取扱いについて、令和3年9月30日まで延長している。
- これは、コロナによる影響について、令和3年3月時点で得られていた重症度、医療・看護必要度等の分布を見ても、コロナ対応等の違いのみで分布の違いを説明しきれぬわけではなく、コロナ補正を講じた場合であっても一斉の新基準適用は医療提供体制に大きな影響を与える可能性があること、医療機関単位や地域単位での影響を把握することが困難であったこと等を踏まえ、経過措置を延長することとしたものであった。

1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等

令和3年3月31日まで、経過措置適用中

本来

令和3年4月1日より令和2年の実績を適用し、判定

基準を満たすものとする取扱いについて、**令和3年9月30日まで延長**

- 全体として、今回の経過措置に係る特例措置の対象となる医療機関は、一部に留まっていた。
- その中で、コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関においては、コロナ患者受入病床を割り当てられていない医療機関と比較すると、各種の診療への影響を直接的に受けていると言える。



コロナ患者受入の重点医療機関、協力医療機関及びコロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関においては、**令和4年3月31日まで経過措置を延長**することとしてはどうか。

年間の診療実績を求める施設基準に係る取扱いについて（まとめ）

- 年間の診療実績を求める施設基準について、前年の診療実績もしくは直近1年間の実績を用いて当該施設基準要件を満たすかどうか判断するが、当該実績を用いて実績要件を満たせない場合について、診療報酬上の臨時的な取扱いとして、令和元年（元年度）の実績を用いてもよいこととしている。
- これは、コロナによる影響について、医療機関単位や地域単位での影響を把握することが困難であったこと等を踏まえ、コロナ患者受入のための重点医療機関、協力医療機関及びコロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関等については、令和4年3月31日まで特例措置を利用することができることとされている一方、それ以外の医療機関については、令和3年9月30日まで、特例措置を用いることができることとしたものであった。

2. 施設基準等において年間実績を使用

- 例) ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）

令和3年3月31日まで、令和元年の実績値で判定中

本来

令和3年4月1日より令和2年の実績を適用し、判定

令和3年9月30日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

※ただし、コロナ病床を割り当てられている医療機関においては、令和4年3月31日までとする。



- 全体として、今回の年間実績に係る特例措置の対象となる医療機関は、僅少であった。



これまでの取扱いのとおり、コロナ患者受入の重点医療機関、協力医療機関及びコロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関においては、令和4年3月31日まで特例措置を利用できることとし、その他の医療機関に係る取扱いについては、令和3年9月末をもって終了することとしてはどうか。

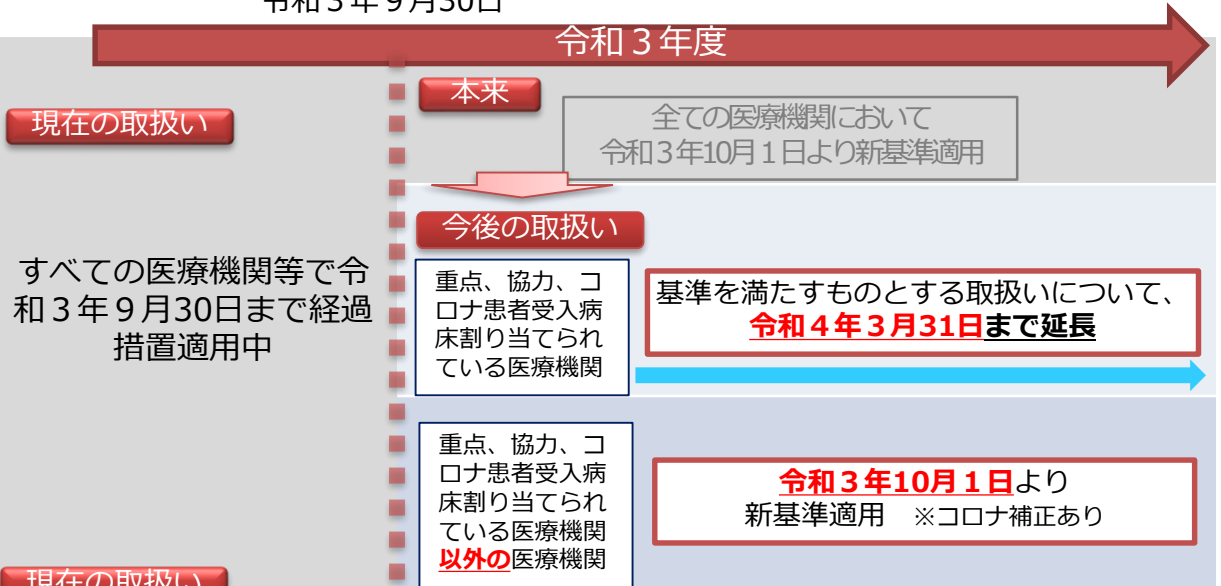
経過措置等の取扱いについて（まとめ）

○ 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを以下のとおりとしてはどうか。

令和3年9月30日

1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



現在の取扱い

重点、協力、コロナ患者受入病床割り当てられている医療機関

令和4年3月31日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

2. 施設基準等において年間実績を使用

例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）

現在の取扱い

重点、協力、コロナ患者受入病床割り当てられている医療機関
以外の医療機関

本来

令和3年10月1日より特例廃止

今後の取扱い

令和3年10月1日より、特例は終了し、令和2年実績を使用して判定 ※コロナ補正あり

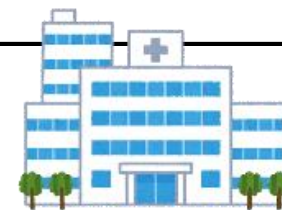
令和3年9月30日まで令和元年（平成31年）の実績値で判定可

(参考)

令和2年度診療報酬改定時の基準について

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



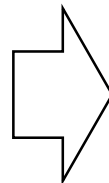
評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「**B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上**」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を**注射剤に限る**
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の**手術及び検査を追加**
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ **救急患者の評価を充実**
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価

	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%



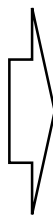
	見直し後 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定)	28%	23%
7対1入院基本料(専門)	28%	23%
看護必要度加算1 (特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2 (特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3 (特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28% (26%)※1	26% (24%)※1
急性期一般入院料3	25% (23%)※2	23% (21%)※2
急性期一般入院料4	22% (20%)※3	20% (18%)※3
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	—	28%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1 (特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2 (特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3 (特定、専門)	18%	15%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

（カッコ内は許可病床数
200床未満の経過措置）

【経過措置】

＜全体＞
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和2年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

＜急性期一般入院料4＞
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年3月31日まで**
基準を満たしているものとする。

＜200床未満＞
許可病床数200床未満の病院
⇒ **令和4年3月31日まで**
割合の基準値を緩和する。
(※1～3)

※1
現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
※2
現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
※3
現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

入退院支援に係る人員配置の見直し

入退院支援加算3の配置要件の見直し

- より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行うことができるよう、入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現行

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



改定後

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

- 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門の職員を非常勤職員でも可能とする。

改定後

【入退院支援加算、入院時支援加算】

[施設基準]

(入退院支援部門について)当該専従の看護師(社会福祉士)については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師(社会福祉士)(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師(社会福祉士)と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師(社会福祉士)が配置されている場合には、基準を満たしているとみなすことができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

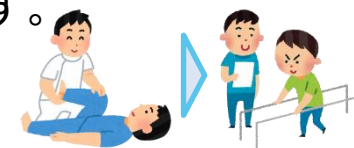
*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

実績要件の見直し

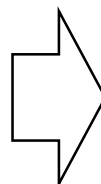
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。

1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。

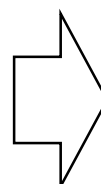
管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
□ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割 5分 以上(10床未満の病室は3月 6人 以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人 以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 30回 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数/ 同一敷地内の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間) 100回以上/500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) 60回 以上
		併設 の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) 300回 以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月) 10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で 介護サービスを提供していること	併設 の事業所が介護サービスの 提供実績を有していること
	—	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 の算定回数(3月) 30回以上
	—	退院時共同指導料2 の算定回数(3月) 6回以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること