

基本診療料

R2.4.6現在

	項目	経過措置内容	届出直し	期限	該当通知等
1	初診料の注2 外来診療料の注2	令和2年9月30日までの間における区分番号A0000の注2及びA0002の注2の適用については、A0000の注2中「地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出し、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）」と、A0002の注2中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）」とあるのは「病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。	-	-	点 p 663
2	一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料1~6)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料4については令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木) 令和3年4月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
3	一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料1~6) (許可病床数400床以上)	令和2年3月31日において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が400床以上の保険医療機関に限る。）については、同年9月30日までの間に限り、第5の2の（1）イの③の5に該当するものとみなす。 【許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1から6までに係る。）に係る届出を行っている病棟については、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】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p727
4	一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料1~4) (許可病床数200床未満)	令和2年3月31日において現に急性期一般入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）であって、第5の2の（1）イの③又は第5の2の（1）イの④の届出を行うものについては、令和4年3月31日までの間に限り、第5の2の（1）イの③の1の（1）「2割8分」とあるのは「2割6分」と、第5の2の（1）イの③の1の（2）「2割6分」とあるのは「2割4分」と、第5の2の（1）イの④の1の（1）「2割5分」とあるのは「2割3分」と、第5の2の（1）イの④の1の（2）「2割3分」とあるのは「2割1分」とする。 【重症度、医療・看護必要度（割合緩和）】	-	-	施告p703-705 施通p727
		令和2年3月31日において現に急性期一般入院料3に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）であって、第5の2の（1）イの④の届出を行うものについては、令和4年3月31日までの間に限り、第5の2の（1）イの④の1の（1）「2割5分」とあるのは「2割3分」と、第5の2の（1）イの④の1の（2）「2割3分」とあるのは「2割1分」とする。 【重症度、医療・看護必要度（割合緩和）】	-	-	施告p703-705
		令和2年3月31日において現に急性期一般入院料4に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）であって、第5の2の（1）イの⑤の届出を行うものについては、令和4年3月31日までの間に限り、第5の2の（1）イの⑤の1中「2割2分」とあるのは「2割」と、第5の2の（1）イの⑤の2中「2割」とあるのは「1割8分」とする。 【重症度、医療・看護必要度（割合緩和）】	-	-	施告p703-705
5	一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料7) (地域一般入院料1)	令和2年3月31日時点で急性期一般入院料7、地域一般入院料1の届出を行っている病棟にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号）の別添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に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p728
6	療養病棟入院基本料	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 ・当該入院料の施設基準における「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。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718

	項目	経過措置内容	届出直し	期限	該当通知等
7	療養病棟入院基本料 (許可病床数200床未満)	令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 ・データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。 ・令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。	○	令和4年4月1日(金)	施告p703-705 施通p717-718
8	療養病棟入院基本料(注11)	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。	-	-	点p663
9	精神病棟入院基本料 (18対1入院基本料及び20対1入院基本料)	区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同意に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。	-	-	点p663
10	結核病棟入院基本料 (7対1入院基本料)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
11	特定機能病院入院基本料 (一般病棟、7対1入院基本料)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
12	特定機能病院入院基本料 (結核病棟、7対1入院基本料) (一般病棟、10対1入院基本料)	令和2年3月31日時点で特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（結核病棟に限る。）若しくは10対1入院基本料（一般病棟に限る。）の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号）の別添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に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p728
13	特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
14	専門病院入院基本料	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
15	専門病院入院基本料 (10対1入院基本料)	令和2年3月31日時点で専門病院入院基本料の10対1入院基本料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号）の別添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に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p728
16	専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
17	総合入院体制加算	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出においては令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和3年7月以降の届出においては、令和2年度改定後の基準で届け出ること。【定例報告】	-	-	施通p742
18	救急医療管理加算	令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 令和2年度診療報酬改定に伴い施設基準に係る届出が必要。※施設基準は従来と変更なし	○	令和2年4月20日(月)	施通p717-718
19	医師事務作業補助体制加算	許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く。	○	令和2年4月20日(月)	令和2年度診療報酬改定 関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について (令和2年3月31日)
20	急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料7) (10対1入院基本料)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718

	項目	経過措置内容	届出直し	期限	該当通知等
21	看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料7) (10対1入院基本料)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度(割合変更)】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
22	看護補助加算1	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る(地域一般入院料1、地域一般入院料2又は13対1入院基本料に限る)。 【重症度、医療・看護必要度(割合変更)】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
23	抗菌薬適正使用支援加算 (感染防止対策加算の注3)	院内研修及びマニュアルには、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。なお、令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30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。	-	-	施通p763
24	データ提出加算	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。	○	令和4年4月1日(金)	施通p729
		令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満(令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。)であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。	-	-	施通p729 施通p768
25	入退院支援加算3	「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」の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。	○	令和3年4月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
26	認知症ケア加算3	令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」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A247に掲げる認知症ケア加算2に係る届出を行っている保険医療機関にあって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【認知症ケア加算3の新設による届出直し】	○	令和2年4月20日(月)	施通p717-718
27	精神科急性期医師配置加算2のイ及びロ	令和2年3月31日において、現に旧選定算定方法別表第一区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関にあって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【精神科急性期医師配置加算1、精神科急性期医師配置加算3の新設による届出直し】	○	令和2年4月20日(月)	施通p717-718
28	救命救急入院料	令和2年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号)の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p778
29	特定集中治療室管理料	令和2年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号)の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p780
30	ハイケアユニット入院医療管理料	令和2年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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日保医発第0305第2号)の別添6の別紙18のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p781
31	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	令和2年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、旧医科点数表の別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	-	-	施通p781
32	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日において現に小児入院医療管理料5を届け出ている病棟(特定機能病院に限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、第9の9の(6)ニに該当するものとみなす。 【特定機能病院以外の病院であること】	-	-	施告p703-705
33	回復期リハビリテーション病棟入院料1	令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【管理栄養士の配置に係る規定に限る】	○	令和3年4月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718

	項目	経過措置内容	届出直し	期限	該当通知等
34	回復期リハビリテーション病棟入院料 1,3	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
35	回復期リハビリテーション病棟入院料 (許可病床数200床未満)	令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 ・許可病床数が200床未満の医療機関に限る。 ・データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。 令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）	○	令和4年4月1日(金)	施告p703-705 施通p717-718
36	回復期リハビリテーション病棟入院料 (特定機能病院)	令和2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を届け出ている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和4年3月31日までの間に限り、第9の10の（1）又該当するものとみなす。 【特定機能病院以外の病院であること】	-	-	施告p703-705
37	地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理料	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】 【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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
		令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る】	○	令和3年4月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
38	地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理料 (入院料1,3、管理料1,3)	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【診療実績に係る要件（割合、件数変更）】 ・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○割以上であること。 ・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○人以上であること。 ・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）前3月間において○回以上算定している保険医療機関であること。 ・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○回以上算定している保険医療機関であること。	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
39	地域包括ケア病棟入院料 (許可病床数400床以上)	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を届け出られないこととする。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。	-	-	施通p791
		令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【当該病棟における入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
40	特定一般病棟入院料の注7	令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。 【重症度、医療・看護必要度（割合変更）】 【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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に関する指針】 【診療実績に係る要件（割合、件数変更）】	○	令和2年10月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
41	特定一般病棟入院料の注7	令和3年4月1日移行に引き続き算定する場合に限る。 【入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る】	○	令和3年4月1日(木)	施告p703-705 施通p717-718
42	地域移行機能強化病棟入院料	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。 【届出時の病床稼働率に係る係数、地域移行に係る実績係数の変更】	-	-	施通p803

※保険医療機関において、該当の施設基準の告示及び通知等を必ずご確認ください。

※上記内容は訂正が行われる可能性がありますので、今後の訂正通知等を必ずご確認ください。