

事 務 連 絡
令和 7 年 8 月 7 日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

主に歯科の入院患者を受け入れる病棟の重症度、医療・看護必要度の
取扱い及び審査支払機関への情報提供等の対応について

一般病棟等における重症度、医療・看護必要度（以下「必要度」という。）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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号厚生労働省保険局医療課長通知）により、その取扱いをお示ししてきたところ。

今般、主に歯科の入院患者を受け入れる病棟における必要度の取扱いについて、「主に歯科の入院患者を受け入れる病棟の重症度、医療・看護必要度の取扱いについて」（令和 7 年 8 月 7 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）により、「評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が 8 割以上の病棟における必要度の評価方法については、必要度Ⅰを用いて評価を行って差し支えない。なお、評価の結果が引き続き当該施設基準を満たすとともに、令和 7 年 9 月 1 日までに届出を受理した場合は、令和 6 年 6 月 1 日に遡って算定できるものとする。」とされたことを踏まえ、保険医療機関等からの施設基準の届出及び審査支払機関への施設基準の情報提供等に係る対応を下記のとおりとしたので、その取扱いについて遺漏なきよう御対応をお願いするとともに、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 地方厚生（支）局における審査支払機関への施設基準の情報提供等に関する事項

- (1) 令和 7 年 9 月 1 日（月）までに受理した一般病棟等における必要度が施設基準の要件となっている入院基本料等の届出については、令和 7 年 10 月請求に間に合うよう、審査支払機関へ情報提供を行うこと。
- (2) 審査支払機関から施設基準に関する照会があった場合は速やかに対応すること。
- (3) (1) の期日等については、地方厚生（支）局と審査支払機関において、必要に応じ、地域の実情を踏まえた調整を行うこと。

事 務 連 絡
令和 7 年 8 月 7 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

主に歯科の入院患者を受け入れる病棟の重症度、医療・看護必要度の取扱いについて

一般病棟等における重症度、医療・看護必要度（以下「必要度」という。）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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号厚生労働省保険局医療課長通知）により、その取扱いをお示ししてきたところであるが、令和 6 年度診療報酬改定において、正当な理由がない場合は必要度Ⅱにより評価を行うこととされ、正当な理由については、「電子カルテシステムを導入していない場合が該当する」とされたところ、必要度Ⅱの評価にあたっては、歯科の入院患者を除くこととされているため、主に歯科の入院患者を受け入れる病棟においては、正しく評価を行うことが困難となっていたため、当該病棟における必要度の評価については、下記の取扱いとするので、貴管下の医療機関及び審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

記

評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が 8 割以上の病棟における必要度の評価方法については、必要度Ⅰを用いて評価を行って差し支えない。なお、評価の結果が引き続き当該施設基準を満たすとともに、令和 7 年 9 月 1 日までに届出を受理した場合は、令和 6 年 6 月 1 日に遡って算定できるものとする。

【重症度、医療・看護必要度】

問 1 令和 6 年 3 月 31 日において現に急性期一般入院料 1 に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関の病棟に限る。）又は急性期一般入院料 2 若しくは 3 に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床以上 400 床未満の保険医療機関の病棟に限る。）については、同年 9 月 30 日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度について経過措置が設けられているが、本事務連絡の取扱いにかかる届出はいつから対象となるのか。

（答）令和 6 年 10 月 1 日以降に算定する入院料にかかる届出から対象となる。

問 2 令和 6 年 4 月 1 日以降に、新たに重症度、医療・看護必要度が施設基準の要件となっている入院基本料等を算定している医療機関については、本事務連絡の取扱いはいつから対象となるのか。

（答）令和 6 年 6 月 1 日から対象となる。

問 3 令和 6 年 4 月 1 日以降に、新たに重症度、医療・看護必要度が施設基準の要件となっている入院基本料等を算定している医療機関については、令和 6 年 6 月 1 日から当該入院基本料等の算定を行う場合は、令和 7 年 9 月 1 日までに当該入院基本料等の届出を行う必要があるのか。

（答）そのとおり。

問 4 本事務連絡の取扱いにより、当該入院料等を算定する場合の届出はどのように行えばよいか。

（答）「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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号厚生労働省保険局医療課長通知）の別添 7 及び届出を行う施設基準に応じた様式を添付するとともに以下を記載すること。

- ・ 本事務連絡の対象となること
- ・ 届出にかかる入院料等の算定を開始する年月日

問 5 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）及び地域一般入院料 1 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床に入院している全ての患者の状態を、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行うことされているが、本事務連絡における「評価を行う入院患者のうち、歯科の入院患者の割合が 8 割以上の病棟」はどのように判断するのか。

（答）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であって、評価を行う入院患者のうち、歯科の患者の割合が 8 割以上となる場合は、本事務連絡の対象となる。

問 6 本事務連絡の取扱いにより、重症度、医療・看護必要度の測定を行った結果、現に届出を行っている入院基本料等に変更がない場合も改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はあるか。

（答）不要。