

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
(平成30年3月5日保医発0305第2号)

第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、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、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及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成30年厚生労働省告示第43号)による改正前の診療報酬の算定方法(以下「旧算定方法」という。)別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料(一般病棟の場合に限る。)及び専門病棟入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群(7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。)ごときによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注12に規定する機能強化加算については、実績を要しない。なお、特に規定するもの他、単なる名称変更、移転等が実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

第4 経過措置等

1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降に届出において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
初診料の注12に掲げる機能強化加算
初診料(歯科)の注1に掲げる施設基準(平成30年10月1日以降に算定する場合に限る。)

オンライントータル診療料

一般病棟入院基本料(地域一般入院料1に限る。)

結核病棟入院基本料(注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料

療養病棟入院基本料(療養病棟入院料2、注11及び注12に規定する届出に限る。)

療養病棟入院基本料の注11に規定する届出(平成30年3月31日において、現に旧算定方法別添

1に掲げる療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料の注12に規定する届出(平成30年3月31日において、現に旧算定方法別添1に掲げる療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算

(略)

特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

回復期リハビリテーション病棟入院料1号

回復期リハビリテーション病棟入院料3号

回復期リハビリテーション病棟入院料6号

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料等表を除く。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料4から7までに限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届けている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料(当該入院料の施設基準における「適切な看取り」に対する指針を定めていること。)(注12に掲げられている保険医療機関を除く。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

(略)

回復期リハビリテーション病棟入院料(データ提出加算の届出を既に届けている保険医療機関を除く。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

地域包括ケア診療料(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

緩和ケア病棟入院料1(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定一般病棟入院料の注7(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を

算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

地域包括診療加算	→	地域包括診療加算2
一般病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)	→	急性期一般入院基本料7
一般病棟入院基本料(13対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院基本料2

一般病棟入院基本料 (15対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院基本料3
看護職員夜間16対1配置加算	→	看護職員夜間16対1配置加算1
退院支援加算	→	入院支援加算
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
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4
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6
地域包括ケア病棟入院料1及び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及び地域包括ケア入院医療管理料2
地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2	→	地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4

4 平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料1の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料の注11に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟については、同年9月30日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料1、療養病棟入院料1、療養病棟入院料の注11又は療養病棟入院基本料の注12の基準を満たしているものとみなす。

別添1

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

2 届出に関する事項

- (2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、1年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合には、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと。新規開設時届出を行う場合は、当該届出に係る実績を要しない。この場合において、届出を行った次年度の4月1日において、届出の要する報告を行ったものとみなす。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8中による届け出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

2 届出に関する事項

- (1) 歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故に対する対策・対応対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付す

ること。
 (2) 当該施設基準の届出を行うにあたっては、実績を要しない。

別添2

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

- 4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料 (地域一般入院料1に限る。)に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。
- (1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (精神病棟を除く。))及び専門病院入院基本料、10対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))、専門病院入院基本料)及び地域一般入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (急性期一般入院料1・II (急性期一般入院料7、10対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))、専門病院入院基本料)及び地域一般入院料1)にあつてはIに限る。))に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料2又は3については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行うこと。ただし、平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の保険医療機関であつて旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料届出を行っている病棟にあつては、平成32年3月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価することも差し支えないこと。

4の7 地域一般入院料I・II (急性期一般入院料7、10対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料) (地域一般入院料I (急性期一般入院料I)及び13対1入院基本料 (専門病院入院基本料に限る。))を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はII (13対1入院基本料 (専門病院入院基本料に限る。))にあつてはIに限る。))に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)を算定する病棟については、評価の結果、4の2 (2) 別添1のいずれか

別表4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度II
看護必要度加算1	2割7分	2割2分
看護必要度加算2	2割1分	1割7分
看護必要度加算3	1割5分	1割2分

- (3) 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算及び障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算を届け出る場合は、別添7の様式9、様式18の3及び様式18の3を用い、当該加算に係る看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、毎年7月において、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について、別添7の様式18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の7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式18の3の届出を略すことができること。なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。

(6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な看護取りに対する指針」の届出については、別添7の様式5の6を用いること。

別添3

第4の3 急性期看護補助体制加算

- (9) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制については、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を出し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、当該基準を満たすものであること。

第4の4 看護職員夜間1配置加算

1 看護職員夜間1配置加算1の施設基準

- (7) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第4の3の(9)の例による。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定するものとして届け出た病床（地域一般入院科1若しくは地域一般入院科2を算定する病床又は18対1入院基本料を算定する病床に限る。）に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡ

- (6) 看護必要度加算の経過措置について、平成30年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものにあつては、平成30年9月30日まではそれぞれ平成30年度改定後の急性期一般入院科4、5若しくは6又は看護必要度加算1、2若しくは3（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料）の基準を満たすものとするものであること。

4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な看護取りに対する指針」について

「適切な看護取りに対する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看護取りに対する指針を定めていることをいう。

10 療養病棟入院基本料の注11の規定により入院料を算定する病床については、次の点に留意する。
療養病棟入院基本料の注1に規定する病床以外の病床であつて、療養病棟入院科2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病床において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病床の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること若しくは当該病床において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病床の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病床に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること）のみを満たさなかった場合（いずれも満たさなかった場合を含む。）に、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病床に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病床において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病床の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「当該病床において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病床の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たさなかった場合については、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病床であることに加え、当該病床において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病床の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病床において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病床の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

12 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算の施設基準

- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年4月1日現在当該施設に係る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、当該基準を満たしているものであること。

第5 入院基本料の届出に関する事項

1 病棟の入院基本料の施設基準に係る届出について

IIのいずれれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

(4) 看護職員の見担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、附録第4章の34の(9)の例による。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算1及び2の施設基準

(1) 区分番号「A207」診療管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料の届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の届出を行う保険医療機関

(2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

別添4

第11 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及び2の施設基準

(2) (1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であつて、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

実績指数が37以上であること。

(3) (2)のア又はイのいずれれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のア及びイについては、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれれも満たす場合からア又はイのいずれれかを満たさなくなつた場合及び、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）にア及びイのいずれれも満たすようになつた場合には、その都度同様に報告する。

(9) 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場合^アは、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出算定したリハビリテーション実績指数が37以上であること。

(10) データ提出加算の届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、平成30年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る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（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31日）までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものであること。

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

(2) (1)に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であつて、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないこととする。

ア 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出算定したリハビリテーション実績指数が37以上であること。

(3) (2)のア又はイのいずれれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のア及びイについては、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれれも満たす場合からア又はイのいずれれかを満たさなくなつた場合及び、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）にア及びイのいずれれも満たすようになつた場合には、その都度同様に報告する。

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料3又は5を算定しようとする場合^アは、届出を

12 地域包括ケア病棟入院料の「注7」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、夜間を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。なお、看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院料を届け出る看護病棟においてのみ算定できるものとすること。
- (2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票の患者の状況等の項目（B項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」）に該当する患者の割合が、3割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示44号）の別表第二の二三に該当する患者は対象から除外する。

- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制については、平成30年8月8日現在当該加算に係る届出を行って居る保険医療機関については、平成30年8月8日までの間に報告し、当該基準を満たすものとすること。

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、10、20、50から50の3までを用いること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、1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」及び「注7」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者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の評価のため、毎年7月において別添7の様式13の3当該様式を届け出ること。この場合において、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。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ことができ、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出ること。また、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

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。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)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って、許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関又は平成30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って、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている療養の病棟を維持することができる。

第15 精神科救急入院料

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜間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16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出る看護病棟においてのみ算定できるものとすること。
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制については、平成30年8月8日現在当該加算に係る届出を行って居る保険医療機関については、平成30年8月8日までの間に報告し、当該基準を満たすものとすること。

5 届出に関する事項

(1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式54を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9様式、13の3及び「特種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」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要があること。ただし、当該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ことができること。なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜間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16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出る看護病棟においてのみ算定できるものとすること。
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制につい

ては、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を旨とする体制については、平成30年8月31日において既に当該加算に係る届出を行っていない保険医療機関については、平成31年8月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。

3 届出に関する事項

精神科救急・合併入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定位医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式55を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「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」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該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ことができると。なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第19 認知症治療病棟入院料

2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び「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」の別添2の様式48を用いること。なお、認知症夜間対応加算の様式48に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等

ツ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。