■診療報酬算定のための

施設基準等の事務手引（令和2年4月版）　追補(4)

令和3年(2021年)11月　社会保険研究所

以下の告示、通知等により、本書の内容に一部訂正、追加情報がありましたので、追補いたします。

○令和３年５月31日　保医発0531第３号 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
○令和３年７月30日　厚生労働省告示第292号　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理に関する告示
○令和３年８月11日　厚生労働省告示第305号　使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示
○令和３年８月31日　厚生労働省告示第325号　療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示
保医発0831第２号 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
○令和３年９月17日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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３年９月21日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて
○令和３年９月24日　厚生労働省保険局医療課事務連絡 「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39）」に係る取扱いについて（再周知）
○令和３年９月30日　厚生労働省告示第359号　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
保医発0930第２号 「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
保医発0930第３号　検査料の点数の取扱いについて

○令和３年６月７日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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48）
○令和３年７月２日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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50）
○令和３年８月26日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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55）
○令和３年８月27日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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56）
○令和３年９月24日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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62）
○令和３年９月28日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　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63）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
基本診療料の施設基準等				
基本診療料等の施設基準等（通則事項）				
22	取扱い通知 第４	下から20行目〔追補(3)で改正〕	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（令和３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（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（令和３年10月１日（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（以下「コロナ病床割り当て医療機関」という。）については、令和４年〔2022年〕４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
22		下から4行目〔追補(3)で改正〕	結核病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	結核病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から2行目〔追補(3)で改正〕	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
23		上から1行目〔追補(3)で改正〕	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３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から3行目〔追補(3)で改正〕	専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から5行目〔追補(3)で改正〕	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３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から7行目〔追補(3)で改正〕	総合入院体制加算（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	総合入院体制加算（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
23		上から9行目〔追補(3)で改正〕	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。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から11行目〔追補(3)で改正〕	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。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。
		上から13行目〔追補(3)で改正〕	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。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から15行目〔追補(3)で改正〕	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10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から18行目〔追補(3)で改正〕	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。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	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。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
23		上から20行目〔追補(3)で改正〕	回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３（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３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３（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３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から15行目〔追補(3)で改正〕	地域包括ケア病棟入院料（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に係る規定（許可病床数400床以上の病院に限る。）及び適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	地域包括ケア病棟入院料（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に係る規定（許可病床数400床以上の病院に限る。）及び適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から13行目〔追補(3)で改正〕	地域包括ケア入院医療管理料（適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	地域包括ケア入院医療管理料（適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から9行目〔追補(3)で改正〕	特定一般病棟入院料の注７（適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３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（適切な意思決定支援に関する指針に係る規定を除く。）（令和３年10月１日（コロナ病床割り当て医療機関については、令和４年４月１日。ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月。）以降に引き続き算定する場合に限る。）
初・再診料				
【1-1】初･再診料の施設基準等				
31	診療報酬	左段下から27行目	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。
【1-3】A000･注4　A001･注2　A002･注4　特定妥結率初診料等				
36	施設基準告示第三･一の二	上から7行目	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
入院基本料				
【6】A100 一般病棟入院基本料				
152	施設基準告示 第十一	上から 7行目 〔追補(3) で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
		上から 16行目 〔追補(3) で改正〕	六　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病棟については、令和３年９月30日までの間に限り、第五の二の(1)のイの⑤に該当するものとみなす。	六　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病棟については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第五の二の(1)のイの⑤に該当するものとみなす。
【8】A102 結核病棟入院基本料				
182	施設基準告示 第十一	〔追補(3) で追加〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
【10】A104 特定機能病院入院料				
194	施設基準告示 第十一	上から 7行目 〔追補(3) で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
【11】A105 専門病院入院基本料				
199	施設基準告示第十一	上から7行目〔追補(3)で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
入院基本料等加算				
【17】A200 総合入院体制加算				
234	施設基準告示第十一	下から3行目〔追補(3)で改正〕	十四　令和２年３月31日において現に総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和３年９月30日までの間に限り、第八の一の(1)のチ、第八の一の(2)のイ（(1)のチに限る。）及び第八の一の(3)のホに該当するものとみなす。	十四　令和２年３月31日において現に総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第八の一の(1)のチ、第八の一の(2)のイ（(1)のチに限る。）及び第八の一の(3)のホに該当するものとみなす。
【25】A207-3 急性期看護補助体制加算				
268	施設基準告示第十一	〔追補(3)で追加〕	十五　令和２年３月31日において現に急性期看護補助体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は10対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間に限り、第八の七の三の(1)のヘ、第八の七の三の(2)（(1)のヘに限る。）、第八の七の三の(3)のロ（(1)のヘに限る。）及び第八の七の三の(4)のロ（(1)のヘに限る。）に該当するものとみなす。	十五　令和２年３月31日において現に急性期看護補助体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は10対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第八の七の三の(1)のヘ、第八の七の三の(2)（(1)のヘに限る。）、第八の七の三の(3)のロ（(1)のヘに限る。）及び第八の七の三の(4)のロ（(1)のヘに限る。）に該当するものとみなす。
【26】A207-4 看護職員夜間配置加算				
277	施設基準告示第十一	〔追補(3)で追加〕	十六　令和２年３月31日において現に看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は10対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間に限り、第八の七の四の(1)のニ、第八の七の四の(2)（(1)のニに限る。）及び第八の七の四の(3)のロ（(1)のニに限る。）に該当するものとみなす。	十六　令和２年３月31日において現に看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は10対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第八の七の四の(1)のニ、第八の七の四の(2)（(1)のニに限る。）及び

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
				第八の七の四の(3)のロ（(1)のニに限る。）に該当するものとみなす。
【31】A214 看護補助加算				
289	施設基準告示第十一	〔追補(3)で追加〕	十七　令和２年３月31日において現に看護補助加算１に係る届出を行っている保険医療機関（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は13対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間に限り、第八の十三の(1)のハに該当するものとみなす。	十七　令和２年３月31日において現に看護補助加算１に係る届出を行っている保険医療機関（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は13対１入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第八の十三の(1)のハに該当するものとみなす。
【65】A246 入退院支援加算				
402	施設基準告示第十一	上から2行目〔追補(3)で改正〕	十八　令和２年３月31日において現に入退院支援加算３に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該保険医療機関に基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和２年厚生労働省告示第58号）による改正前の基本診療料の施設基準等（以下「旧告示」という。）第八の三十五の六の(3)のロの規定により配置されてい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、第八の三十五の六の(3)のロに規定する小児患者の在宅移行に関する研修を受けたものとみなす。	十八　令和２年３月31日において現に入退院支援加算３に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該保険医療機関に基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和２年厚生労働省告示第58号）による改正前の基本診療料の施設基準等（以下「旧告示」という。）第八の三十五の六の(3)のロの規定により配置されている専従の看護師については、令和３年９月30日までの間（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第八の三十五の六の(3)のロに規定する小児患者の在宅移行に関する研修を受けたものとみなす。
特定入院料				
【85】A308 回復期リハビリテーション病棟入院料				
491	施設基準告示第十一	下から8行目〔追補(3)で改正〕	十九　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１に係る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、第九の十の(2)のロに該当するものとみなす。	十九　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１に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第九の十の(2)のロに該当するものとみなす。
		下から6行目〔追補(3)で改正〕	二十　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１又は３に係る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、それぞれ第九の十の(2)のリ又は第九の十の(4)のホに該当するものとみなす。	二十　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１又は３に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、それぞれ第九の十の(2)のリ又は第九の十の(4)のホに該当するものとみなす。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
【86】A308-3 地域包括ケア病棟入院料				
520	施設基準告示 第十一	上から 2行目 〔追補(3)で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
		上から 8行目 〔追補(3)で改正〕	二十二　令和２年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る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、第九の十一の二の(1)のニに該当するものとみなす。	二十二　令和２年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第九の十一の二の(1)のニに該当するものとみなす。
		下から 6行目 〔追補(3)で改正〕	二十五　令和２年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料３若しくは地域包括ケア入院医療管理料３に係る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、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3)のロ、ハ及びニ（(2)のホに限る。）又は第九の十一の二の(6)((2)のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の(7)のイ（(2)のホに限る。）及びロ（(3)のロ及びハに限る。）に該当するものとみなす。	二十五　令和２年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料３若しくは地域包括ケア入院医療管理料３に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3)のロ、ハ及びニ（(2)のホに限る。）又は第九の十一の二の(6)((2)のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の(7)のイ（(2)のホに限る。）及びロ（(3)のロ及びハに限る。）に該当するものとみなす。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
【95】A317 特定一般病棟入院料				
581	施設基準告示 第十一	上から 2行目 〔追補(3) で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。	五　令和２年３月31日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
582		上から 1行目 〔追補(3) で改正〕	二十六　令和２年３月31日において現に特定一般病棟入院料の注７に係る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、第九の十九の(5)のロの③、④及び⑤に該当するものとみなす。	二十六　令和２年３月31日において現に特定一般病棟入院料の注７に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第九の十九の(5)のロの③、④及び⑤に該当するものとみなす。
		上から 3行目 〔追補(2) で訂正〕	二十八　令和２年３月31日において現に特定一般病棟入院料の注７に係る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、第九の十九の(5)のハに該当するものとみなす。 〔追補(3)を追加訂正〕	二十八　令和２年３月31日において現に特定一般病棟入院料の注７に係る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（診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合においては、令和４年３月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。））に限り、第九の十九の(5)のハに該当するものとみなす。
特掲診療料の施設基準等				
在宅医療				
【付12】C101 在宅自己注射指導管理料／C152 間歇注入シリンジポンプ加算／C152-2 持続血糖測定器加算／C153 注入器用注射針加算				
859	施設基準告示 別表第九	右段 下から 1行目 〔追補(3) で改正〕	遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤 ブロスマブ製剤 メポリズマブ製剤	遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤 ブロスマブ製剤 メポリズマブ製剤 オマリズマブ製剤 テデュグルチド製剤 サトラリズマブ製剤
検査				
【61】D006-4 遺伝学的検査				
870	診療報酬	右段 下から 1行目	〔改行して追加〕	(9)　薬事承認を得ている体外診断用医薬品を用いて、アレイCGH法により染色体ゲノムDNAのコピー数変化及びヘテロ接合性の喪失を測定した場合は、本区分の「３」処理が極めて複雑なものを準用して患者１人につき１回に限り算定する。 新 ア　本検査は、12q14欠失症候群、15q13.3欠失症候群、15q24反復性微細欠失症候群、15q26過成長症

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
				候群、16p11.2重複症候群、16p11.2-p12.2欠失症候群、16p11.2-p12.2重複症候群、16p13.11反復性微細欠失症候群、16p13.11反復性微細重複症候群、17q21.31反復性微細欠失症候群、1p36欠失症候群、1q21.1反復性微細欠失症候群、1q21.1反復性微細重複症候群、1q21.1領域血小板減少-橈骨欠損症候群、22q11.2欠失症候群、22q11重複症候群、22q11.2遠位欠失症候群、22q13欠失症候群（フェラン・マクダーミド症候群）、2p15-16.1欠失症候群、2p21欠失症候群、2q33.1欠失症候群、2q37モノソミー、3q29欠失症候群、3q29重複症候群、7q11.23重複症候群、8p23.1微細欠失症候群、8p23.1重複症候群、8q21.11欠失症候群、9q34欠失症候群、アンジェルマン症候群、ATR-16症候群、22qテトラソミー症候群（キャットアイ症候群）、シャルコー・マリー・トゥース病、5p-症候群、遺伝圧脆弱性ニューロパチー、レリー・ワイル症候群、ミラー・ディカー症候群、NF１欠失症候群、ペリツェウス・メルツバッハ病（先天性大脳白質形成不全症）、ポトキ・ルプスキ症候群、ポトキ・シェイファー症候群、プラダー・ウィリ症候群、腎嚢胞－糖尿病症候群、16p12.1反復性微細欠失症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、スミス・マギニス症候群、ソトス症候群、裂手／裂足奇形１、ステロイドスルファターゼ欠損症、WAGR症候群、ウィリアムズ症候群、ウォルフ・ヒルシュホーン症候群、Xp11.22連鎖性知的障害、Xp11.22-p11.23重複症候群、MECP２重複症候群、ベックウィズ・ヴィーデマン症候群、シルバー・ラッセル症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群（鏡－緒方症候群）並びに14番染色体母親性ダイソミーおよび類縁疾患のいずれかを疑う患者に対して実施すること。 イ　本検査を実施する場合は、関連学会が定める指針を遵守し、本検査を実施する医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ 本検査は、区分番号「Ｄ026」検体検査判断料の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関において実施すること。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
手術				
【付26】K594･4･イ 左心耳閉鎖術(開胸手術によるもの)				
1288	診療報酬 留意事項通知	左段 下から 5行目	(1) 「４」の「イ」開胸手術によるものは、開胸的心大血管手術を受ける患者のうち、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と医師が認めたものに対して行われた場合に限り算定する。	(1) 「４」の「イ」開胸手術によるもの又は(5)に掲げる左心耳閉鎖術を胸腔鏡下に実施したものは、開胸的心大血管手術を受ける患者又は区分番号「Ｋ554-2」及び「Ｋ555-3」に掲げる手術を受ける患者のうち、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と医師が認めたものに対して行われた場合に限り算定する。
		右段 上から 2行目	(2) 「４」の「イ」開胸手術によるものは、「K552」、「K552-2」、「K554」、「K555」、「K557」から「K557-3」まで、「K560」及び「Ｋ594」の「３」に掲げる手術（弁置換術については機械弁によるものを除く。）と併せて実施した場合に限り算定でき、当該手術を単独で行った場合は算定できない。	(2) 「４」の「イ」開胸手術によるもの又は(5)に掲げる左心耳閉鎖術を胸腔鏡下に実施したものは、区分番号「K552」、「K552-2」、「K554」、「K554-2」、「K555」、「K555-3」、「K557」から「K557-3」まで、「Ｋ560」及び「Ｋ594」の「３」に掲げる手術（弁置換術については機械弁によるものを除く。）と併せて実施した場合に限り算定でき、当該手術を単独で行った場合は算定できない。
		右段 下から 6行目	(3) 「４」の「イ」開胸手術によるものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	(3) 「４」の「イ」開胸手術によるもの又は(5)に掲げる左心耳閉鎖術を胸腔鏡下に実施したものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (5) 左心耳閉鎖術を胸腔鏡下に実施した場合は、本区分の「４」の「イ」開胸手術によるものの所定点数を準用して算定する。
調剤				
【300-1】調剤00 調剤基本料				
1418	施設基準告示 第十五･三	上から 5行目	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。	卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。

※次の別紙を改正

基本診療料・別紙	
別紙７・別表１	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

頁		改正前		改正後	
Ａ６　輸血や血液製剤の管理					
121	右欄	〔クロスエイトMC静注用2000単位の次に追加〕		622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
				622865100	クロスエイトMC静注用3000単位
122	左欄	621769701	アドベイト静注用250　250国際単位(溶解液付)	〔削除〕	
		621769801	アドベイト静注用500　500国際単位(溶解液付)		
		621769901	アドベイト静注用1000　1,000国際単位(溶解液付)		
		621984102	アドベイト静注用2000　2,000国際単位(溶解液付)		
		622440101	アドベイト静注用1500　1,500国際単位(溶解液付)		
		622623801	アドベイト静注用3000　3,000国際単位(溶解液付)		
	右欄	〔イデルビオン静注用3500の次に追加〕		622595901	エイフスチラ静注用250
				622596001	エイフスチラ静注用500
				622596101	エイフスチラ静注用1000
				622596201	エイフスチラ静注用1500
				622596301	エイフスチラ静注用2000
				622596401	エイフスチラ静注用2500
				622596501	エイフスチラ静注用3000
		〔イスパロクト静注用3000の次に追加〕		629908001	ボンベンディ静注用1300
				622842901	リンスパッド点滴静注用1000mg
				629912801	ヌーイック静注用250
				629912901	ヌーイック静注用500
				629913001	ヌーイック静注用1000
				629913101	ヌーイック静注用2000
				629913201	ヌーイック静注用2500
				629913301	ヌーイック静注用3000
				629913401	ヌーイック静注用4000
Ａ７　専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用　注射剤のみ）					
122	右欄	622388201	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「SN」	〔削除〕	
		622351401	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「サノフィ」		
123	左欄	〔ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「KCC」(追補(2)で訂正)の次に追加〕		622342703	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「日医工P」
		〔ゲムシタビン点滴静注用200mg「日医工」の次に追加〕		621970202	ゲムシタビン点滴静注用200mg「SUN」
		〔ゲムシタビン点滴静注用1g「日医工」の次に追加〕		621970302	ゲムシタビン点滴静注用1g「SUN」
		〔アリムタ注射用100mgの次に追加〕		622857801	ペメトレキセド点滴静注液100mg「NK」
				622860201	ペメトレキセド点滴静注液100mg「サワイ」
				622853001	ペメトレキセド点滴静注液100mg「トーワ」
				622857901	ペメトレキセド点滴静注液500mg「NK」
				622860301	ペメトレキセド点滴静注液500mg「サワイ」
				622853101	ペメトレキセド点滴静注液500mg「トーワ」
				622858001	ペメトレキセド点滴静注液800mg「NK」
				622860401	ペメトレキセド点滴静注液800mg「サワイ」
				622869001	ペメトレキセド点滴静注用500mg「F」
				622858201	ペメトレキセド点滴静注用500mg「NK」
				622860001	ペメトレキセド点滴静注用500mg「サワイ」
				622866901	ペメトレキセド点滴静注用500mg「ニプロ」
				622855601	ペメトレキセド点滴静注用500mg「ヤクルト」
				622868901	ペメトレキセド点滴静注用100mg「F」
				622858101	ペメトレキセド点滴静注用100mg「NK」
				622859901	ペメトレキセド点滴静注用100mg「サワイ」
				622866801	ペメトレキセド点滴静注用100mg「ニプロ」
				622855501	ペメトレキセド点滴静注用100mg「ヤクルト」
				622869101	ペメトレキセド点滴静注用800mg「F」
				622858301	ペメトレキセド点滴静注用800mg「NK」
				622860101	ペメトレキセド点滴静注用800mg「サワイ」

頁		改正前		改正後	
123	右欄	622283101	ドセタキセル点滴静注20mg／1mL「テバ」	〔削除〕	
		622283201	ドセタキセル点滴静注80mg／4mL「テバ」		
124	左欄	622373201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「FFP」		
		622414601	オキサリプラチン点滴静注液200mg「FFP」		
		〔アドセトリス点滴静注用50mgの次に追加〕		629908401	サークリサ点滴静注100mg
				629908501	サークリサ点滴静注500mg
				629912501	ポライビー点滴静注用30mg
				629912601	ポライビー点滴静注用140mg
				629914701	レミトロ点滴静注用300μg
				622594801	ダラザレックス点滴静注100mg
				622594701	ダラザレックス点滴静注400mg
				629914801	ダラキューロ配合皮下注
	右欄	620003834	レンチナン静注用1mg「味の素」	〔削除〕	
		620007468	フォトフリン静注用75mg		
A７　専門的な治療・処置（② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理）					
124	右欄	620004573	プロスタット錠25mg	〔削除〕	
		620537302	クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg「KN」		
		610454075	プロゲストン錠2.5mg		
		610454076	プロゲストン錠5mg		
		614210004	5－FU錠50協和		
		614210003	5－FU錠100協和		
125	左欄	622285701	エスワンメイジ配合カプセルT20		
		622275701	テメラール配合カプセルT20		
		622285801	エスワンメイジ配合カプセルT25		
		622275801	テメラール配合カプセルT25		
		620002680	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「中外」		
		620009414	ビカルタミド錠80mg「F」		
		622192601	アナストロゾール錠1mg「EE」		
		622202701	アナストロゾール錠1mg「KN」		
		622220301	アナストロゾール錠1mg「SN」		
	右欄	〔ザーコリカプセル250mgの次に追加〕		622851501	アルンブリグ錠30mg
				622851601	アルンブリグ錠90mg
		〔イムブルビカカプセル140mgの次に追加〕		622833701	カルケンスカプセル100mg
		622485301	ジカディアカプセル150mg	〔削除〕	
126	左欄	〔ロズリートレクカプセル200mgの次に追加〕		622856401	ヴァイトラックビカプセル25mg
				622856501	ヴァイトラックビカプセル100mg
				622856601	ヴァイトラックビ内用液20mg／mL
				622851101	ペマジール錠4.5mg
A７　専門的な治療・処置（③ 麻薬の使用　注射剤のみ）					
126	左欄	620009577	フェンタニル注射液0.1mg「ヤンセン」	〔削除〕	
		620009578	フェンタニル注射液0.25mg「ヤンセン」		
		620009579	フェンタニル注射液0.5mg「ヤンセン」		
		621208201	タラモナール静注		
A７　専門的な治療・処置（④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理）					
126	左欄	620392403	コデインリン酸塩散1%〈ハチ〉	〔削除〕	
127	左欄	〔フェントステープ0.5mgの次に追加〕		622856201	フェンタニルクエン酸塩1日用テープ0.5mg「テイコク」
A７　専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用　注射剤のみ）					
127	右欄	640461010	ドパミン塩酸塩200mg10mL注射液	〔削除〕	
		622084701	カコージン注200mg		
		622033602	ドパミン塩酸塩点滴静注200mg「NP」	〔削除〕	
A８　緊急に入院を必要とする状態					
128	右欄〔追補2〕で追加	190225850	救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱）	190238050	救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱・呼吸不全管理）

令和３年10月１日以降の施設基準等の経過措置の取扱い

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和３年９月30日・厚生労働省告示第359号）／「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（令和３年９月30日・保医発0930第２号）／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・保険局医療課事務連絡）をもとに作成

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

⑴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、令和２年度診療報酬改定に係る施設基準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。

⑵施設基準等の年間実績の特例（令和元年実績値で判定可能）は、当初予定どおり令和４年３月31日まで適用。

⑶ただし、令和４年３月31日までの間にコロナ病床割り当て医療機関でなくなった場合には、その属する月の翌月までが経過措置の期限（→「２．その他の医療機関」の取扱い）。

２．その他の保険医療機関

⑴令和２年度診療報酬改定に係る経過措置は終了し、10月１日から新基準が適用。

⑵施設基準等の年間実績の特例（令和元年実績値で判定可能）は終了し、令和２年実績を使用して判定。

⑶令和３年10月１日以降も引き続き算定する場合には届出が必要となるが、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）の２「⑵臨時的な取扱いの対象とする医療機関等」の①②により実績を算出することが可能。

経過措置	対象医療機関	令和３年度	
		９月30日まで	10月１日から
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	⑴コロナ病床割り当て医療機関	すべての医療機関等で令和３年９月30日まで経過措置適用	基準を満たすものとする取扱いについて令和４年３月31日まで延長
	⑵それ以外の医療機関		令和３年10月１日より新基準適用 ※コロナ補正あり
２．施設基準等において年間実績を使用 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）　等	⑴コロナ病床割り当て医療機関	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	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
	⑵それ以外の医療機関	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	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

３．診療実績等に係る要件の取扱い（コロナ補正）【臨時的な取扱い（その26）令和２年８月31日】

対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いは、次の⑴または⑵のいずれかとしても差し支えない。

⑴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７月	８月	９月	10月	11月	12月	当年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

⑵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、実績を求める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」を求める対象とする期間

前年 10月	11月	12月	当年 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、○の平均値を代用する月

〈臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等〉【その26・１．⑵】

⑴対象医療機関等は、次のア～エのとおり。

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（①②を含む）

①市町村等の計画や要請により自施設内でワクチン接種を行った保険医療機関等、またはその保険医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等【臨時的な取扱い（その38）3.3.22】

②新型コロナウイルス感染症から回復後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関【(39) 3.3.26】

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（①②を含む）

①ワクチンの大規模接種会場や職域接種実施会場等に職員を派遣した保険医療機関等【(50) 3.7.2】

②入院待機施設や宿泊療養施設に職員を派遣した保険医療機関等【(55) 3.8.26】

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また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」「感染また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。

⑵緊急事態宣言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。

⑶新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置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等について対象医療機関等とみなす。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。【(41) 3.4.6】

関係事務連絡

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３年９月17日 厚生労働省保険局医療課）

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。）〔『訪問看護業務の手引 令和３年４月版』（社会保険研究所）参照〕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【→22頁】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〔2021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２⑵①及び②【→追補⑵ 23頁】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〔2022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、予めご了知いただきたい。

（※）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

（別紙）

令和３年９月30日まで経過措置の施設基準

令和３年10月１日以降も算定する場合に届出が必要なもの

〇基本診療料

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	1	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（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１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２割９分以上入院させる病棟であること。	急性期一般入院料１	別添７の様式10
	2	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（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２割８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２割６分以上入院させる病棟であること。	急性期一般入院料２	別添７の様式10
	3	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（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２割５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２割３分以上入院させる病棟であること。	急性期一般入院料３	別添７の様式10

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	4	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。） （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２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２割以上入院させる病棟であること。	急性期一般入院料４	別添７の様式10
	5	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。） （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２割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１割８分以上入院させる病棟 であること。	急性期一般入院料５	別添７の様式10
	6	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。） （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８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１割５分以上入院させる病棟であること。	急性期一般入院料６	別添７の様式10
	7	結核病棟入院基本料（７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１割１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９分以上入院させる病棟であること。	結核病棟入院基本料（７対１入院基本料）	別添７の様式10
	8	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７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。）	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２割８分以上入院させる病棟であること。	特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料）	別添７の様式10
	9	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 （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２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２割以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算１	別添７の様式10
	10	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 （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２割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１割８分以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算２	別添７の様式10
	11	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 （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８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１割５分以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算３	別添７の様式10
	12	専門病院入院基本料（７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３割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２割８分以上入院させる病棟であること。	専門病院入院基本料（７対１入院基本料）	別添７の様式10
	13	専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算 （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２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２割以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算１	別添７の様式10
	14	専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算 （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２割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１割８分以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算２	別添７の様式10
	15	専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算 （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１割８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１割５分以上入院させる病棟であること。	看護必要度加算３	別添７の様式10

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	16	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５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３分以上入院させる病棟であること。	総合入院体制加算１又は２	別添７の様式10
	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。）
特定入院料	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。）

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	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。	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。）
			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。		
			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）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。		
	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。	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。）
			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。		
			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。		
			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）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。		

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。）	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。	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。）
			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。		
			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）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。		
	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。）	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。	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。）
			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。		
			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。		
			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）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。		

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	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。）	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。	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。）
			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。		
	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。）	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。	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）
			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士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。		
			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）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。		
			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。		

※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。

〇訪問看護管理療養費〔略〕

関係事務連絡

「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39）」に係る取扱いについて（再周知）

（令和３年９月24日 厚生労働省保険局医療課）

「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39）」（令和３年３月26日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の１⑴①【→追補⑶ 37頁】については、令和３年９月30日までの間（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おいては、令和４年３月31日までの間）の取扱いとしているところであるが、当該取扱いが終了することに伴い、同年10月１日以降に各施設基準要件を満たせなくなる場合においては、届出が必要となるため、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。なお、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２⑵①又は②【→追補⑵ 24頁】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。

383頁 基本診療料【62】A243 後発医薬品使用体制加算
969頁 特掲診療料【100-2】F100･注9 外来後発医薬品使用体制加算
1431頁 特掲診療料【300-3】調剤00･注6 後発医薬品調剤体制加算／調剤00･注7 後発医薬品減算

関係事務連絡

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて

（令和３年９月21日 厚生労働省保険局医療課）

昨今、後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発しており、これらの製品を使用されていた保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）を中心に、代替後発医薬品を入手することが困難となっている状況にある。

厚生労働省としては、可能な限り早期に安定供給ができるよう、各製造販売業者に対して早期の供給回復、引き続きの安定供給や増産等の対応をお願いしているところであるが、このような状況であることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等について、下記のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、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．供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いについて

⑴　後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱いについて

①　小林化工株式会社及び日医工株式会社に対する医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）による行政処分等を契機として令和３年７月１日時点で供給が停止されていると医政局経済課に報告があった医薬品（以下「供給停止品目」という。）のうち、別添２〔略〕に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」、「後発医薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注７に規定する減算（後発医薬品減算）（以下「加算等」という。）における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合（以下「新指標の割合」という。）を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和４年３月31日を終期とする。

②　①の取扱いを行う場合においては、別添２に示す全ての品目について、新指標の割合の算出対象から除外することとし、一部の成分の品目のみ算出対象から除外することは認められない。

また、①の取扱いについては、１月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近３月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該３月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合について①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については

従前通り算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうか確認すること。

③　新指標の割合を算出する際に、①の取扱いを行い、加算等の実績要件を満たすこととする場合（後発医薬品減算については減算に該当しないこととなった場合）においては、保険医療機関等は、各月の新指標の割合等を記録するとともに、別紙様式（後発医薬品使用体制加算は様式１－１、外来後発医薬品使用体制加算は様式１－２、後発医薬品調剤体制加算等は様式１－３）を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

なお、前月と加算等の区分が変わらない場合においても、新指標の割合の算出に①の取扱いを行い、実績を満たすこととする場合は、報告の対象となる。

また、加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、従前通り変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いを行って算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

⑵　⑴③の報告時期について

⑴①の取扱いによって実績を満たすこととなる保険医療機関等に係る同③の報告を行う時期は次のとおりとする。なお、各期限までに報告が間に合わない場合には、事前に各地方厚生（支）局に相談すること。

①　令和３年９月～10月の実績について、⑴①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和３年11月30日（火）までに、令和３年９月～10月分の実績等について報告

②　令和３年11月～令和４年１月の実績について、⑴①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和４年２月28日（月）までに、令和３年９月～令和４年１月分の実績等について報告（⑵①の報告を実施した場合も報告すること）

２．その他の診療報酬の取扱いについて

別添１のとおりとする。

（別添１）

【医科】

問１　1⑴①の取扱いの対象となる医薬品について、一般名処方を行った場合、一般名処方加算１及び２は算定できるか。

答　算定可。なお、今回の臨時的な取扱いについては、加算等の施設基準における新指標の割合の算出等に係るものであり、一般名処方加算における後発医薬品のある医薬品の取扱いを変更するものではない。

問２　後発医薬品使用体制加算について、1⑴①の取扱いにより令和３年８月診療分の新指標の割合を算出し、当該加算の区分を判定し、令和３年10月１日までに必要な届出を実施した場合、令和３年10月診療分から算定可能となるか。

答　そのとおり。ただし、1⑴①の取扱いにより算出した新指標の割合を用いた場合に当該加算の区分が変更とならない場合は、変更等の届出は不要である。

なお、外来後発医薬品使用体制加算についても同様であるが、直近３月分の新指標の割合の平均により区分を判断することとなるため、令和３年６月診療分以降の新指標の割合について、1⑴①の取扱いを行い、算出した割合を使用することができる。

【調剤】

問３　後発医薬品調剤体制加算等について、1⑴①の取扱いにより令和３年６月から８月の診療分の新指標の割合について、令和３年10月１日までに必要な届出を実施した場合、令和３年10月診療分から算定可能となるか。

答　そのとおり。ただし、1⑴①の取扱いにより算出した新指標の割合を用いた場合に当該加算等の区分が変更とならない場合は、変更等の届出は不要である。

なお、令和３年６月診療分以降の新指標の割合について、1⑴①の取扱いを行い、算出した割合を使用することができる。

以 上

「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和３年９月21日保険局医療課事務連絡）

【様式１－１】記載上の留意点

・この【様式１－１】は、事務連絡本文の１（１）①の取扱いによって新指標の割合を算出する保険医療機関が、
地方厚生（支）局への報告を行う際に使用するものです。

・エクセル上にプルダウンが設定されているものは、プルダウンの中から当てはまるものを選択してください。
そのため、エクセル上で入力を行うことを推奨しますが、万が一、紙に手書きで記載する場合には、
プルダウンとして設定されている選択肢（「各項目の選択肢」のシートを参照）以外の記載はしないようにご留意ください。

・報告時期については、事務連絡本文の１（２）を確認してください。

・記載に関して不明点がある場合には、提出先の地方厚生（支）局各都府県事務所までお問い合わせください。

【　様　式　１－１　】

※「★」が記載されている項目は、プルダウンから選択して入力してください。手書きで記載する場合には、「各項目の選択肢」のシートを参照し、プルダウンで設定されている選択肢以外は記載しないよう、ご留意ください。

（後発使１）：後発医薬品使用体制加算１（85%以上）
（後発使２）：後発医薬品使用体制加算２（80%以上）
（後発使３）：後発医薬品使用体制加算３（70%以上）

	報告日	保険医療機関等情報			受理番号	届け出ている後発医薬品使用体制加算（９月21日事務連絡に示す臨時的な取扱いを適用した場合は「◎後発使１～３」を選択してください。なお、令和５年９月においては、臨時的な取扱いの対象外であるため、「後発使１～３」を選択してください。）★プルダウンより選択							（１）通常の場合（９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用しない場合）の新指標の割合（%）								（２）９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用した場合の新指標の割合（%）								カットオフ値の割合（%）								その他
		都道府県番号 ★１～47 より選択	保険医療機関名称	保険医療機関コード		令和５年９月	令和５年１０月	令和５年１１月	令和５年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和５年８月	令和５年９月	令和５年１０月	令和５年１１月	令和５年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和５年８月	令和５年９月	令和５年１０月	令和５年１１月	令和５年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和５年８月	令和５年９月	令和５年１０月	令和５年１１月	令和５年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	担当者（所属、氏名）／連絡先
（例）	2021/11/30	13	厚生労働省A病院	△△△△△△△△△	（後発使○）第○号	後発使３（70%以上）	後発使３（70%以上）	◎後発使２（80%以上）					79.4	79.1	78.3						79.8	79.6	80.7						60.5	60.7	60.9						○○○○／△△－△△△△－△△△

※★のついている項目は、以下のプルダウンが設定されていますので、該当するものから選択してください。

都道府県番号	
1	北海道
2	青森県
3	岩手県
4	宮城県
5	秋田県
6	山形県
7	福島県
8	茨城県
9	栃木県
10	群馬県
11	埼玉県
12	千葉県
13	東京都
14	神奈川県
15	新潟県
16	富山県
17	石川県
18	福井県
19	山梨県
20	長野県
21	岐阜県
22	静岡県
23	愛知県
24	三重県
25	滋賀県
26	京都府
27	大阪府
28	兵庫県
29	奈良県
30	和歌山県
31	鳥取県
32	島根県
33	岡山県
34	広島県
35	山口県
36	徳島県
37	香川県
38	愛媛県
39	高知県
40	福岡県
41	佐賀県
42	長崎県
43	熊本県
44	大分県
45	宮崎県
46	鹿児島県
47	沖縄県

後発医薬品使用体制加算
後発使１（85%以上）
後発使２（80%以上）
後発使３（70%以上）
◎後発使１（85%以上）
◎後発使２（80%以上）
◎後発使３（70%以上）

「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和３年９月21日保険局医療課事務連絡）

【様式１－２】記載上の留意点

・この【様式１－２】は、事務連絡本文の１（１）①の取扱いによって新指標の割合を算出する保険医療機関が、
地方厚生（支）局への報告を行う際に使用するものです。

・エクセル上にプルダウンが設定されているものは、プルダウンの中から当てはまるものを選択してください。
そのため、エクセル上で入力を行うことを推奨しますが、万が一、紙に手書きで記載する場合には、
プルダウンとして設定されている選択肢（「各項目の選択肢」のシートを参照）以外の記載はしないようにご留意ください。

・報告時期については、事務連絡本文の１（２）を確認してください。

・記載に関して不明点がある場合には、提出先の地方厚生（支）局各都府県事務所までお問い合わせください。

【　様　式　１－２　】

※「★」が記載されている項目は、プルダウンから選択して入力してください。手書きで記載する場合には、「各項目の選択肢」のシートを参照し、プルダウンで設定されている選択肢以外は記載しないよう、ご留意ください。

（外後発使１）：外来後発医薬品使用体制加算１（85%以上）
（外後発使２）：外来後発医薬品使用体制加算２（75%以上）
（外後発使３）：外来後発医薬品使用体制加算３（70%以上）

	報告日	保険医療機関情報			受理番号	掲げ出ている外来後発医薬品使用体制加算（９月21日事務連絡に示す臨時的な取扱いを適用した場合は「◎外後発使１～３」を選択してください。なお、令和３年９月に於いては、臨時的な取扱いの対象外であるため、「外後発使１～３」を選択してください。）★プルダウンより選択							（１）通常の場合（９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用し**ない**場合）の新指標の割合（%）										（２）９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用**した**場合の新指標の割合（%）										カットオフ値の割合（%）										その他
		都道府県番号 ★１～47より選択	保険医療機関名称	保険医療機関コード		令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	担当者（所属、氏名）／連絡先
（例）	2021/8/31	13	厚生労働省B診療所	△△△△△△△△	（外後発使）第○号	外後発使２（75%以上）	◎外後発使１（85%以上）	外後発使１（85%以上）					84.5	84.1	84.9	85.3	85.2						86.2	86.8	85.5	85.8	85.5						60.3	60.5	60.7	60.8	60.4						○○○○／△△－△△△△－△△△

※★のついている項目は、以下のプルダウンが設定されていますので、該当するものから選択してください。

都道府県番号	
1	北海道
2	青森県
3	岩手県
4	宮城県
5	秋田県
6	山形県
7	福島県
8	茨城県
9	栃木県
10	群馬県
11	埼玉県
12	千葉県
13	東京都
14	神奈川県
15	新潟県
16	富山県
17	石川県
18	福井県
19	山梨県
20	長野県
21	岐阜県
22	静岡県
23	愛知県
24	三重県
25	滋賀県
26	京都府
27	大阪府
28	兵庫県
29	奈良県
30	和歌山県
31	鳥取県
32	島根県
33	岡山県
34	広島県
35	山口県
36	徳島県
37	香川県
38	愛媛県
39	高知県
40	福岡県
41	佐賀県
42	長崎県
43	熊本県
44	大分県
45	宮崎県
46	鹿児島県
47	沖縄県

外来後発医薬品使用体制加算
外後発使１（85%以上）
外後発使２（75%以上）
外後発使３（70%以上）
◎外後発使１（85%以上）
◎外後発使２（75%以上）
◎外後発使３（70%以上）

「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和３年９月21日保険局医療課事務連絡）

【様式１－３】記載上の留意点

・この【様式１－３】は、事務連絡本文の１（１）①の取扱いによって新指標の割合を算出する保険薬局が、
地方厚生（支）局への報告を行う際に使用するものです。

・エクセル上にプルダウンが設定されているものは、プルダウンの中から当てはまるものを選択してください。
そのため、エクセル上で入力を行うことを推奨しますが、万が一、紙に手書きで記載する場合には、
プルダウンとして設定されている選択肢（「各項目の選択肢」のシートを参照）以外の記載はしないようにご留意ください。

・報告時期については、事務連絡本文の１（２）を確認してください。

・記載に関して不明点がある場合には、提出先の地方厚生（支）局各都府県事務所までお問い合わせください。

【　様　式　1－3　】

※「★」が記載されている項目は、プルダウンから選択して入力してください。手書きで記載する場合には、「各項目の選択肢」のシートを参照し、プルダウンで設定されている選択肢以外は記載しないよう、ご留意ください。

（後発調１）：後発医薬品調剤体制加算１（75%以上）
（後発調２）：後発医薬品調剤体制加算２（80%以上）
（後発調３）：後発医薬品調剤体制加算３（85%以上）
（後発減算）：後発医薬品減算（40%以下）

	報告日	保険薬局情報			受理番号	届け出ている後発医薬品調剤体制加算等（９月21日事務連絡に示す臨時的な取扱いを適用した場合は「◎後発調１～３、◎後発減算」を選択してください。なお、令和３年９月においては、臨時的な取扱いの対象外であるため、「後発調１～３、後発減算」を選択してください。）★プルダウンより選択						
		都道府県番号 ★１～47より選択	保険薬局名称	保険薬局コード		令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月
（例）	2021/8/31	13	厚生労働省C薬局	△△△△△△△△△	（後発調〇）第〇号	後発調１（75%以上）	◎後発調２（80%以上）	後発調２（80%以上）				

	処方箋受付回数（回）									
	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月
（例）	4000	4500	5000	4700	4200					

	（１）通常の場合（９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用しない場合）の新指標の割合（%）									
	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月
（例）	79.5	78.4	80.5	79.8	80.2					

	（２）９月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に示す臨時的な取扱いを適用した場合の新指標の割合（%）									
	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月
（例）	81.2	80.8	80.5	81.4	81.3					

	カットオフ値の割合（%）										その他
	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年１０月	令和３年１１月	令和３年１２月	令和４年１月	令和４年２月	令和４年３月	担当者（所属、氏名）／連絡先
（例）	61.5	62.1	61.3	61.7	60.5						○○○○／△△－△△△△－△△△△

※★のついている項目は、以下のプルダウンが設定されていますので、該当するものから選択してください。

都道府県番号	
1	北海道
2	青森県
3	岩手県
4	宮城県
5	秋田県
6	山形県
7	福島県
8	茨城県
9	栃木県
10	群馬県
11	埼玉県
12	千葉県
13	東京都
14	神奈川県
15	新潟県
16	富山県
17	石川県
18	福井県
19	山梨県
20	長野県
21	岐阜県
22	静岡県
23	愛知県
24	三重県
25	滋賀県
26	京都府
27	大阪府
28	兵庫県
29	奈良県
30	和歌山県
31	鳥取県
32	島根県
33	岡山県
34	広島県
35	山口県
36	徳島県
37	香川県
38	愛媛県
39	高知県
40	福岡県
41	佐賀県
42	長崎県
43	熊本県
44	大分県
45	宮崎県
46	鹿児島県
47	沖縄県

後発医薬品調剤体制加算等
後発調１（75%以上）
後発調２（80%以上）
後発調３（85%以上）
後発減算（40%以下）
◎後発調１（75%以上）
◎後発調２（80%以上）
◎後発調３（85%以上）
◎後発減算（40%以下）

参　考

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」〔抄〕

（令和２年３月５日保医発0305第９号）
（今回改正；令和３年５月31日保医発0531第３号）

Ⅰ・３・210 植込型舌下神経電気刺激装置 ㊐

以下のいずれにも該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群の患者に対して使用した場合に算定する。

⑴　無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。
⑵　CPAP療法が不適又は不忍容であること。
⑶　扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。
⑷　18歳以上であること。
⑸　BMIが30未満であること。
⑹　薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。
⑺　中枢性無呼吸の割合が25％以下であること。

診　療　報　酬

C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料　810点

留意事項通知

⑷　舌下神経電気刺激療法指導管理料　㊐

ア　舌下神経電気刺激装置を植え込んだ閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、医師用プログラマを用いて舌下神経電気刺激装置の使用状況の確認や調整等の必要な指導管理を行った場合、本区分の所定点数を準用して算定する。

イ　区分番号「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１又は２以外の場合の「イ」安全精度管理下で行うものの施設基準【→916頁】に係る届出を行っている医療機関において実施すること。

ウ　本区分の「注１」及び「注２」に定める規定は適用しない。

K181-4 迷走神経刺激装置植込術　28,030点

留意事項通知

⑵　以下のアからキの全てを満たす閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、舌下神経電気刺激装置を植え込む手術を実施した場合、本区分の所定点数を準用して算定する。　㊐

ア　無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。
イ　CPAP療法が不適又は不忍容であること。
ウ　扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。
エ　18歳以上であること。
オ　BMIが30未満であること。
カ　薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。
キ　中枢性無呼吸の割合が25％以下であること。

⑶　⑵の舌下神経電気刺激装置を植え込む手術については、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の医師が実施すること。なお、当該医師の所定の講習修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。　㊐

参　考

診　療　報　酬

K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

留意事項通知

⑷　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　㊐

ア　腫瘍の長径が１センチメートル未満の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、本区分の「１」２センチメートル以内のものの「ロ」その他のもの【15,000点】及び区分番号「D415」経気管肺生検法の「注２」ＣＴ透視下気管支鏡検査加算【1,000点】の所定点数を合算した点数を準用して算定し、腫瘍の長径が１センチメートル以上の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、本区分の「２」２センチメートルを超えるものの「ロ」その他のもの【21,960点】及び区分番号「D415」経気管肺生検法の「注２」ＣＴ透視下気管支鏡検査加算の所定点数を合算した点数を準用して算定する。

イ　本治療の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。

ウ　本治療は、片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応外であるものに対して実施すること。

なお、本治療の実施に当たっては、副腎摘出術が適応外である詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ　本治療は、以下のいずれにも該当する医療機関において実施すること。

①　放射線科を標榜している病院であること。
②　内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び３年以上の経験を有する常勤の医師、泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師並びに放射線科について専門の経験及び５年以上の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。
③　副腎静脈サンプリングが年間20例以上実施されていること。
④　副腎手術が年間10例以上実施されていること、又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が５例以上実施されていること。
⑤　緊急手術が可能な体制を有していること。

オ　本区分の「注」に定める規定は適用しない。

参　考

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（施設基準関連）

その50（令和３年７月２日・事務連絡）

問１　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について、令和２年８月31日付事務連絡「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）」１．⑵①イ「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】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」【→追補⑵ 23頁】に該当すると考えてよいか。

答　よい。

その55（令和３年８月26日・事務連絡）

問１　「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について、「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）の１．⑵①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」に該当すると考えてよいか。

答　よい。

30頁　基本診療料【1-1】初･再診料の施設基準等
54頁　基本診療料【3-1】歯科の初･再診料の施設基準等
700頁　特掲診療料【19】B001-2 小児科外来診療料
721頁　特掲診療料【28】B001-2-11 小児かかりつけ診療料
1444頁　特掲診療料【302】調剤10 薬剤服用歴管理指導料
1454頁　特掲診療料【303】調剤13の2 かかりつけ薬剤師指導料

その63（令和３年９月28日・事務連絡）

今般の新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、特に手厚い感染症対策が必要であること等を踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱いについて次のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションに対し周知徹底を図られたい。

なお、本年10月以降、医療機関等による感染拡大防止対策への支援として、年末までのかかり増し経費を別途補助する予定であることを申し添える。

記

１．小児の外来診療等に係る措置について

「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31）」（令和２年12月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の１【→追補⑶ 62頁】及び「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35）」（令和３年２月26日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の１【→追補⑶ 63頁】により、令和３年９月診療分まで実施している小児の外来診療等に係る特例的な評価については、同年10月診療分から令和４年３月診療分までの取扱いとして、以下の取扱いとする。

⑴　保険医療機関において、６歳未満の乳幼児に対して、小児の外来診療等において特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、医科点数表の「Ａ000 初診料」、「Ａ001　再診料」、「Ａ002　外来診療料」、「Ｂ001-2　小児科外来診療料」又は「Ｂ001-2-11　小児かかりつけ診療料」を算定する場合、現行の要件を満たせば算定できる加算に加えて、「Ａ001　再診料」注12に規定する「地域包括診療加算１」の２倍に相当する点数（50点）をさらに算定できることとすること。

⑵　保険医療機関において、６歳未満の乳幼児に対して、小児の外来診療等において特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、歯科点数表の「Ａ000 初診料」又は「Ａ002　再診料」を算定する場合、現行の要件を満たせば算定できる加算に加えて、「Ａ000　初診料」注９に規定する「歯科外来診療環境体制加算２」に相当する点数及び「Ａ002　再診料」注８に規定する「再診時歯科外来診療環境体制加算１」に相当する点数を合算した点数（28点）をさらに算定できることとすること。

⑶　保険薬局において、６歳未満の乳幼児に係る調剤に際し、小児の外来診療等において特に必要な感染予防策を講じた上で、必要な薬学的管理及び指導を行い、「薬剤服用歴管理指導料」又は「かかりつけ薬剤師指導料」を算定する場合、現行の要件を満たせば算定できる加算に加えて、「01　調剤料」注３に規定する「向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合」に係る加算に相当する点数から「00　調剤基本料」注７に規定する点数に相当する点数を減算した点数（６点）をさらに算定できることとすること。

２．その他の診療報酬の取扱いについて

〔略〕

246頁 基本診療料【19】A205 救急医療管理加算

その56（令和３年６月７日・事務連絡）

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、手厚い診療を必要とする患者が増加していることや、医療従事者への感染リスクを伴う診療による医療従事者の身体的・心理的負担が増大していることから、医療提供体制の確保のためにも、医療従事者への処遇に配慮する必要がある。

このような中、中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る臨時的な診療報酬の取扱い等について、下記のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図られたい。

記

中等症の新型コロナウイルス感染症患者（急変等のリスクに鑑み、自宅・宿泊療養の対象とすべきでない患者を含む。以下「入院加療を実施する患者」という。）に対しては、より多くの重症化のリスク因子が明らかとなり、診療の際に注意を要する事項が増加していることや、新たな知見に基づく医薬品の使用が進んでいること等を踏まえ、より手厚い診療を要することから、以下の取扱いとする。

⑴ 入院加療を実施する患者（入院基本料又は特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、次の⑵に該当する患者を除く。）については、**14日を限度として１日につき救急医療管理加算１の100分の400に相当する点数（3,800点）を算定できることとすること。**

ただし、上記において継続的な診療が必要な場合には、当該点数を15日目以降も算定できることとすること。なお、その場合においては、継続的な診療が必要と判断した理由について、摘要欄に記載すること。

⑵ 入院加療を実施する患者のうち、呼吸不全に対する診療及び管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者（入院基本料又は特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）については、**14日を限度として１日につき救急医療管理加算１の100分の600に相当する点数（5,700点）を算定できることとすること。**

ただし、上記において継続的な診療が必要な場合には、当該点数を15日目以降も算定できることとすること。なお、その場合においては、継続的な診療が必要と判断した理由について、摘要欄に記載すること。

443頁 基本診療料【75】A301 特定集中治療室管理料

その48（令和３年６月７日・事務連絡）

問１ A301 特定集中治療室管理料の施設基準の要件である「特定集中治療の経験を５年以上有する医師」については、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成26年３月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問43において「集中治療部門での勤務経験を５年以上有しているほか、特定集中治療に習熟していることを証明する資料を提出すること」とされている。さらに、「特定集中治療に習熟していることを証明する資料」については、「疑義解釈資料の送付について（その２）」（平成26年４月４日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問22において「日本集中治療医学会等の関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること、および特定集中治療に係る専門医試験における研修を含むものとする。」とされているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、日本集中治療医学会が行う、オンデマンド方式講習会の「JSICM学術集会アーカイブス」を受講した場合であっても、該当する講習会を受講したものとして差し支えないか。

答 差し支えない。ただし、当該講習会の受講に加え、特定集中治療に係る専門医試験における研修も受講していることが必要であることに留意されたい。

487頁 基本診療料【85】A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

その62（令和３年９月24日・事務連絡）

問６ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を届け出ることとし、その届出から６月間に限り、⑵の規定にかかわらず、別表２のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことができる」こととされているが、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたこと等により、６月が経過した後も当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３又は４のいずれの施設基準も満たせない場合、どのように考えればよいか。

答 「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）の１⑵【→追補⑵ 23頁】に該当している期間については、別表２のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うこととして差し支えない。ただし、該当しなくなった後について、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３又は４の施設基準を満たせない場合は、別表２のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。

535頁　基本診療料【88】A310 緩和ケア病棟入院料

その62（令和３年９月24日・事務連絡）

問５　２月26日事務連絡の別添問８【→追補(3) 65頁】において、新型コロナウイルス感染症患者を、障害者施設等入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料）を算定する病棟に入院させた場合、急性期一般入院料７を算定することとして差し支えないとされているが、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に当該患者を入院させた場合の入院基本料の算定については、どのように考えればよいか。

答　急性期一般入院料７を算定することとして差し支えない。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

1272頁　特掲診療料【136】K通則19 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術

その48（令和３年６月７日・事務連絡）

問２　医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術の施設基準の要件について、「当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。」とされているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、一般社団法人日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構が行う、オンデマンド方式講習会の「JOHBOC E-learning セミナー」を受講した場合であっても、該当する研修を修了したものとして差し支えないか。

答　差し支えない。

1333頁　特掲診療料【200】歯科B000-4･注11 総合医療管理加算
1360頁　特掲診療料【205】歯科C001-3･注4 在宅総合医療管理加算

その63（令和３年９月28日・事務連絡）

問10　新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該疾患の担当医から、歯科治療を行うに当たり当該患者の全身状態や服薬状況等の必要な診療情報の提供を受け、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合、Ｂ000-4　歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算（50点）又はＣ001-3　歯科疾患在宅療養管理料の注４に規定する在宅総合医療管理加算（50点）の算定について、どのように考えればよいか。

答　当該加算については、Ｂ000-4　歯科疾患管理料又はＣ001-3　歯科疾患在宅療養管理料の算定の有無を問わず、上記の場合に１日につき１回算定できる。この場合、同一保険医療機関の医科の担当医からの診療情報の提供又は文書以外の方法による診療情報の提供を受けた場合においても算定して差し支えないが、算定に当たっては当該情報提供に関する内容を診療録に記載すること。

なお、上記の取扱いに係る患者に対してのみ当該加算を算定する保険医療機関については、当該加算に係る施設基準を満たしているものとみなすとともに、地方厚生局長等に対する届出は不要とする。

この取扱いは、本事務連絡の発出日以降適用され、当該加算を算定する場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

1333頁　特掲診療料【200】歯科B004-6-2 歯科治療時医療管理料
1360頁　特掲診療料【205】歯科C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料

その63（令和３年９月28日・事務連絡）

問14　新型コロナウイルス感染症患者に対して、患者の脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度等を把握して歯科治療を行った場合、Ｂ004-6-2　歯科治療時医療管理料（45点）又はＣ001-4-2　在宅患者歯科治療時医療管理料（45点）を算定できるか。

答　算定可。

なお、上記の取扱いに係る患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関については、当該点数に係る施設基準を満たしているものとみなすとともに、地方厚生局長等に対する届出は不要とする。

この取扱いは、本事務連絡の発出日以降適用され、当該点数を算定する場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

◆上記以外の「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」は、
診療報酬関連情報ナビ　https://www.shaho.co.jp/publication/navi/

関連図書
『**点数表の新型コロナ特例**（付:歯科点数表･調剤報酬点数表の取扱い）』　令和3年4月版　https://shop.shaho.co.jp/160720/

◆新型コロナウイルス感染症に関する最新情報は、
Web医療と介護　https://info.shaho.co.jp/iryou/trend_type/covid19/
に掲載しています。