

看護関連施設基準・食事療養等の実際（令和2年10月版） 追補(2)

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2年11月13日 官報正誤
- 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揭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
- 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

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
基本診療料（入院・看護関連）の施設基準等と診療報酬編			
基本診療料等の施設基準等（通則事項）			
100	取扱い通知 第4 経過措置等	下から 16行目 〔追補(1) 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。）（ <u>令和3年〔2021年〕10月1日</u> 以降に引き続き算定する場合に限る。）
101		上から 1行目 〔追補(1) 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。）（ <u>令和3年〔2021年〕10月1日</u> （ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から 3行目 〔追補(1) で改正〕	結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（ <u>令和3年10月1日</u> 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。）（ <u>令和3年10月1日</u> （ <u>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。</u> ）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。）（ <u>令和3年10月1日</u> 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。）（ <u>令和3年10月1日</u> （ <u>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。</u> ）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	
101	取扱い通知 第4 経過措置等	上から 5行目 〔追補(1) 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 7行目 〔追補(1) 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 9行目 〔追補(1) 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 11行目 〔追補(1) 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。）
		上から 13行目 〔追補(1) 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 15行目 〔追補(1) 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。）

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後	
101	取扱い通知 第4 経過措置等	上から 17行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から 19行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から 22行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から 24行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から 12行目 〔追補(1) で改正〕	地域包括ケア病棟入院料（ <u>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。</u> ）（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（ <u>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。</u> ）（令和3年10月1日（ <u>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。</u> ）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
101	取扱い通知 第4 経過措置等	下から 9行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から 5行目 〔追補(1) 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（ <u>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。</u> ）以降に引き続き算定する場合に限る。）
入院基本料			
3-1：A100 一般病棟入院基本料			
214	施設基準 第十一 経過措置	上から 1行目 〔追補(1) で改正〕 五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定めるものに該当するものとみなす。	五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。）</u> ）に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定めるものに該当するものとみなす。
		上から 11行目 〔追補(1) で改正〕 六 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> 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〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。）</u> ）に限り、第五の二の(1)のイの⑤に該当するものとみなす。
3-3：A102 結核病棟入院基本料			
252	施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で追加〕 五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定めるものに該当するものとみなす。	五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。）</u> ）に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
			から(Ⅵ)までに定めるものに該当するものとみなす。
3-5：A104 特定機能病院入院料			
269	施設基準 第十一 経過措置	上から 7行目 〔追補(1) で改正〕	五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(Ⅰ)から(Ⅵ)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日までの間に限り、次の(Ⅰ)から(Ⅵ)までに掲げる区分に応じ、当該各(Ⅰ)から(Ⅵ)までに定めるものに該当するものとみなす。</u>
			五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(Ⅰ)から(Ⅵ)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、 <u>令和3年〔2021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〔2022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(Ⅰ)から(Ⅵ)までに掲げる区分に応じ、当該各(Ⅰ)から(Ⅵ)までに定めるものに該当するものとみなす。</u>
3-6：A105 専門病院入院基本料			
277	施設基準 第十一 経過措置	上から 7行目 〔追補(1) で改正〕	五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(Ⅰ)から(Ⅵ)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日までの間に限り、次の(Ⅰ)から(Ⅵ)までに掲げる区分に応じ、当該各(Ⅰ)から(Ⅵ)までに定めるものに該当するものとみなす。</u>
			五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(Ⅰ)から(Ⅵ)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、 <u>令和3年〔2021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〔2022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(Ⅰ)から(Ⅵ)までに掲げる区分に応じ、当該各(Ⅰ)から(Ⅵ)までに定めるものに該当するものとみなす。</u>
入院基本料等加算			
5-1：A200 総合入院体制加算			
325	施設基準 第十一 経過措置	下から 3行目 〔追補(1) で改正〕	十四 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日までの間に限り、第八の一の(Ⅰ)のチ、第八の一の(Ⅱ)のイ（(Ⅰ)のチに限る。）及び第八の一の(Ⅲ)のホに該当するものとみなす。</u>
			十四 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021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〔2022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(Ⅰ)のチ、第八の一の(Ⅱ)のイ（(Ⅰ)のチに限る。）及び第八の一の(Ⅲ)のホに該当するものとみなす。</u>
5-9：A207-3 急性期看護補助体制加算			
363	施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で改正〕	十五 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日までの間に限り、第八の七の三の(Ⅰ)のへ、第八の七の三の(Ⅱ)（(Ⅰ)のへに限る。）、第八の七の三の(Ⅲ)のロ（(Ⅰ)のへに限る。）及び第八の七の三の(Ⅳ)のロ（(Ⅰ)のへに</u>
			十五 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。）に</u>

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
		限る。)に該当するものとみなす。	り、第八の七の三の(1)のへ、第八の七の三の(2) ((1)のへに限る。)、第八の七の三の(3)のロ ((1)のへに限る。) 及び第八の七の三の(4)のロ ((1)のへに限る。) に該当するものとみなす。
5-10：A207-4 看護職員夜間配置加算			
372	施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で改正〕	十六 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間に限り、第八の七の四の(1)の二、第八の七の四の(2) ((1)の二に限る。) 及び第八の七の四の(3)のロ ((1)の二に限る。) に該当するものとみなす。
			十六 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限り、</u> ）に限り、第八の七の四の(1)の二、第八の七の四の(2) ((1)の二に限る。) 及び第八の七の四の(3)のロ ((1)の二に限る。) に該当するものとみなす。
5-15：A214 看護補助加算			
384	施設基準 第十一 経過措置	下から 2行目 〔追補(1) で改正〕	十七 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> 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〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限り、</u> ）に限り、第八の十三の(1)のハに該当するものとみなす。
5-49：A246 入退院支援加算			
509	施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で改正〕	十八 令和2年〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> 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〔2020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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限り、</u> ）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。

頁	該当箇所	改正・訂正前	改正・訂正後
特定入院料			
6-12：A308 回復期リハビリテーション病棟入院料			
614	施設基準 第十一 経過措置	下から 8行目 〔追補(1) 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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> 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。
		下から 6行目 〔追補(1) 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、 <u>令和3年9月30日</u> までの間に限り、それぞれ第九の十の(2)のロ又は第九の十の(4)のホに該当するものとみなす。
6-13：A308-3 地域包括ケア病棟入院料			
647	施設基準 別表第五の 一の三	下から 5行目	エポエチンペーパペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、インターフェロン製剤 〔追補(1)を追加訂正〕
		施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で改正〕
		上から 8行目 〔追補(1) 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、 <u>令和3年9月30日</u> までの間に限り、第九の十一の二の(1)の二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
647	施設基準 第十一 経過措置	下から 6行目 〔追補(1) 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、 <u>令和3年9月30日</u> 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。
6-22：A317 特定一般病棟入院料			
722	施設基準 第十一 経過措置	上から 2行目 〔追補(1) で改正〕	五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定めるものに該当するものとみなす。
		上から 7行目 〔追補(1) 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、 <u>令和3年9月30日</u> 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。
		下から 2行目	<u>二十八</u> 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、 <u>令和3年9月30日</u> 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(1)を追加訂正〕
			五 令和2年〔2020年〕3月31日において現に次の(1)から(6)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、 <u>令和3年〔2021年〕9月30日</u> までの間（ <u>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〔2022年〕3月31日までの間（当該事情が継続する間に限る。）</u> ）に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定めるもの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、 <u>令和3年9月30日</u> までの間（ <u>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。）</u> ）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。
			<u>二十八</u> 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、 <u>令和3年9月30日</u> までの間（ <u>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。）</u> ）に限り、第九の十九の(5)のハ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
特掲診療料（看護関連）の施設基準等と診療報酬編			
看護関連医学管理等			
1-16：B001-9 療養・就労両立支援指導料			
802	診療報酬	左欄 上から 1行目	注2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。 〔追補(1)を追加訂正〕
			注2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。
看護関連在宅医療			
2-12：C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料			
924	診療報酬	右欄 下から 1行目	〔改行して追加〕 (5) 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 ㊦ ア マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者自らが、在宅において、超音波ネブライザを用いてアミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与する場合において、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法及び注意点等に関する指導管理を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。 イ 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、本区分の「注2」に掲げる導入初期加算を準用して加算する。 ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。
2-13：C152-2・2 持続血糖測定器加算			
926	施設基準 別表第九	右欄 上から 2行目 〔追補(1) で改正〕	遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤〈令2告示214〉 プロスマブ製剤〈令2告示372〉 メポリズマブ製剤〈令3告示178〉
	診療報酬	左欄 下から 5行目	注2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。 〔追補(1)を追加訂正〕
			注2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、2月に2回に限り、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。
看護関連精神科専門療法			
6-1：I002・注8 療養生活環境整備指導加算			
1015	診療報酬	左欄 下から 10行目	注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、 〔追補(1)を追加訂正〕
			注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、

頁		改正前		改正後			
173	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」				
		622373201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「FFP」				
174	左欄	622414601	オキサリプラチン点滴静注液200mg「FFP」	〔削除〕			
		〔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	ボライビー点滴静注用30mg				
		629912601	ボライビー点滴静注用140mg				
		629914701	レミトロ点滴静注用300μg				
175	左欄	622594801	ダラザレックス点滴静注100mg	〔削除〕			
		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				
		620003834	レンチナン静注用1mg「味の素」			〔削除〕	
		620007468	フォトリン静注用75mg				
		A 7 専門的な治療・処置 (② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理)					
		A 7 専門的な治療・処置 (③ 麻薬の使用 注射剤のみ)					
174	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				
		622285701	エスワンメイジ配合カプセルT20				
		622275701	テメラル配合カプセルT20				
		622285801	エスワンメイジ配合カプセルT25				
		622275801	テメラル配合カプセルT25				
175	左欄	620002680	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「中外」	〔削除〕			
		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		
		〔イムブルピカカプセル140mgの次に追加〕		622851601	アルンブリグ錠90mg		
		622485301	ジカディアカプセル150mg	622833701	カルケンスカプセル100mg		
		〔ロズリートレカプセル200mgの次に追加〕		〔削除〕			
				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		
A 7 専門的な治療・処置 (④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理)							
176	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				
A 7 専門的な治療・処置 (⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ)							
177	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」				
A 8 緊急に入院を必要とする状態							
178	左欄	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

- (1)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。
- (2)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。
- (3)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. その他の保険医療機関」の取扱い）。

2. その他の保険医療機関

- (1)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。
- (2)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。
- (3)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「(2)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	(1)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
	(2)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	(1)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
	(2)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(1)または(2)のいずれかとしても差し支えない。

- (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	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
	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	★	★	★	○	○	○

○：通常の実扱いのとおり、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.(2)】

(1)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。

(2)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。

(3)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

「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1(1)①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

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2(2)①又は②【→1189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。

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。）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【→100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2(2)①及び②【→1189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、予めご了解いただきたい。

（※）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

○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
	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

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	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
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

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	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。）
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。		

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	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。	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。）
	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。 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。	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。）

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			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。 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つ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つ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未満のものにあつては、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。	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。)
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。)	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つ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つては専任の看護師が配置されていること。	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。)
		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。)			

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	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。 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つ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つ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未満のものにあつては、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）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つ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つては専任の看護師が配置されていること。	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）

※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〔略〕

487頁 基本診療料 5-46 : A243 後発医薬品使用体制加算

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

(1) 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）〔略〕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。

(2) (1)③の報告時期について

- (1)①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、(1)①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、(1)①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(2)①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 1(1)①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、1(1)①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、1(1)①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、1(1)①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】〔略〕

以上

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

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.(2)①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」【→1188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.(2)①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。

337頁 基本診療料 5-3：A205 救急医療管理加算

その56（令和3年8月27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。

- (1) 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(2)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。

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。

- (2) 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。

その57（令和3年8月27日・事務連絡）

問1 中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」（以下「本剤」という。）の投与対象となる新型コロナウイルス感染症患者に対し、短期の入院の間に本剤を投与した後、当該患者が自宅・宿泊療養に移行した場合、当該入院に係る「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9）」（令和2年4月8日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の2(2)【→1196頁】における二類感染症患者入院診療加算（250点）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について（その56）」（令和3年8月27日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の(1)における救急医療管理加算1の100分の400に相当する点数（3,800点）の算定について、どのように考えればよいか。

答 それぞれ算定できる。

また、当該入院に係る所定の要件を満たした場合、医科点数表の第1章第2部第2節に規定する入院基本料等加算も算定できる。

問2 「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12）」（令和2年4月18日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の2【→1198頁】、「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19）」（令和2年5月26日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「5月26日事務連絡」という。）の1(2)【→1203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について（その27）」（令和2年9月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の1【→1206頁】に示す中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る救急医療管理加算1の算定について、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56）」の発出日（令和3年8月27日）以降は、同事務連絡の(1)又は(2)により取り扱うこと。

その51（令和3年7月30日・事務連絡）

問1 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第44条の3第2項の規定に基づき、宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者（以下「自宅・宿泊療養を行っている者」という。）に対して、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断し往診を実施した場合、あるいは、新型コロナウイルス感染症に関連した継続的な診療の必要性を認め訪問診療を実施した場合において、令和2年4月8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9）」の2(1)【→1196頁】に示される救急医療管理加算1（950点）の算定について、どのように考えれば良いか。

答 当該加算については、自宅・宿泊療養を行っている者に対しては、往診料又は在宅患者訪問診療料を算定した日に算定することができる。なお、この取扱いは、本事務連絡（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51））の発出日以降適用される。

問2 問1について、救急医療管理加算1は往診料又は在宅患者訪問診療料を算定する毎に算定できるのか。

答 当該加算については、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において、1日につき1回算定できる。

その57（令和3年8月27日・事務連絡）

問4 「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51）」（令和3年7月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添問1において、自宅・宿泊療養を行っている者に対して、新型コロナウイルス感染症に関連した訴えについて往診を実施した場合、救急医療管理加算1（950点）を算定できるとされているが、同一の患家等で2人以上の自宅・宿泊療養を行っている者を診察した場合の当該加算の算定については、どのように考えればよいのか。

答 2人目以降の自宅・宿泊療養を行っている者について、往診料を算定しない場合においても、救急医療管理加算1（950点）を算定して差し支えない。

その59（令和3年9月3日・事務連絡）

問2 介護医療院若しくは介護老人保健施設（以下「介護医療院等」という。）又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設（以下「介護老人福祉施設」という。）に入所する新型コロナウイルス感染症患者であって、病床ひっ迫時に、やむを得ず当該施設内での入所を継続し療養を行う者に対して、介護医療院等の併設保険医療機関の医師又は介護老人福祉施設の配置医師が、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感

染症に関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断し往診を実施した場合、あるいは、新型コロナウイルス感染症に関連した継続的な診療の必要性を認め診療を実施した場合において、「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51）」（令和3年7月30日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問1及び問2と同様に、救急医療管理加算1（950点）を算定できるか

答 当該加算については、上記の場合において、介護医療院等又は介護老人福祉施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対しても算定できる。また、当該加算については、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において、1日につき1回算定できる。なお、初診料、再診料、往診料及び訪問診療料の算定については、特に定めのない限り、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）等に基づく現行の取扱いと変わらないことに留意されたい。

その60（令和3年9月7日・事務連絡）

問1 中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」（以下「本剤」という。）の投与対象となる新型コロナウイルス感染症患者に対し、「新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」の医療機関への配分について」（令和3年7月20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）別添のQ.12中「医療機関による外来での投与」に示される要件を満たした医療機関において本剤を外来で投与した場合、「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9）」（令和2年4月8日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の2(1)【→1196頁】に示される救急医療管理加算1（950点）の算定について、どのように考えればよいのか。

答 本剤を外来で投与した日に1回算定できる。ただし、同一日に「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51）」（令和3年7月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「7月30日事務連絡」という。）の問1における救急医療管理加算1は併算定できない。

なお、この取扱いは、本事務連絡（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60））の発出日以降適用される。

問2 問1における救急医療管理加算1（950点）及び7月30日事務連絡の問1に示される救急医療管理加算1（950点）について、同一日に「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8月27日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の(1)に示される救急医療管理加算1の100分の400に相当する点数（3,800点）又は同事務連絡の(2)に示される救急医療管理加算1の100分の600に相当する点数（5,700点）との併算定は可能か。

答 併算定不可。

476頁 基本診療料 5-42 : A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

その58（令和3年8月27日・事務連絡）

問1 新型コロナウイルスに感染した妊婦について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、ハイリスク妊娠管理加算（1,200点）の算定について、どのように考えればよいか。

答 新型コロナウイルスに感染した妊婦については、当該加算の算定対象となる患者に該当するものとし

て、当該加算を算定できる。この場合において、当該加算の算定上限日数（1入院につき20日）を超えて、入院による管理が医学的に必要とされる場合には、21日目以降も算定できる。なお、この取扱いは、本事務連絡（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58））の発出日以降適用される。

478頁 基本診療料 5-43 : A237 ハイリスク分娩管理加算

その58（令和3年8月27日・事務連絡）

問2 新型コロナウイルスに感染した妊産婦について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、ハイリスク分娩管理加算（3,200点）の算定について、どのように考えればよいか。

答 新型コロナウイルスに感染した妊産婦については、当該加算の算定対象となる患者に該当するものとし

て、当該加算を算定できる。この場合において、当該加算の算定上限日数（1入院につき8日）を超えて、入院による管理が医学的に必要とされる場合には、9日目以降も算定できる。なお、この取扱いは、本事務連絡（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58））の発出日以降適用される。

557頁 基本診療料 6-2 : 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。

その57（令和3年8月27日・事務連絡）

問3 5月26日事務連絡の2(1)【→1204頁】における重症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲に関し、当該患者が、人工呼吸器管理等を要しないものの、特定集中治療室管理料等を算定する病棟における管理を要すると医学的に判断される場合、特定集中治療室管理料等の算定について、どのように考えればよいか。

答 当該患者は重症の新型コロナウイルス感染症患者に該当するものとして、5月26日事務連絡の別表に示す特定集中治療室管理料等を算定してよい。

603頁 基本診療料 6-11 : A307 小児入院医療管理料

その46（令和3年5月11日・事務連絡）

問1 15歳未満の新型コロナウイルス感染症患者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の新型コロナウイルス感染症患者）を、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院させた場合、どの入院基本料又は特定入院料を算定するのか。

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」（令和2年2月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問1の「診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合」に準じ、医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置等により、算定する入院基本料を判断の上、当該入院基本料を算定することとして差し支えない（一般病床の小児入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病棟に入院させた場合は急性期一般入院料7、同管理料5を算定する病棟に入院させた場合は地域一般入院料3を算定。）。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

働省保険局医療課事務連絡）問1の「診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合」に準じ、医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置等により、算定する入院基本料を判断の上、当該入院基本料を算定することとして差し支えない（一般病床の小児入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病棟に入院させた場合は急性期一般入院料7、同管理料5を算定する病棟に入院させた場合は地域一般入院料3を算定。）。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

610頁 基本診療料 6-12：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、(2)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1(2)【→1188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。

665頁 基本診療料 6-15：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。

775頁 基本診療料 1-8：B001・27 糖尿病透析予防指導管理料

その46（令和3年5月11日・事務連絡）

問2 令和2年4月10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10）」の3.において、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、特定疾患療養管理料等を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、管理料等として147点を月1回に限り算定できるとするとされている。この場合、同一月に、令和2年3月12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5）」（以下、「3月12日事務連絡」という。）問2【→1209頁】に示される在宅療養指導管理料を算定できるか。

答 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定していた患

者に対して、同一月に、在宅療養指導管理料は算定できないこととされており、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として、電話や情報通信機器を用いた診療を実施する場合であって、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定していた患者に対して、管理料等（147点）を算定した場合においても同様に、同一月に、3月12日事務連絡問2に示される在宅療養指導管理料は算定できない。

なお、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前から、対面診療において、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料を算定していた患者に対して、管理料等（147点）を算定した場合は、同一月に、3月12日事務連絡問2に示される在宅療養指導管理料を算定できる。

884頁 特掲診療料 2-5：C005 在宅患者訪問看護・指導料 / C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

その52（令和3年8月4日・事務連絡）

問1 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第44条の3第2項の規定に基づき、宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者（以下「自宅・宿泊療養を行っている者」という。）に対して、主治医の指示に基づき、訪問看護ステーション又は保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合において、長時間訪問看護加算（5,200円）又は長時間訪問看護・指導加算（520点）の算定について、どのように考えればよいか。

答 訪問看護ステーションにおいては長時間訪問看護加算（5,200円）を、保険医療機関においては長時間訪問看護・指導加算（520点）を、当該患者に対して主として訪問看護を行った訪問看護ステーション又は保険医療機関において、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる。なお、この取扱いは、本事務連絡（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52））の発出日以降適用される。

問2 問1について、主治医の指示に基づいて作成した訪問看護計画に定めた訪問看護を実施した場合に

においても、長時間訪問看護加算又は長時間訪問看護・指導加算を算定することが可能か。

答 可能。

その61（令和3年9月9日・事務連絡）

問1 「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53）」（令和3年8月11日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「8月11日事務連絡」という。）の問2に示される患者〔C007 訪問看護指示料参照〕に対して、14日を超えて週4日以上頻回の訪問看護・指導が一時的に必要な場合において、同一月に更に14日を限度として在宅患者訪問看護・指導料を算定することが可能か。

答 可能。なお、この取扱いは、本事務連絡（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61））の発出日以降適用される。

その62（令和3年9月24日・事務連絡）

問3 「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61）」（令和3年9月9日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問1について、同一建物居住者訪問看護・指導料についても、同様に算定することが可能か。

答 可能。

問2 「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21）」（令和2年6月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添問2【→1208頁】について、保険医療機関の看護職員が、新型コロナウイルスに感染した利用者に対して電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護・指導体制充実加算のみを算定できるか。

答 1日につき1回算定可。

906頁 特掲診療料 2-7：C007 訪問看護指示料

その53（令和3年8月11日・事務連絡）

問2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第44条の3第2項の規定に基づき、宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者に対して、特別訪問看護指示書を交付することが可能か。

答 可能。

その61（令和3年9月9日・事務連絡）

問2 8月11日事務連絡の問2について、14日を超えて週4日以上頻回の訪問看護が一時的に必要な場合において、特別訪問看護指示書を月2回交付した場合に、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算を算定することが可能か。

答 可能。なお、この取扱いは、本事務連絡（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61））の発出日以降適用される。

919頁 特掲診療料 2-11：C103・注2 遠隔モニタリング加算

その62（令和3年9月24日・事務連絡）

問4 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコル（第5.1版）」の別添「自宅療養者のための診療プロトコル」において、「緊急性が高い場合には、対面診療に先んじて電話・オンライン診療により酸素療法を開始することも考慮されるが、その場合は24時間以内の対面診療等によるフ

ォローアップを行うこと。」とされているが、この場合、「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36）」（令和3年2月26日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「2月26日事務連絡」という。）の別添問5に示される在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」（2,400点）の算定については、どのような取扱いとなるか。

答 2月26日事務連絡の別添問5と同様に算定可能。

1045頁 特掲診療料 6-10：I012 精神科訪問看護・指導料

その53（令和3年8月11日・事務連絡）

問1 「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52）」（令和3年8月4日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問1及び問2〔C005 在宅患者訪問看護・指導料／C005-

1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料参照〕について、長時間精神科訪問看護加算（5,200円）又は長時間精神科訪問看護・指導加算（520点）の算定についても同様の取扱いとなるか。

答 そのとおり。

◆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。