■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(3)

2021年5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２年11月17日　官報正誤
○令和２年11月24日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その44）
○令和２年11月30日　厚生労働省告示第372号　特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
保医発1130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２年12月11日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　「「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」等の一部改正について」等の一部訂正について
○令和２年12月22日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その47）
○令和２年12月28日　保医発1228第１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１月19日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その48）
○令和３年２月１日　保医発0201第２号　行政手続きに係る押印を不要とする取扱いについて
○令和３年３月10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３月31日　厚生労働省告示第159号　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理等に関する告示
厚生労働省告示第163号　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
保医発0331第１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」等の一部改正等について
厚生労働省保険局医療課事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その62）
○令和３年４月15日　厚生労働省保険局医療課事務連絡　令和３年度における「データ提出加算」の取扱いについて
○令和２年４月20日　厚生労働省告示第178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４月21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患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて（再周知）

○令和２年10月30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29）
○令和２年12月15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31）
○令和３年１月８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32）
○令和３年１月13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33）
○令和３年１月22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34）
○令和３年２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35）
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36）
○令和３年３月８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37）
○令和３年３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39）
○令和３年３月29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35）」の一部訂正について
○令和３年４月６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40）
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41）
○令和３年４月21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42）
○令和３年４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39）」における報告時期について（再周知）
○令和３年４月30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43）

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⑵で訂正〕	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４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日以降に引き続き算定する場合に限る。）
		下から4行目〔追補⑵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４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４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⑵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４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４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４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４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日以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から9行目〔追補⑵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４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４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４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日以降に引き続き算定する場合に限る。）
		上から15行目	入退院支援加算３（「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。） 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４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	入退院支援加算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。） 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。）
		上から20行目〔追補⑵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４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		下から15行目〔追補⑵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４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	地域包括ケア病棟入院料（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。）
		下から13行目〔追補⑵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４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）	地域包括ケア入院医療管理料（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。）
		下から9行目〔追補⑵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４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日以降に引き続き算定する場合に限る。）
入院料の通則				
【4-3】入院･通則6 定数超過入院等の入院基本料				
76	関係告示	上から2行目	最終改正：平26.3.31告示199	最終改正：令3.3.31告示159
77		下から2行目	六　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域	六　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和３年法律第19号）第２条第１項に規定する過疎地域
		下から1行目	〔次行に追加〕	関係告示　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理等に関する告示　㊐　（令3.3.31告示159） （厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に関する経過措置） 附則第５条　旧過疎地域に所在する保険医療機関（令和３年３月31日において、医師又は歯科医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。）は、第７条の規定による改正後の厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法別表第三第六号に掲げる過疎地域に所在する保険医療機関とみなす。
	関係通知	上から3行目	最終改正：平22.3.19保医発0319第3	最終改正：令3.3.31保医発0331第1
78		下から20行目	カ　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に基づいて公示された過疎地域	カ　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和３年法律第19号）第２条第１項に基づいて公示された過疎地域
入院基本料				
【5】病院の入院基本料の施設基準等(通則事項)				
94	取扱い通知 別添２ 第２	上から2行目〔追補⑵で改正〕	(9)　旧算定方法別表第一区分番号「A100」急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般	(9)　旧算定方法別表第一区分番号「A100」急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）の経過措置については、令和２年３月31日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和３年３月31日までは令和２年度改定後の別表２又は３の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）の経過措置については、令和２年３月31日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和３年９月30日までは令和２年度改定後の別表２又は３の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。
96		下から5行目〔追補⑵で改正〕	⑹　看護必要度加算の経過措置について、令和２年３月31日において、現に看護必要度加算１、２又は３を算定するものにあっては、令和３年３月31日まではそれぞれ令和２年度改定後の看護必要度加算１、２若しくは３の基準を満たすものとみなすものであること。	⑹　看護必要度加算の経過措置について、令和２年３月31日において、現に看護必要度加算１、２又は３を算定するものにあっては、令和３年９月30日まではそれぞれ令和２年度改定後の看護必要度加算１、２若しくは３の基準を満たすものとみなすものであること。
98	取扱い通知 別添２ 第５	下から7行目〔追補⑵で改正〕	⑵　令和３年４月１日以降において、急性期一般入院料２から６までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、⑴の規定にかかわらず、**様式10**のみを用いて届け出れば足りることとする。	⑵　令和３年10月１日以降において、急性期一般入院料２から６までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、⑴の規定にかかわらず、**様式10**のみを用いて届け出れば足りることとする。
【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⑵で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の⑴から⒃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３月31日までの間に限り、次の⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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⑴から⒃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⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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	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３月31日までの間に限り、第五の二の⑴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日までの間に限り、第五の二の⑴のイの⑤に該当するものとみなす。
【7】A101 療養病棟入院基本料				
161	施設基準告示 別表第五	上から11行目	抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬	抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、HIF－PH阻害剤（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。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
161	施設基準告示 別表第五の三	下から 2行目	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）、HIF－PH阻害剤（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。）
【8】A102 結核病棟入院基本料				
182	施設基準告示 第十一	下から 1行目 〔追補(2)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３月31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(2)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３月31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。
【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(2)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３月31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(2)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３月31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。
238	取扱い通知 別添３ 第１	下から 17行目 〔追補(2)で改正〕	**4**　総合入院体制加算について、令和２年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年３月31日までの間、令和２年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	**4**　総合入院体制加算について、令和２年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年９月30日までの間、令和２年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
238		下から14行目	5　総合入院体制加算の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について令和２年３月31日において現に当該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３月31日までの間に限り、令和２年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。	5　総合入院体制加算の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について令和２年３月31日において現に当該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、令和２年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
【18】A204-2 臨床研修病院入院診療加算				
244	施設基準告示 第八･六	下から11行目	ハ　次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。	ハ　次のいずれにも該当する病院である協力型（Ⅰ）臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第三号に規定する協力型（Ⅰ）臨床研修施設をいう。）であること。
		下から6行目	ニ　次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であること。	ニ　次のいずれにも該当する協力型（Ⅰ）相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して３月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいう。）であること。
245	取扱い通知 別添３ 第２	下から10行目	ア　協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、２の⑴のアからウまでを満たしていること。	ア　協力型（Ⅰ）臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して３月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、２の⑴のアからウまでを満たしていること。
【25】A207-3 急性期看護補助体制加算				
268	施設基準告示 第十一	下から1行目 〔追補⑵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３月31日までの間に限り、第八の七の三の⑴のへ、第八の七の三の⑵（⑴のへに限る。）、第八の七の三の⑶のロ（⑴のへに限る。）及び第八の七の三の⑷のロ（⑴のへに限る。）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日までの間に限り、第八の七の三の⑴のへ、第八の七の三の⑵（⑴のへに限る。）、第八の七の三の⑶のロ（⑴のへに限る。）及び第八の七の三の⑷のロ（⑴のへに限る。）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
270	取扱い通知 別添３ 第４の３	下から10行目〔追補⑵で追加〕	10　急性期看護補助体制加算について、令和２年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年３月31日までの間は、令和２年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	10　急性期看護補助体制加算について、令和２年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年９月30日までの間は、令和２年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
【26】A207-4 看護職員夜間配置加算				
277	施設基準告示 第十一	下から1行目〔追補⑵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３月31日までの間に限り、第八の七の四の⑴のニ、第八の七の四の⑵（⑴のニに限る。）及び第八の七の四の⑶のロ（⑴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日までの間に限り、第八の七の四の⑴のニ、第八の七の四の⑵（⑴のニに限る。）及び第八の七の四の⑶のロ（⑴のニに限る。）に該当するものとみなす。
279	取扱い通知 別添３ 第４の４	下から16行目〔追補⑵で追加〕	5　看護職員夜間配置加算について、令和２年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年３月31日までの間、令和２年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	5　看護職員夜間配置加算について、令和２年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年９月30日までの間、令和２年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
【31】A214 看護補助加算				
289	施設基準告示 第十一	下から1行目〔追補⑵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３月31日までの間に限り、第八の十三の⑴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日までの間に限り、第八の十三の⑴のハに該当するものとみなす。
290	取扱い通知 別添３ 第７	下から19行目〔追補⑵で追加〕	⑺　看護補助加算１について、令和２年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年３月31日までの間は、令和２年度改定後の看護補助加算１の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	⑺　看護補助加算１について、令和２年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年９月30日までの間は、令和２年度改定後の看護補助加算１の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
【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	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⑶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３月	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⑶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

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
			31日までの間に限り、第八の三十五の六の⑶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。	30日までの間に限り、第八の三十五の六の⑶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。
404	取扱い通知 別添３ 第26の５	下から6行目	⑶　３の⑵に掲げる「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定については、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」による改正前（令和２年度改定前）の基本診療料の施設基準等における当該加算の施設基準の規定により、同時点で配置されている「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する専従の看護師」については、令和３年３月31日までの間に限り、当該研修を修了しているものとみなす。	⑶　３の⑵に掲げる「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定については、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」による改正前（令和２年度改定前）の基本診療料の施設基準等における当該加算の施設基準の規定により、同時点で配置されている「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する専従の看護師」については、令和３年９月30日までの間に限り、当該研修を修了しているものとみなす。
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	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３月31日までの間に限り、第九の十の⑵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日までの間に限り、第九の十の⑵のロに該当するものとみなす。
		下から6行目〔追補⑵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３月31日までの間に限り、それぞれ第九の十の⑵のリ又は第九の十の⑷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日までの間に限り、それぞれ第九の十の⑵のリ又は第九の十の⑷のホに該当するものとみなす。
【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⑵で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の⑴から⒃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３月31日までの間に限り、次の⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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⑴から⒃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⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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	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３月31日までの間に限り、第九の十一の二の⑴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日までの間に限り、第九の十一の二の⑴のニ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
520		下から6行目〔追補⑵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３月31日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の⑵のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の⑶のロ、ハ及びニ（⑵のホに限る。）又は第九の十一の二の⑹（⑵のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の⑺のイ（⑵のホに限る。）及びロ（⑶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日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の⑵のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の⑶のロ、ハ及びニ（⑵のホに限る。）又は第九の十一の二の⑹（⑵のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の⑺のイ（⑵のホに限る。）及びロ（⑶のロ及びハに限る。）に該当するものとみなす。
【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⑵で改正〕	五　令和２年３月31日において現に次の⑴から⒃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３月31日までの間に限り、次の⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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⑴から⒃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⑴から⒃までに掲げる区分に応じ、当該各⑴から⒃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⑵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３月31日までの間に限り、第九の十九の⑸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日までの間に限り、第九の十九の⑸のロの③、④及び⑤に該当するものとみなす。
583	取扱い通知 別添４ 第20	下から12行目〔追補⑵で改正〕	令和２年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年３月31日までの間、令和２年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	令和２年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和３年９月30日までの間、令和２年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
特掲診療料の施設基準等				
特掲診療料の施設基準等（通則事項）				
624	取扱い通知 第１	上から12行目	⑶　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査１、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	⑶　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査１、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
医学管理等				
【29】B001-3-2 ニコチン依存症管理料				
726	診療報酬 留意事項通知	右段 下から 1行目	〔次行に追加〕	(15) 「B001-3-2」に掲げるニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器を使用し禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合は、初回時に「C110-2」に掲げる在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の「注２」に掲げる導入期加算の所定点数を準用して１回に限り算定する。なお、当該点数は過去１年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が２回以上である保険医療機関で本品を使用した場合にのみ算定できる。ただし、過去１年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りではない。また、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には当該点数は算定できない。 (16) 「B001-3-2」に掲げるニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認されたる呼気一酸化炭素濃度測定器を使用した場合は、初回時に「C167」に掲げる疼痛等管理用送信器加算の所定点数４回分を合算した点数を準用して算定する。なお、当該点数は過去１年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が２回以上である保険医療機関で本品を使用した場合にのみ算定できる。ただし、過去１年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りではない。また、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には当該点数は算定できない。
在宅医療				
【51】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				
825	施設基準告示 第四･ 四の三の三	下から 2行目	(5) 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域	(5) 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和３年法律第19号）第２条第１項に規定する過疎地域
		下から 1行目	〔次行に追加〕	施設基準告示　第十七　経過措置 三　令和３年〔2021年〕３月31日において現に過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域に該当する地域は、令和４年〔2022年〕３月31日までの間に限り、第四第四号の三の三(5)又は第十第一号の九(5)に規定する過疎地域とみなす。　㊨

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
【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	遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤	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
検査				
【63】D006-18 BRCA1／2遺伝子検査				
874	診療報酬 留意事項通知	左段 下から 5行目	進行卵巣癌患者の	進行卵巣癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺癌患者の
		右段 上から 1行目	進行卵巣癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群	進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群
		右段 下から 1行目	〔次行に追加〕	(4) 「１」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は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医師が１名以上配置されている保険医療機関で実施すること。 (5) 「１」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、遺伝カウンセリング加算【→894頁】の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。ただし、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との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。 (6) 「１」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的に検査を実施する場合には、「注」に定める施設基準の規定は適用しない。 (7) 「２」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膵癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は膵腫瘍に関して専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されている保険医療機関で実施すること。 (8) 「２」血液を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
				を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は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医師が１名以上配置されている保険医療機関で実施すること。 ⑼　「２」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膵癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、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で実施すること。ただし、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との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。 ⑽　「２」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膵癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺患者に対して抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的に実施する場合には、「注」に定める施設基準の規定は適用しない。 D004-2・１　悪性腫瘍遺伝子検査 注２　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してロに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　**8,000点** ロ　３項目以上　**12,000点** 留意事項通知 ⒅　卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、相同組換え修復欠損の評価を行った場合は、本区分の「注２」の「ロ」３項目以上及び「D006-18」BRCA１／２遺伝子検査の「１」腫瘍細胞を検体とするものの所定点数を合算した点数を準用して、患者１人につき１回に限り算定する。 ⒆　卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、相同組換え修復欠損の評価を行った場合は、「D006-18」BRCA１／２遺伝子検査の「１」腫瘍細胞を検体とするものの施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。

頁	該当箇所		改正・訂正前	改正・訂正後
画像診断				
【97】E通則4/5 画像診断管理加算				
942	（概要）	表内	施設基準 ① 〔略〕 ② 〔略〕 ③十分な体制を整備 （上記①②③に加えて） ④ 〔略〕 ⑤ 〔略〕 ⑥他の施設に読影又は診断を委託していないこと ⑦ 〔略〕	施設基準 ① 〔略〕 ② 〔略〕 ③十分な体制を整備 ④他の施設に読影又は診断を委託していないこと （上記①②③④に加えて） ⑤ 〔略〕 ⑥ 〔略〕 ⑦ 〔略〕
精神科専門療法				
【付23-3】I012･注12 特別地域訪問看護加算に規定する地域				
1091	施設基準告示 第十･一の九	下から2行目	(5)　過疎地域自立促進特別措置法第２条第１項に規定する過疎地域	(5)　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法第２条第１項に規定する過疎地域
		下から1行目	〔次行に追加〕	施設基準告示　第十七　経過措置 三　令和３年〔2021年〕３月31日において現に過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域に該当する地域は、令和４年〔2022年〕３月31日までの間に限り、第四第四号の三の三⑸又は第十第一号の九⑸に規定する過疎地域とみなす。　新
手術				
【132-16】K259･注2 内皮移植加算				
1150		下から1行目	〔次行に追加〕	※年間実施件数の取扱いは、「通則事項」の取扱い通知「第2の4の⑶」(624頁)を参照
施設入所者				
【400】介護老人保健施設入所者について算定できない検査等				
1461	施設基準告示 第十六･二	上から1行目	抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用	抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 HIF－PH阻害剤（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。）の費用 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
	施設基準告示 第十六･三	下から9行目	エリスロポエチン（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投与された場合に限る。）の費用 ダルベポエチン（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投与された場合に限る。）の費用	エリスロポエチン（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。）の費用 ダルベポエチン（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。）の費用 エポエチンベータペゴル（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。）の費用
各地方厚生(支)局･都府県事務所等一覧				
1516	東北厚生局 山形事務所	所在地	〒990-0039 山形市香澄町２－２－36 山形センタービル６階	〒990-0041　山形市緑町２－15－３ 山形第二地方合同庁舎１階

※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		訂正前	訂正後	
Ａ６　輸血や血液製剤の管理				
121	右欄	〔献血アルブミン25％静注12.5g／50mL「ニチヤク」の次に追加〕	621156608	献血アルブミン25％静注12.5g／50mL「KMB」
		〔献血アルブミン20％静注10g／50mL「JB」の次に追加〕	621155408	献血アルブミン20％静注10g／50mL「KMB」
122	左欄	〔献血ポリグロビンN10％静注2.5g／25mLの次に追加〕	622821601	ピリヴィジェン10％静注2.5g／25mL
		〔ピリヴィジェン10％点滴静注5g／50mLの次に追加〕	622683602	ピリヴィジェン10％静注5g／50mL
		〔ピリヴィジェン10％点滴静注10g／100mLの次に追加〕	622683702	ピリヴィジェン10％静注10g／100mL
		〔ピリヴィジェン10％点滴静注20g／200mLの次に追加〕	622683802	ピリヴィジェン10％静注20g／200mL
Ａ７　専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用　注射剤のみ）				
123	左欄	〔トレアキシン点滴静注用100mgの次に追加〕	622819001	トレアキシン点滴静注液100mg／4mL
	右欄	〔イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ハンルイ」の次に追加〕	621900302	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「SUN」
		〔イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ハンルイ」の次に追加〕	621900402	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「SUN」
124	左欄	〔オプジーボ点滴静注100mgの次に追加〕	629911501	オプジーボ点滴静注120mg
	右欄	〔ビーリンサイト点滴静注用35μg(追補⑵で追加)の次に追加〕	629911001	アキャルックス点滴静注250mg
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	〔クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「NSKK」(追補⑵で追加)の次に追加〕	620537002	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日新」
126	左欄	〔ビラフトビカプセル50mgの次に追加〕	622837601	ビラフトビカプセル75mg
		〔リムパーザ錠150mg(追補⑵で追加)の次に追加〕	622821201	タブレクタ錠150mg
			622821301	タブレクタ錠200mg
			622830301	ゼジューラカプセル100mg
Ａ７　専門的な治療・処置（③ 麻薬の使用　注射剤のみ）				
126	左欄	〔モルヒネ塩酸塩注射液の次に追加〕	621454706	モルヒネ塩酸塩注100mgシリンジ「テルモ」
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	〔コデインリン酸塩散1％「タケダ」の次に追加〕	620392413	コデインリン酸塩散1％「フソー」
			620392425	コデインリン酸塩散1％「メタル」
		〔ジヒドロコデインリン酸塩散1％の次に追加〕	620392523	ジヒドロコデインリン酸塩散1％「メタル」
		〔モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末の次に追加〕	622842601	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包10mg「フジモト」
			622842701	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包30mg「フジモト」
	右欄	〔オキシコドン錠20mgNX「第一三共」(追補⑵で追加)の次に追加〕	622839101	オキシコドン内服液2.5mg「日本臓器」
			622839201	オキシコドン内服液5mg「日本臓器」
			622839301	オキシコドン内服液10mg「日本臓器」
			622839401	オキシコドン内服液20mg「日本臓器」
Ａ７　専門的な治療・処置（⑥ 免疫抑制剤の管理　注射剤のみ）				
127	左欄	〔サクシゾン注射用100mgの次に追加〕	620518605	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用100mg「武田テバ」
		〔サクシゾン注射用300mgの次に追加〕	620518905	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa注射用300mg「武田テバ」
		〔サクシゾン静注用500mgの次に追加〕	620519005	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用500mg「武田テバ」
		〔サクシゾン静注用1000mgの次に追加〕	620519205	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa静注用1000mg「武田テバ」
Ａ７　専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用　注射剤のみ）				
127	右欄	〔ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「イセイ」の次に追加〕	620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注100mg「KCC」

頁		訂正前	訂正後	
		〔ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgバッグ「武田テバ」の次に追加〕	620246201	ドパミン塩酸塩点滴200mgバッグニチヤク
			621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgキット「KCC」
		〔ドブタミン点滴静注液600mgキット「ファイザー」の次に追加〕	620246501	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgバッグ「ニチヤク」
			621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgキット「KCC」
Ａ７　専門的な治療・処置（⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用）				
128	左欄	〔クリアクター静注用80万の次に追加〕	620006213	オザグレルNa点滴静注20mg「MEEK」
			621645001	オザグレルNa静注液20mg「日医工」
			621536405	オザグレルNa点滴静注20mg「FY」
			620006214	オザグレルNa点滴静注80mg「MEEK」
			621645201	オザグレルNa静注液80mg「日医工」
			621536201	オザグレルNa点滴静注液20mg「ケミファ」
			621536902	オザグレルNa点滴静注20mg「IP」
			621696901	オザグレルNa点滴静注液20mg「トーワ」
			620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液80mg「JD」
			621754402	オザグレルNa点滴静注液80mg「ケミファ」
			621537002	オザグレルNa点滴静注80mg「IP」
			621697101	オザグレルNa点滴静注液80mg「トーワ」
			620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液40mg「JD」
			621536301	オザグレルNa点滴静注液40mg「ケミファ」
			621645402	オザグレルNa点滴静注40mg「IP」
			621697001	オザグレルNa点滴静注液40mg「トーワ」
			621536505	オザグレルNa点滴静注40mg「FY」
			621536605	オザグレルNa点滴静注80mg「FY」
			621947801	オザグレルNa点滴静注40mg「MEEK」
			621645101	オザグレルNa静注液40mg「日医工」
			640463085	注射用カタクロット20mg
			640463048	キサンボン注射用20mg
			620002253	注射用オザグレルナトリウム20mg「F」
			621484101	オザグレルNa注射用20mg「SW」
			621484201	オザグレルNa静注用20mg「日医工」
			640463086	注射用カタクロット40mg
			640463049	キサンボン注射用40mg
			620002254	注射用オザグレルナトリウム40mg「F」
			621484501	オザグレルNa注射用40mg「SW」
			640470007	オキリコン注シリンジ20mg
			621519104	オザグレルNa点滴静注20mgシリンジ「武田テバ」
			640470008	オキリコン注シリンジ40mg
			621519204	オザグレルNa点滴静注40mgシリンジ「武田テバ」
			640470009	オキリコン注シリンジ80mg
			621519304	オザグレルNa点滴静注80mgシリンジ「武田テバ」
			620008180	オザグレルNa注射液80mgシリンジ「サワイ」
			621645502	オザグレルNa注80mgシリンジ「IP」
			620005647	オザグレルNa注射液80mgバッグ「サワイ」
			622082501	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「DK」
			622093801	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「タカタ」
			622263401	オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「テルモ」
			621660005	オザグレルNa点滴静注80mg／200mLバッグ「FY」
			620008178	オザグレルNa注射液20mgシリンジ「サワイ」
			620008179	オザグレルNa注射液40mgシリンジ「サワイ」
			622462201	オザグレルNa点滴静注80mg／100mLバッグ「IP」
			621643701	オザグレルNa点滴静注80mg「タカタ」
			620002925	カタクロット注射液20mg
			620002933	キサンボンS注射液20mg
			620002926	カタクロット注射液40mg
			620002934	キサンボンS注射液40mg
			621808401	オザグレルNa点滴静注20mg「タカタ」
			621808501	オザグレルNa点滴静注40mg「タカタ」

※次の届出様式等を改正（旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる）

頁	該当届出様式等		本追補の頁
基本診療料・様式			
25	別添７	基本診療料の施設基準等に係る届出書	本追補17枚目
26	別添７の２	基本診療料の施設基準等に係る届出書	本追補19枚目
399	様式40の５	データ提出開始届出書	本追補21枚目
	様式40の７	データ提出加算に係る届出書	本追補23枚目
	様式40の８	データ提出加算に係る辞退届	本追補25枚目
特掲診療料・様式			
644	別添２	特掲診療料の施設基準に係る届出書	本追補27枚目

※次の別紙様式を改正

頁	該当別紙様式		本追補の頁
診療報酬・別紙様式			
1023	別紙様式21の６	リハビリテーション実施計画書	本追補29枚目

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２年11月30日保医発1130第３号）

Ⅰ・３・025　套管針カテーテル

⑴　套管針カテーテルは、24時間以上体内留置した場合又は半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定できる。

⑵　半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合には、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

診　療　報　酬

Ｋ526-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

留意事項通知

⑶　半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。　新

ア　本治療は、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医師が実施すること。なお、その医師の所定の研修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。

イ　本治療は、次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　関連学会により教育研修施設として認定されていること。

②　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１名以上配置されていること。

③　常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

④　緊急手術の体制が整備されていること。

⑤　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

（網掛部分が改正部分）

改　正　後

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先
担当者氏名:
電話番号:

（届出事項）

[　　] の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　[　　] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

改　正　前

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先
担当者氏名:
電話番号:

（届出事項）

[　　] の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　㊞

殿

備考１　[　　] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

別添７の２

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

□　機能強化加算　（※機能強化第　　号）

□　救急医療管理加算　（※救急医療第　　号）

□　せん妄ハイリスク患者ケア加算　（※せん妄ケア第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

改　正　後	改　正　前

別添７の２

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

（連絡先
担当者氏名：
電話番号：）

（届出事項）

- □　機能強化加算　（※機能強化第　　号）
- □　救急医療管理加算　（※救急医療第　　号）
- □　せん妄ハイリスク患者ケア加算　（※せん妄ケア第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

別添７の２

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

（連絡先
担当者氏名：
電話番号：）

（届出事項）

- □　機能強化加算　（※機能強化第　　号）
- □　救急医療管理加算　（※救急医療第　　号）
- □　せん妄ハイリスク患者ケア加算　（※せん妄ケア第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

様式 40 の５

データ提出開始届出書

１．試行データ作成開始日（※１）

令和　　年　　月　　日

２．ＤＰＣ調査事務局と常時連絡可能な担当者

事　　項	担 当 者 １（※２）	担 当 者 ２（※２）
所 属 部 署		
役　　職		
氏　　名		
電 話 番 号		
ＦＡＸ番号		
Ｅ－ｍａｉｌ（※3）		

〔記載上の注意〕

※１　試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和２年５月 20 日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和２年６月及び７月のデータとなるため、本欄には令和２年６月１日と記載する。）。

※２　ＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院である病院の場合は、データ提出に係る連絡担当者として既にＤＰＣ調査事務局に登録している担当者と同じ者を記載すること。

※３　担当者は必ず２名を設定し、Ｅ－ｍａｉｌアドレスについては、可能な限り別々なものを記載すること。

〔届出上の注意〕

１　データの提出を希望する保険医療機関は、令和２年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和３年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和４年２月 21 日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　様式 40 の８の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

改　正　後

様式 40 の５

データ提出開始届出書

１．試行データ作成開始日 (※1)

令和　　年　　月　　日

２．ＤＰＣ調査事務局と常時連絡可能な担当者

事　項	担当者１ (※2)	担当者２ (※2)
所属部署		
役　　職		
氏　　名		
電話番号		
ＦＡＸ番号		
Ｅ－ｍａｉｌ (※3)		

〔記載上の注意〕

※１　試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和２年５月 20 日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和２年６月及び７月のデータとなるため、本欄には令和２年６月１日と記載する。）。

※２　ＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院である病院の場合は、データ提出に係る連絡担当者として既にＤＰＣ調査事務局に登録している担当者と同じ者を記載すること。

※３　担当者は必ず２名を設定し、Ｅ－ｍａｉｌアドレスについては、可能な限り別々なものを記載すること。

〔届出上の注意〕

１　データの提出を希望する保険医療機関は、令和２年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和３年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和４年２月 21 日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　様式 40 の８の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

改　正　前

様式 40 の５

データ提出開始届出書

１．試行データ作成開始日 (※1)

令和　　年　　月　　日

２．ＤＰＣ調査事務局と常時連絡可能な担当者

事　項	担当者１ (※2)	担当者２ (※2)
所属部署		
役　　職		
氏　　名		
電話番号		
ＦＡＸ番号		
Ｅ－ｍａｉｌ (※3)		

〔記載上の注意〕

※１　試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和２年５月 20 日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和２年６月及び７月のデータとなるため、本欄には令和２年６月１日と記載する。）。

※２　ＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院である病院の場合は、データ提出に係る連絡担当者として既にＤＰＣ調査事務局に登録している担当者と同じ者を記載すること。

※３　担当者は必ず２名を設定し、Ｅ－ｍａｉｌアドレスについては、可能な限り別々なものを記載すること。

〔届出上の注意〕

１　データの提出を希望する保険医療機関は、令和２年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和３年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和４年２月 21 日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　様式 40 の８の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名　　印

厚生労働省保険局医療課長　殿

様式 40 の７

データ提出加算に係る届出書

１．Ａ245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

□　Ａ207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
□　Ａ207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※１）
□　「ＤＰＣ導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
□　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年２回以上、当該委員会を開催すること。

２．医療法上の許可病床数（※２）

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

３．届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）（※3）

データ提出加算１ データ提出加算３	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算２ データ提出加算４	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

※１　「Ａ207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。

※２　病床数は、医療法第７条第２項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。

※３　入院データを提出する場合は、データ提出加算１及び３のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算２及び４のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

改　正　後

様式 40 の 7

データ提出加算に係る届出書

1．A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

- □　A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- □　A207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※１）
- □　「ＤＰＣ導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
- □　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年２回以上、当該委員会を開催すること。

2．医療法上の許可病床数（※２）

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3．届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）（※３）

データ提出加算１ データ提出加算３	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算２ データ提出加算４	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

※１　「Ａ207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。

※２　病床数は、医療法第７条第２項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。

※３　入院データを提出する場合は、データ提出加算１及び３のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算２及び４のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

改　正　前

様式 40 の 7

データ提出加算に係る届出書

1．A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

- □　A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- □　A207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※１）
- □　「ＤＰＣ導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
- □　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年２回以上、当該委員会を開催すること。

2．医療法上の許可病床数（※２）

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3．届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）（※３）

データ提出加算１ データ提出加算３	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算２ データ提出加算４	□　イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	□　ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

※１　「Ａ207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。

※２　病床数は、医療法第７条第２項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。

※３　入院データを提出する場合は、データ提出加算１及び３のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算２及び４のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名　　印

様式 40 の８

データ提出加算に係る辞退届

１．辞退年月日

令和　　年　　月　　日

２．辞退理由

〔届出上の注意〕

１　再度データ提出を行う場合にあっては、様式 40 の 5「データ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

２　保険医療機関の廃止によりデータ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおりデータ提出加算に係る届出を辞退します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード	

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

（連絡先）担当者名
所属部署
電話番号
Ｅ－mail

改　正　後	改　正　前

様式 40 の 8

データ提出加算に係る辞退届

1．辞退年月日

令和　　年　　月　　日

2．辞退理由

〔届出上の注意〕

1　再度データ提出を行う場合にあっては、様式 40 の 5「データ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

2　保険医療機関の廃止によりデータ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおりデータ提出加算に係る届出を辞退します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

（連絡先）担当者名
所属部署
電話番号
Ｅ－mail

様式 40 の 8

データ提出加算に係る辞退届

1．辞退年月日

令和　　年　　月　　日

2．辞退理由

〔届出上の注意〕

1　再度データ提出を行う場合にあっては、様式 40 の 5「データ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

2　保険医療機関の廃止によりデータ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおりデータ提出加算に係る届出を辞退します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

名称保険医療機関の所在地住所

開設者名　　印

厚生労働省保険局医療課長　殿

（連絡先）担当者名
所属部署
電話番号
Ｅ－mail

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名：
電 話 番 号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

☐　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　☐には、適合する場合「√」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

（網掛部分が改正部分）

改　正　後	改　正　前

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

地方厚生（支）局長　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「√」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「√」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

（別紙様式21の6）

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿

リハビリテーション実施計画書

□入院 □外来 ／ □訪問 □通所 ／ □入所

計画作成日：令和　　年　　月　　日

氏名：　　様　　性別：男・女　　生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　□要支援 □要介護

リハビリテーション担当医　　担当　　（□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者（　　））

■本人の希望（したい又はできるようになりたい生活の希望等）

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

原因疾病：　　発症日・受傷日：　年　月　日　　直近の入院日：　年　月　日　　直近の退院日：　年　月

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし　　日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2　　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	―	―	
麻痺	―	―	
感覚機能障害	―	―	
関節可動域制限	―	―	
摂食嚥下障害	―	―	
失語症・構音障害	―	―	
見当識障害	―	―	
記憶障害	―	―	
高次脳機能障害（　　）	―	―	
栄養障害	―	―	
褥瘡	―	―	
疼痛	―	―	
精神行動障害（BPSD）	―	―	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	―		
□MMSE □HDS−R			
コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作、活動範囲など）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	―	―	
起き上がり	―	―	
座位保持	―	―	
立ち上がり	―	―	
立位保持	―	―	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	―	―	
イスとベッド間の移乗	―	―	
整容	―	―	
トイレ動作	―	―	
入浴	―	―	
平地歩行	―	―	
階段昇降	―	―	
更衣	―	―	
排便コントロール	―	―	
排尿コントロール	―	―	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：　　ヶ月後　）

利用者・ご家族への説明：　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

特記事項：

疑義解釈資料

50頁 基本診療料【2】A003 オンライン診療料

その48（令和３年１月19日・事務連絡〈別添・医科〉）

問２　情報通信機器を用いた診療を実施する場合、当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として徴収できることとされている。当該費用の徴収に当たって、患者から署名により同意を得ることとされているが、電子署名法上の電子署名又はこれに準ずる方法（患者本人による同意であることなどが担保されている方法）を用いることにより同意を得ることは可能か。

答　可能。

201頁 基本診療料【12】A106 障害者施設等入院基本料
266頁 基本診療料【25】A207-3 急性期看護補助体制加算
288頁 基本診療料【31】A214 看護補助加算

その62（令和３年３月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算】

問１　夜間看護体制加算（区分番号「Ａ106」障害者施設等入院基本料の注10）を看護補助加算（「Ａ106」障害者施設等入院基本料の注９）と、夜間看護体制加算（「Ａ207-3」急性期看護補助体制加算の注３）を夜間急性期看護補助体制加算（「Ａ207-3」急性期看護補助体制加算の注２）と、夜間看護体制加算（「Ａ214」看護補助加算の注３）を「Ａ214」看護補助加算と、それぞれ同時に届け出ることは可能か。

答　可能。

201頁 基本診療料【12】A106 障害者施設等入院基本料
266頁 基本診療料【25】A207-3 急性期看護補助体制加算
288頁 基本診療料【31】A214 看護補助加算
540頁 基本診療料【89】A311 精神科救急入院料
556頁 基本診療料【91】A311-3 精神科救急･合併症入院料

その62（令和３年３月31日・事務連絡〈別添・医科〉）

【夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算】

問２　夜間看護体制加算（区分番号「Ａ106」障害者施設等入院基本料の注10、「Ａ207-3」急性期看護補助体制加算の注３、「Ａ214」看護補助加算の注３）、「Ａ207-4」看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（「Ａ311」精神科救急入院料の注５、「Ａ311-3」精神科救急・合併症入院料の注５）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象となるか。

答　「疑義解釈資料の送付について（その４）」（平成28年６月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問９と同様に、勤務時間に午後10時から翌日５時までの時間帯が一部でも含まれる場合は、当該項目における暦日の休日確保が必要な夜勤の対象とする。

310頁　基本診療料【42】A226-2 緩和ケア診療加算
380頁　基本診療料【61】A242 呼吸ケアチーム加算
443頁　基本診療料【75】A301 特定集中治療室管理料
674頁　特掲診療料【11】B001･23 がん患者指導管理料
680頁　特掲診療料【12】B001･24 外来緩和ケア管理料
688頁　特掲診療料【14】B001･27 糖尿病透析予防指導管理料
1026頁　特掲診療料【105】H004･注3 摂食嚥下支援加算

【横断的事項】
その48（令和３年１月19日・事務連絡〈別添・医科〉）
問１　日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和２年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているとみなしてよいか。

従前		令和２年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
緩和ケア	→	緩和ケア
がん性疼痛看護		
がん化学療法看護	→	がん薬物療法看護
透析看護	→	腎不全看護
摂食・嚥下障害看護	→	摂食嚥下障害看護
小児救急看護	→	小児プライマリケア
脳卒中リハビリテーション看護	→	脳卒中看護
慢性呼吸器疾患看護	→	呼吸器疾患看護

答　よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

515頁　基本診療料【86】A308-3 地域包括ケア病棟入院料

その44（令和２年11月24日・事務連絡〈別添１・医科〉）
問１　区分番号「Ａ308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において「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」とあるが、当該部門に配置される看護師又は社会福祉士について、「疑義解釈資料の送付について（その３）」（平成20年７月10日付け事務連絡）問６における「退院調整に関する５年間以上の経験を有するもの」は認められるか。
答　認められない。ただし、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定については、令和３年３月31日までの経過措置期間が設けられていることを申し添える。
　なお、「疑義解釈資料の送付について（その３）」（平成20年７月10日付け事務連絡）問６、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（平成22年３月29日付け事務連絡）問72及び「疑義解釈資料の送付について（その３）」（平成24年４月27日付け事務連絡）問５は廃止する。
問２　「「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２年６月18日保医発0618第２号）（以下、「６月18日通知」という。）の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料２又は４に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合も当該届出を行うことが可能か。
答　再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている場合、令和２年３月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、

届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

問３　６月18日通知の中で「地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院」について、一定の要件を満たす場合には地域包括ケア病棟入院料２又は４に係る届出を行うことができることとされているが、再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っていない場合も当該届出を行うことが可能か。

答　再編又は統合を行う対象病院のいずれの病院も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っていない場合、令和２年３月31日までに地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていた場合については、届出を行うことができる。なお、その場合、届出に当たって提出する「合意を得た地域医療構想調整会議の概要」において、合意を得た日付を記載すること。

その47（令和２年12月22日・事務連絡〈別添１・医科〉）

問１　区分番号「Ａ308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において療養病床により届出を行う場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限ることとされているが、同一の保険医療機関において療養病床及び一般病床それぞれで地域包括ケア病棟入院料を届け出ることはできるか。

答　要件を満たした場合、届出してよい。ただし、療養病床により届出をすることができるのは１病棟に限る。

982頁 特掲診療料【103】疾患別リハビリテーション

その44（令和２年11月24日・事務連絡〈別添１・医科〉）

問４　「疾患別リハビリテーション」の実施に当たっては、「医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として７日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。」とされるが、初回のリハビリテーション開始後７日以内、遅くとも14日以内に区分番号「Ｈ003-2」リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書の作成は不要か。

答　不要。

395頁 基本診療料【64】A245 データ提出加算

関係事務連絡

令和３年度における「データ提出加算」の取扱いについて

（令和３年４月15日 厚生労働省保険局医療課）

「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日付け保医発0305第２号。以下「施設基準通知」という。）の別添３の第26の４において、データ提出加算の施設基準等が定められているところですが、令和３年度におけるデータ提出加算に係る具体的な手続き等の取扱いは下記のとおりとしますので、貴管下の保険医療機関等の関係者に周知いただきますようお願いいたします。

なお、令和２年度診療報酬改定において、療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）及び回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）に係る施設基準の１つとしてデータ提出加算の届出が追加されたため（療養病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６に係る届出を行っている病床数が200床未満であって、かつデータ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合を除く。）、令和４年４月以降も引き続き当該入院料を算定するためには、経過措置期間中である令和４年３月31日までにデータ提出加算の届出を行う必要がありますのでご留意ください。

記

１　データ提出加算の届出を希望する病院であって、令和３年４月１日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院でない病院

⑴　必要な届出等の流れについて

①　当該病院は、施設基準通知に定める様式40の５を、令和３年〔2021年〕５月20日、８月20日、11月22日又は令和４年〔2022年〕２月21日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出ること。

②　様式40の５の届出を行った病院は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分（当該届出の期限が令和４年２月21日である場合のみ、当該届出の期限となっている月を含む２月分）の試行データを作成し、DPC調査事務局に提出すること。なお、厚生労働省保険局医療課（以下「保険局医療課」という。）が様式40の５を受領した後、DPC調査事務局より試行データ作成に係る案内を電子メールにて送信するので、これに従って試行データを作成すること。

③　保険局医療課は、DPC調査事務局に提出された試行データが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて、地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに、当該通知を厚生労働省のホームページへ公表する。

④　データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は、施設基準通知に定める様式40の７を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算１及び３、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算２及び４を届け出ること。

⑤　様式40の７の届出を行った病院は、当該届出が受理された月の属する四半期（※）からデータを作成（以下「本データ」という。）し、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）において指定する期日及び方法により、DPC調査事務局に提出すること。

（※）例として、

・様式40の７を９月30日に受理された場合
　→７～９月分データから提出
・様式40の７を10月１日に受理された場合
　→10～12月分データから提出

が必要となる。受理日で判断することに留

意。

⑵　試行データの作成及び提出方法について

本データに準じた取扱いとするため、作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照すること。また、試行データの作成及び提出に係るスケジュール等を以下の表にまとめたので、併せて参照すること。なお、データ提出加算２及び４の届出を希望する病院であっても、試行データの作成においては、外来ＥＦ統合ファイル及びＫファイルの作成は必要ない。また、入院ＥＦ統合ファイルは、試行データ作成対象月の入院症例全てについて作成すること。

	様式40の５届出期限	試行データ作成対象月	様式１の作成対象症例		試行データ提出期限
			入院日	退院転棟日	
第１回目	５月20日	６月、７月	６月１日入院～	６、７月退院転棟	８月22日
第２回目	８月20日	９月、10月	９月１日入院～	９、10月退院転棟	11月22日
第３回目	11月22日	12月、１月	12月１日入院～	12、１月退院転棟	２月22日
第４回目	２月21日	２月、３月	２月１日入院～	２、３月退院転棟	４月22日

※　第４回目の試行データのみ、作成対象月が様式40の５届出期限の月を含めた２月分になっていることに注意すること。

⑶　本データの作成及び提出方法について

作成及び提出方法については、調査実施説明資料をよく参照すること。なお、「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」（令和２年３月５日付け保医発0305第１号）に定めるとおり、データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月において、データ提出加算を算定することができない。また、提出データ評価加算についても、データ提出加算を算定できない月がある場合、当該月から６か月間算定できなくなるため、十分注意すること。なお、遅延等とは調査実施説明資料に定められた期限までに、DPC調査事務局宛に当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、様式１は、試行データ作成対象月の初月の１日以降の入院症例であって、本データ作成対象月の退院転棟症例について作成すること。

（例）令和３年５月20日までに様式40の５の届出を行い、６月及び７月の試行データ提出等を経て９月末日までに様式40の７の届出を受理された病院は、７月から９月の本データを作成することとなるが、当該データ（様式１）は、令和３年６月１日以降に入院し、７月から９月に退院転棟した患者を対象とする。

２　データ提出加算の届出を希望する病院であって、令和３年４月１日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院である病院

「その他病棟グループ」に係る入院基本料等の届出を行っていないDPC対象病院又はDPC準備病院として提出しているデータの内容と、本データとの内容に相違が生じない場合に限り、様式40の７の届出のみを行うことで当該加算を算定できる。

ただし、様式40の７の届出をする前に様式40の８の届出実績がある病院及び令和３年３月31日時点でDPC対象病院又はDPC準備病院であってデータ提出加算の届出を行っていない病院については、次の手続きによること。

①　当該病院は、様式40の５を、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出ること。

当該届出を行った病院は、当該届出が地方厚生（支）局に受理された月の属する四半期分のデータを提出する際には、通常DPC対象病院又はDPC準備病院として提出しているデータ（全病棟）を作成し、DPC調査事務局に提出すること。なお、このデータを試行データとして見なすため、提出期限は通常のスケジュールと同様である。

②　保険局医療課は、DPC調査事務局に提出されたデータが適切に作成及び提出されていることを確認した場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、保険局医療課よりデータ提出事務連絡を当該医療機関の担当者あてに電子メールにて送信する。あわせて、地方厚生（支）局医療課長等あてにデータ提出の実績が認められた保険医療機関を通知するとともに、当該通知を厚生労働省のホームページへ公表す

る。

③　データ提出事務連絡を受けた保険医療機関は、様式40の７を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで、データ提出加算を算定することができる。なお、入院データのみ提出する場合はデータ提出加算１及び３、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算２及び４を届け出ること。

④　様式40の７の届出を行った病院は、当該届出が受理された月の属する四半期分からその他病棟グループを含めたデータを作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法によりDPC調査事務局に提出すること。

３　データ提出加算１及び３から加算２及び４への変更を希望する病院

⑴　データ提出加算１及び３から加算２及び４への変更を希望する病院は、様式40の７を用いて届出を行うこと。

⑵　当該届出が受理された月の属する四半期分から外来分も含めたデータを作成し、調査実施説明資料において指定する期日及び方法によりＤPC調査事務局に提出すること。

なお、データ提出加算２及び４の届出を行っている病院が、外来データを提出しないものとして、データ提出加算１及び３へ届出を変更することはできない。

４　その他留意事項等

⑴　様式の提出先については、以下のとおりであること。

①「様式40の５」
病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

②「様式40の７」
病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局各都府県事務所又は指導監査課

③「様式40の８」
病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

⑵　データ提出加算に係る施設基準は、様式40の５の届出時点で満たすことは必須ではなく、様式40の７の届出時点で満たしていれば良いこと。

⑶　当該調査年度において、データ提出の遅延等が累積して３回認められた場合には、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出（様式40の８の提出）を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できなくなること。この場合、データ提出加算の届出が施設基準の１つとなっている入院料についても算定できなくなるため十分に注意すること。なお、「遅延等」の考え方は１の⑶と同様である。

⑷　既に急性期一般入院料１から７のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって、⑶に該当しデータ提出加算を算定できなくなった場合は、データ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して１年に限り、急性期一般入院料７について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすこと。

⑸　データ提出等に関する連絡は、１⑴③のデータ提出事務連絡を含め様式40の５にて登録された連絡担当者へ厚生労働省保険局医療課担当者又はDPC調査事務局より、原則、電子メールにて送信されるため、確認漏れのないよう注意すること。

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３月10日　厚生労働省保険局医療課）

令和２年度診療報酬改定において、「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２年９月30日最終改正）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）により示した令和３年〔2021年〕３月31日を期限として設けた経過措置については、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、その期限を令和３年９月30日まで延長することとし、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。なお、経過措置の期限延長の対象となる事項については、別添を参照すること。また、保険医療機関等の実情を適切に把握する観点から、新たに、保険医療機関等において実績を記録することを求めた上で、該当入院料等の基準を満たさなくなる等の場合には、実績の届出を求めることとするが、その取扱いについては、別途、事務連絡でお示しする予定としているので、あわせてご了知いただきたい。

（別添）

令和３年３月31日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧

（令和３年３月10日　中央社会保険医療協議会資料（総－２－３）抜粋（一部改変））
※経過措置の期限を令和３年９月30日まで延長する予定。

項目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算３	令和２年３月31日時点で、入退院支援加算３の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「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する専従の看護師」については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（１に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和２年３月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費１、２又は３を届け出ている訪問看護ステーションについては、**令和３年３月31日まで**の間に限り、看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

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）

（令和３年３月26日　厚生労働省保険局医療課）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえた臨時的な診療報酬の取扱い等については、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、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。

記

１．全ての保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

⑴　患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて

①　「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。以下、「基本診療料の施設基準等通知」という。）、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第３号。以下、「特掲診療料の施設基準等通知」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。以下、「訪問看護ステーションの届出基準通知」という。）における手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件（以下、「実績要件」という。）のうち、１年間の実績を求めるものについて、「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。以下「８月31日事務連絡」という。）２⑵の取扱いをした上でなお、実績要件を満たさない場合において、令和３年〔2021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〔2022年〕３月31日までの間）、令和元年（平成31年）〔2020年〕の実績（年度の実績を求めるものについては令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないものとする。

②　①の取扱いを行い、令和元年（平成31年）の実績（年度の実績を求めるものについては令和元年度（平成31年度）の実績）を用いて実績要件を満たすこととする場合においては、保険医療機関等は、実績要件について各月の実績を記録するとともに、別紙様式（保険医療機関及び訪問看護ステーションは様式１－１、保険薬局は様式１－２）を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

なお、８月31日事務連絡２⑵の取扱いにより実績要件を満たすこととする場合については、従前のとおり、当該様式による報告は要さない。

⑵　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

基本診療料の施設基準等通知及び訪問看護ステーションの届出基準通知において設けられている当該施設基準等の要件に係る経過措置については、令和３年９月30日まで延長することとし、別途通知等の改正を行う予定としているが、令和２年度診療報酬改定後の新基準が令和３年４月以降に適用された場合に当該要件を満たせなくなることとなる保険医療機関及び訪問看護ステーションにおいては、様式２を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

⑶　⑴②及び⑵の報告時期について

⑴②の取扱いによって１年間の実績に係る要件を満たすこととなる保険医療機関等及び⑵に示す新基準が適用された場合に要件を満たせなくなることとなる保険医療機関等について、報告時期は次のとおりとする。なお、各期限までの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。

	4／30報告	6／30報告	9／30報告
令和３年４月に当該取扱いを行う場合	○	○	○
令和３年５月に当該取扱いを行う場合	－	○	○
令和３年６月に当該取扱いを行う場合	－	○	○
令和３年７月に当該取扱いを行う場合	－	－	○
令和３年８月に当該取扱いを行う場合	－	－	○

※○は報告が必要なもの

※別紙様式については、次のURL内の「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（その39）」の様式を参考にすること。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00214.html

２．その他の診療報酬の取扱いについて

別添のとおりとする。

以上

（別添）

問１　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関について、８月31日事務連絡１．⑵①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」に該当すると考えてよいか。

答　よい。

問２　「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」とはどのような医療機関か。

答　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をいう。

問３　地域支援体制加算の実績要件は調剤基本料の区分によらず、⑴①に示される取扱いとなるか。

答　そのとおり。なお、「特掲診療料の施設基準等通知」の地域支援体制加算において、調剤基本料１を算定している保険薬局については、同通知の１⑴ア(ｲ)②及び④の実績、調剤基本料１以外を算定している保険薬局については、同通知の１⑴イ(ｲ)①から⑧の実績が対象となる。

問４　地域支援体制加算について、令和２年度に引き続き令和３年度も算定する場合、当該加算の実績要件を令和２年３月１日から令和３年２月末までの実績で満たす場合又は８月31日事務連絡２⑵の取扱いにより実績要件を満たす場合は、施設基準に係る届出は不要か。

答　不要。なお、調剤基本料の区分が令和３年度より、調剤基本料１から調剤基本料１以外又は調剤基本料１以外から調剤基本料１に変更がある場合は、地域支援体制加算に係る届出が必要。

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26）〔抄〕

（令和２年８月31日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

２．患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて

上記１⑴⑤【→追補⑵23頁参照】で示した平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件について、４月14日事務連絡で示した内容のほか、以下の取扱いとする。

⑵　対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いは、以下①又は②のいずれかとしても差し支えないものとする。

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	当該年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

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	当該年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

「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）②の取扱いによって１年間の実績について要件を満たすこととする保険医療機関又は訪問看護ステーションが、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（３）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。

	保険医療機関等情報			現在届け出ている施設基準			実績判定後、本来変更となるべき施設基準 ※取り下げとなる場合は「－」を記載			受理番号	事由発生年月日		基準を満たさなくなった実績項目			
	都道府県番号 ★１～47より選択	保険医療機関／訪問看護ステーション名称	保険医療機関／訪問看護ステーションコード	区分	項番	届出項目	区分	項番	届出項目		年	月	施設基準の内容 （例）救急医療に係る実績、〇〇術の実績　等	現在の実績値	８月31日事務連絡の取扱いをした場合の実績値	令和元年・年度（平成31年・年度）の実績値
（例１）	13	厚生労働省Ａ病院	△△△△△△△△△	A252	－	地域医療体制確保加算	A252	－	－	（地医確保）第〇号	2021	4	救急医療に係る実績	1,850件	1,990件	2,380件
（例２）	13	厚生労働省Ａ 訪問看護ステーション	△△△△△△△△〇	訪看	－	機能強化型訪問看護管理療養費１	訪看	－	機能強化型訪問看護管理療養費２	（訪看29）第△号	2021	4	ターミナル件数	18件	19件	28件

各月における実績値

※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月については記載不要

平成31年1月	平成31年2月	平成31年3月	平成31年4月	令和元年5月	令和元年6月	令和元年7月	令和元年8月	令和元年9月	令和元年10月	令和元年11月	令和元年12月	令和２年1月	令和２年2月	令和２年3月	令和２年4月	令和２年5月	令和２年6月	令和２年7月	令和２年8月	令和２年9月	令和２年10月	令和２年11月	令和２年12月	令和３年1月	令和３年2月	令和３年3月	令和３年4月	令和３年5月	令和３年6月	令和３年7月	令和３年8月
220	158	180	300	200	150	120	250	330	200	152	120	200	150	120	80	52	73	105	175	180	250	255	210	310	122	250					
1	2	4	3	5	4	2	4	1	0	2	0	1	2	4	3	2	4	0	0	2	0	3	0	0	2	2					

例１（前年の１～12月で2,000件以上が要件）については、

・令和３年４月時点で、令和２年１～12月の実績を用いるが、その期間の実績は1,850件であり要件を満たさない
（→「現在の実績値」に記載）

・令和２年１～12月のうち、４・５月は緊急事態宣言中なので、８月31日事務連絡の取扱いによりその期間が抜かれ、代わりに令和元年11・12月の実績を用いたとしても、1,990件であり要件を満たさない
（→「８月31日事務連絡の取扱いをした場合の実績値」に記載）

・今回の事務連絡の取扱いを行い、平成31年１月～令和元年12月の実績を用いると、2,380件
（→「令和元年・年度（平成31年・年度）の実績値」に記載）

例２（前年度20件以上が要件）については、

・令和３年４月時点で、令和２年４月～令和３年３月の実績を用いるが、その期間の実績は18件であり要件を満たさない
（→「現在の実績値」に記載）

・令和２年４月～令和３年３月のうち、４・５・１～３月は緊急事態宣言中、７・８月はアやエに該当するので、８月31日事務連絡の取扱いによりその期間が抜かれ、代わりに令和元年９月～令和２年３月（７か月）の実績を用いたとしても、19件であり要件を満たさない
（→「８月31日事務連絡の取扱いをした場合の実績値」に記載）

・今回の事務連絡の取扱いを行い、平成31年４月～令和２年３月の実績を用いると、28件
（→「令和元年・年度（平成31年・年度）の実績値」に記載）

８月31日事務連絡「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）に示す対象医療機関等（ア～エ）の該当有無について　★プルダウンより選択 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月については記載不要																				新型コロナウイルス感染症患者の受け入れにおける指定等について ※該当しない場合には「－」を記載		
令和２年 １月	令和２年 ２月	令和２年 ３月	令和２年 ４月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ５月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ６月	令和２年 ７月	令和２年 ８月	令和２年 ９月	令和２年 10月	令和２年 11月	令和２年 12月	令和３年 １月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ２月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ３月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ４月	令和３年 ５月	令和３年 ６月	令和３年 ７月	令和３年 ８月	新型コロナウイルス 感染症重点医療機関の 指定日	新型コロナウイルス 感染症協力医療機関の 指定日	重点医療機関、協力医療機関ではないが、 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の 受け入れ病床を割り当てられている 保険医療機関の割り当て日 （はじめて割り当てられた日）
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし						－	－	2021.02.01
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	エのみ	ア・エ	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし						－	－	－
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						

実績を満たさなくなった理由　★○又は－を選択																				その他
受診控え				受け入れ制限					転院受け入れ・拒否				病棟運用			クラスター		基準	その他	
①外来患者数が減ったから	②入院患者数が減ったから	③在宅への訪問回数が減ったから	④救急搬送件数が減ったから	①外来患者の受け入れを制限したから	②入院患者の受け入れを制限したから	③在宅への訪問を制限したから	④手術や処置を制限したから	⑤救急搬送患者の受け入れを断ったから	①普段とは異なる病態の患者を受け入れたから	②普段より重症度が低い患者を受け入れたから	③転院可能な患者の転院先が見つからなかったから	④コロナでない患者の受入れを求められたから	①コロナ対応のために看護配置や病棟編成を変更したから	②コロナ対応のために簡易な報告による入院料を運用したから	③コロナ対応のために病棟を閉鎖・縮小したから	①院内でクラスター（患者）が発生したから	②院内でクラスター（職員）が発生したから	改定前の基準なら満たしているが、改定後の基準だと満たせないから	（フリーコメント）	担当者（所属、氏名）／連絡先
○	－	－	－	○	－	－	－	○	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△
－	－	○	○	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	コロナ感染により、医療機関へ入院することとなった利用者が多くいたから。	○○○○／△△－△△△△－△△△△

※★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

８月31日事務連絡「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）に示す対象医療機関等（ア～エ）の該当有無について
令和２年２～３月、令和２年６～12月、令和３年４～８月の選択肢
該当なし
アのみ
イのみ
ウのみ
エのみ
ア・イ
ア・ウ
ア・エ
イ・ウ
イ・エ
ウ・エ
ア・イ・ウ
ア・イ・エ
ア・ウ・エ
イ・ウ・エ
ア・イ・ウ・エ

実績を満たさなくなった理由
○
－

ア～エは、８月31日事務連絡１（２）に示す以下を指す。

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／訪問看護ステーション
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／訪問看護ステーション
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／訪問看護ステーション
エ：新型コロナウイルス感染症に感染し又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／訪問看護ステーション

「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）②の取扱いによって１年間の実績について要件を満たすこととする保険薬局が、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（３）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。

	都道府県番号 ★１～47より選択	薬局コード（７桁）	保険薬局名称	加算名 ★プルダウンより選択	調剤基本料の区分		実績の補正			
							調剤基本料１	調剤基本料１以外		判定用実績
					令和２年度 ★プルダウンより選択	令和３年度 ★プルダウンより選択	施設基準を満たさない実績項目 ★プルダウンより①～③を選択	施設基準を満たさない実績項目 ★プルダウンより❶～❾を選択	令和２年３月～令和３年２月の実績（回）	平成31年３月～令和２年２月の実績（回）
（例１）	13	1111111	A薬局	地域支援体制加算	調剤基本料１	調剤基本料１	①在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）		10	12
（例２）	13	1111111	A薬局	地域支援体制加算	調剤基本料１	調剤基本料１	②服薬情報等提供料等の算定実績（12回以上）		8	12
（例３）	25	2222222	B薬局	地域支援体制加算	調剤基本料１	調剤基本料３イ		❹かかりつけ薬剤師指導料等の実績（40回以上）	33	52
（例４）	34	3333333	C薬局	地域支援体制加算	調剤基本料３ロ	調剤基本料１	①在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）		7	13

各月における実績値

※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月については記載不要

平成31年２月	平成31年３月	平成31年４月	令和元年５月	令和元年６月	令和元年７月	令和元年８月	令和元年９月	令和元年10月	令和元年11月	令和元年12月	令和２年１月	令和２年２月	令和２年３月	令和２年４月	令和２年５月	令和２年６月	令和２年７月	令和２年８月	令和２年９月	令和２年10月	令和２年11月	令和２年12月	令和３年１月	令和３年２月	令和３年３月	令和３年４月	令和３年５月	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月

8月31日事務連絡（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）に示す臨時的な取扱いの対象となる月　★プルダウンより選択																		
令和２年 ２月	令和２年 ３月	令和２年 ４月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ５月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ６月	令和２年 ７月	令和２年 ８月	令和２年 ９月	令和２年 10月	令和２年 11月	令和２年 12月	令和３年 １月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ２月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ３月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ４月	令和３年 ５月	令和３年 ６月	令和３年 ７月	令和３年 ８月
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	エのみ	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし					
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	ウのみ	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし					
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし					
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	エのみ	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし					

実績を満たさなくなった理由　★○又は－を選択								その他
患者数の減少		薬局体制の縮小					その他	
①来局患者数が減少したから	②在宅患者数が減少したから	③在宅患者より、訪問を控えて欲しい旨要請があったから	④近隣の医療機関の患者受入制限・閉鎖等があり、患者数が減少したから	⑤薬局職員又はその家族等が新型コロナウイルスに罹患し、マンパワーが減少したから	⑥薬局職員又はその家族等が濃厚接触者となり出勤できず、マンパワーが減少したから	⑦患者数の減少により、職員の解雇等を行い、マンパワーが減少したから	⑧その他（具体的な理由を記載）	担当者（所属、氏名）／連絡先
○	○	－	－	－	○	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△
○	○	－	－	－	○	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△
－	－	－	○	－	－	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△
－	－	－	－	○	－	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△

※★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

地域支援体制加算
新規
継続

調剤基本料
調剤基本料１
調剤基本料２
調剤基本料３イ
調剤基本料３ロ
特別調剤基本料

調剤基本料１	調剤基本料１以外
施設基準を満たさない実績項目 ★プルダウンから①～③を選択	施設基準を満たさない実績項目 ★プルダウンから❶～❽を選択
①在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（12回以上）	❶夜間・休日等の対応実績（400回以上）
②服薬情報等提供料等の算定実績（12回以上）	❷麻薬の調剤実績（10回以上）
③（在宅患者調剤加算）在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）	❸重複投薬・相互作用等防止加算等の実績（40回以上）
	❹かかりつけ薬剤師指導料等の実績（40回以上）
	❺外来服薬支援料の実績（12回以上）
	❻服用薬剤調整支援料の算定実績（１回以上）
	❼単一建物診療患者が１人の在宅薬剤管理の算定実績（12回以上）
	❽服薬情報等提供料の算定実績（60回以上）
	❾（在宅患者調剤加算）在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（10回以上）

８月31日事務連絡「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）に示す対象医療機関等（ア～エ）の該当有無について 令和２年２～３月、令和２年６～12月、令和３年４～８月の選択肢
該当なし
アのみ
イのみ
ウのみ
エのみ
ア・イ
ア・ウ
ア・エ
イ・ウ
イ・エ
ウ・エ
ア・イ・ウ
ア・イ・エ
ア・ウ・エ
イ・ウ・エ
ア・イ・ウ・エ

ア～エは、８月31日事務連絡１（２）に示す以下を指す。

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
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
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し又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

実績を満たさなくなった理由
○
ー

「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日保険局医療課事務連絡）

【様式２】記載上の留意点

・この【様式２】は、事務連絡本文の１（２）に示す、経過措置後の新基準が適用された場合に要件を満たせなくなることとなる保険医療機関又は訪問看護ステーションが、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（３）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 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。

	保険医療機関等情報			現在届け出ている施設基準			新基準が適用されていた場合に、本来変更となるべき施設基準 ※取り下げとなる場合は「－」を記載			受理番号	事由発生年月日		経過措置が延長された項目のうち、新基準が適用されていた場合に要件を満たせなくなることとなる項目		
	都道府県番号 ★1～47より選択	保険医療機関／訪問看護ステーション名称	保険医療機関／訪問看護ステーションコード	区分	項番	届出項目	区分	項番	届出項目		年	月	施設基準の内容 ★プルダウン（①～⑧）より選択	許可病床数 ※左記で必要度（①又は②）を選択した場合のみ記載	現在の実績値 ※左記で③・⑤・⑥を選択した場合は、「配置なし」又は「設置なし」と記載
（例１）	13	厚生労働省Ｂ病院	△△△△△△△○○	A100	１イ	急性期一般入院料１	A100	１ニ	急性期一般入院料４	（一般病棟）第○号	2021	4	①　重症度、医療・看護必要度Ⅰ	350床	23.5%
（例２）	13	厚生労働省Ｂ 訪問看護ステーション	△△△△△△○○○	訪看	－	機能強化型訪問看護管理療養費１	－	－	－	（訪看29）第△号	2021	4	⑧　機能強化型訪問看護管理療養費１・２・３の看護職員割合		55%

各月における実績値 【①・② 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ】 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月が含まれるセルについては記載不要												各月における実績値 【④ 回復期リハビリテーション病棟入院料１・３のリハビリテーション効果に係る実績の指数】 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月が含まれるセルについては記載不要				各月における実績値 【⑦ 地域包括ケア病棟入院料、特定一般入院料注７の診療実績】 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月が含まれるセルについては記載不要 ※ 満たすことができなくなった項目が複数ある場合は、行を分けて記載すること													各月における実績値 【⑧ 機能強化型訪問看護管理療養費１・２・３の看護職員割合】 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月が含まれるセルについては記載不要				
令和２年 ７～９月	令和２年 ８～10月	令和２年 ９～11月	令和２年 10～12月	令和２年 11月 ～ 令和３年 １月	令和２年 12月 ～ 令和３年 ２月	令和３年 １～３月	令和３年 ２～４月	令和３年 ３～５月	令和３年 ４～６月	令和３年 ５～７月	令和３年 ６～８月	令和２年 ４～９月	令和２年 ７～12月	令和２年 10月 ～ 令和３年 ３月	令和３年 １～６月	実績の内容 ★プルダウン（①～⑧）より選択	令和２年 ７～９月	令和２年 ８～10月	令和２年 ９～11月	令和２年 10～12月	令和２年 11月 ～ 令和３年 １月	令和２年 12月 ～ 令和３年 ２月	令和３年 １～３月	令和３年 ２～４月	令和３年 ３～５月	令和３年 ４～６月	令和３年 ５～７月	令和３年 ６～８月	令和３年 ４月１日 時点	令和３年 ５月１日 時点	令和３年 ６月１日 時点	令和３年 ７月１日 時点	令和３年 ８月１日 時点
30.0%	28.0%	29.0%	23.4%	24.2%	23.0%	23.5%																											
																													55%				

８月31日事務連絡「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）に示す対象医療機関等（ア～エ）の該当有無について　★プルダウンより選択 ※４月に報告する際は令和３年４～８月、６月に報告する際は令和３年６～８月については記載不要																				新型コロナウイルス感染症患者の受け入れにおける指定等について ※該当しない場合には「－」を記載		
令和２年 １月	令和２年 ２月	令和２年 ３月	令和２年 ４月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ５月 ※緊急事態宣言中	令和２年 ６月	令和２年 ７月	令和２年 ８月	令和２年 ９月	令和２年 10月	令和２年 11月	令和２年 12月	令和３年 １月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ２月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ３月 ※緊急事態宣言中	令和３年 ４月	令和３年 ５月	令和３年 ６月	令和３年 ７月	令和３年 ８月	新型コロナウイルス感染症重点医療機関の指定日	新型コロナウイルス感染症協力医療機関の指定日	重点医療機関、協力医療機関ではないが、新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受け入れ病床を割り当てられている保険医療機関の割り当て日（はじめて割り当てられた日）
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	アのみ	アのみ	アのみ	該当なし	ア・イ	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし						－	2021.02.01	－
該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	ア・エ	アのみ	該当なし	エのみ	該当なし	該当なし	該当なし						－	－	－
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						
該当なし																						

新基準を満たせない理由　★○又は－を選択																			その他
受診控え			受け入れ制限					転院受け入れ・拒否				病棟運用			クラスター		基準	その他	
①外来患者数が減ったから	②入院患者数が減ったから	③在宅への訪問回数が減ったから	①外来患者の受け入れを制限したから	②入院患者の受け入れを制限したから	③在宅への訪問を制限したから	④手術や処置を制限したから	⑤救急搬送患者の受け入れを断ったから	①普段とは異なる病態の患者を受け入れたから	②普段より重症度が低い患者を受け入れたから	③転院可能な患者の転院先が見つからなかったから	④コロナでない患者の受入れを求められたから	①コロナ対応のために看護配置や病棟編成を変更したから	②コロナ対応のために簡易な報告による入院料を運用したから	③コロナ対応のために病棟を閉鎖・縮小したから	①院内でクラスター（患者）が発生したから	②院内でクラスター（職員）が発生したから	改定前の基準なら満たしているが、改定後の基準だと満たせないから	（フリーコメント）	担当者（所属、氏名）／連絡先
－	○	－	－	○	－	○	○	○	○	○	－	－	－	－	－	－	－		○○○○／△△－△△△△－△△△△
－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	○	コロナの影響により、看護職員の雇用が間に合わなかったから。	○○○○／△△－△△△△－△△△△

※★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

施設基準の内容
①　重症度、医療・看護必要度Ⅰ
②　重症度、医療・看護必要度Ⅱ
③　入退院支援加算３の研修修了者の配置
④　回復期リハビリテーション病棟入院料１・３のリハビリテーション効果に係る実績の指数
⑤　回復期リハビリテーション病棟入院料１の管理栄養士の配置
⑥　地域包括ケア病棟入院料、特定一般入院料注７の入退院支援部門及び地域連携業務を担う部門の設置
⑦　地域包括ケア病棟入院料、特定一般入院料注７の診療実績
⑧　機能強化型訪問看護管理療養費１・２・３の看護職員割合

各月における実績値 【⑦　地域包括ケア病棟入院料、特定一般入院料注７の診療実績】
①　自宅等から入棟した患者の占める割合
②　自宅等からの緊急入院患者の受入患者数
③　在宅患者訪問診療料の算定回数
④　当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数
⑤　同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数
⑥　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数
⑦　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を提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。
⑧　退院時共同指導料２の算定回数

※⑦については、直近３月間における提供実績を記載

８月31日事務連絡「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）に示す対象医療機関等（ア～エ）の該当有無について
令和２年２～３月、令和２年６～12月、令和３年４～８月の選択肢
該当なし
アのみ
イのみ
ウのみ
エのみ
ア・イ
ア・ウ
ア・エ
イ・ウ
イ・エ
ウ・エ
ア・イ・ウ
ア・イ・エ
ア・ウ・エ
イ・ウ・エ
ア・イ・ウ・エ

実績を満たさなくなった理由
○
―

ア～エは、８月31日事務連絡１（２）に示す以下を指す。

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／訪問看護ステーション
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／訪問看護ステーション
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／訪問看護ステーション
エ：新型コロナウイルス感染症に感染し又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／訪問看護ステーション

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）」における報告時期について（再周知）

（令和３年４月28日　厚生労働省保険局医療課）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえた臨時的な診療報酬の取扱い等については、「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。以下、「３月26日事務連絡」という。）により示しているところであるが、３月26日事務連絡の１．(1)及び(2)の取扱いを行う場合、保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション（以下、「保険医療機関等」という。）は以下に掲げる期限までに各地方厚生（支）局へ報告すること（各期限までの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）としているところである。貴課におかれては、当該報告等に遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

○３月26日事務連絡において示す報告時期

	４／30 報告	６／30 報告	９／30 報告
令和３年４月に当該取扱いを行う場合	○	○	○
令和３年５月に当該取扱いを行う場合	－	○	○
令和３年６月に当該取扱いを行う場合	－	○	○
令和３年７月に当該取扱いを行う場合	－	－	○
令和３年８月に当該取扱いを行う場合	－	－	○

関係事務連絡

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おける施設基準等の臨時的な取扱いについて（再周知）

（令和３年４月21日　厚生労働省保険局医療課）

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おける施設基準等の臨時的な取扱いに係る変更の届出等については、
「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。以下、「２月14日事務連絡」という。）、
「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11）」（令和２年４月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下、「４月14日事務連絡」という。）、
「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。以下、「８月31日事務連絡」という。）、
「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。以下、「３月26日事務連絡」という。）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41）」（令和３年４月６日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下、「４月６日事務連絡」という。）
においてお示しているところです。

新型コロナウイルス感染症が引き続き拡大していることに鑑み、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の診療報酬上の評価を適切に行うことが重要であることから、上記事務連絡で示してきた臨時的な取扱いについて、改めて貴管下の保険医療機関へ周知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、上記事務連絡で示してきた、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対する主な臨時的な取扱いの概要は下記のとおりですが、それぞれの詳細については、これまでの事務連絡の内容を参照ください。

記

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おける施設基準等の臨時的な取扱いについて

(1)　臨時的な取扱いの内容について

①　定数超過入院について、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成18年３月23日保医発第0323003号）の第１の２の減額

措置は適用しないこと。（２月14日事務連絡１⑴）

② 月平均夜勤時間数について、１割以上の一時的な変動があった場合においても、「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。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。）の第３の１⑴の規定にかかわらず、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。（２月14日事務連絡２⑴）

③ １日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、１割以上の一時的な変動があった場合においても、基本診療料の施設基準等通知の第３の１⑶及び⑷の規定にかかわらず、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。（２月14日事務連絡２⑵）

④ DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和２年３月27日保医発0327第６号）の第１の４⑵②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとすること。（２月14日事務連絡２⑶）

⑤ 平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率及び医療区分２又は３の患者割合等の要件について、基本診療料の施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよいものとすること。（４月14日事務連絡別添問７）

⑵ 臨時的な取扱いの対象となる保険医療機関等について

① ⑴で示した臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、（以下「対象医療機関等」という。）以下ア～エのとおりとすること。（８月31日事務連絡１⑵①）

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

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

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し又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、感染し又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 ただし、緊急事態宣言（新型インフルエンザ等対策特措法（平成24年法律第31号）第32条第1項の規定に基づき行われる、新型コロナウイルス感染症に関する緊急事態が発生した旨の宣言をいう。以下同じ。）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こと。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こと。（８月31日事務連絡１⑵②）

③ 訪問看護ステーションについても、前記①及び②と同様の取扱いとすること。（８月31日事務連絡１⑵③）

④ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関については、対象医療機関等とみなすこととすること。（３月26日事務連絡別添問１）

⑤ 新型インフルエンザ等対策特措法（平成24年法律第31号）第31条の４第１項の規定に基づき、新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置（以下、「重点措置」という。）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、保険薬局及び訪問看護ステーションについて、対象医療機関等とみなすこととすること。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こと。（４月６日事務連絡）

編注

①届出

令和２年（2020年）３月31日に現に当該点数を算定していた保険医療機関について、令和２年４月以降に当該点数を算定するに当たり令和３年（2021年）３月までは届出を不要とする経過措置を令和３年９月まで延長

A100	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)	
A102	結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る)	
A104	特定機能病院入院基本料(一般病棟・7対1入院基本料に限る)	
	特定機能病院入院基本料の注5・看護必要度加算	
A105	専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る)	
	専門病院入院基本料の注3・看護必要度加算	
A200	総合入院体制加算	
A207-3	急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料7・10対1入院基本料に限る)	
A207-4	看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料7・10対1入院基本料に限る)	
A214	看護補助加算1(地域一般入院料1・2を算定する病棟、13対1入院基本料に限る)	
A246	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」の規定を満たす場合に限る
A308	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
		1･3　リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	病棟の入院患者に占める、当医療機関の一般病棟からの転棟者の割合に係る規定（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
A308-3	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
A317	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

②入院基本料等の施設基準等

「重症度、医療・看護必要度の基準」等について、令和２年度改定前の基準を満たしていた病棟は令和２年度改定後の基準を満たしているものとみなす経過措置を令和３年９月まで延長

4の2　急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料(地域一般入院料1に限る)に係る重症度、医療・看護必要度	次の病棟について、令和3年9月30日までは令和2年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす ①令和2年3月31日に現に急性期一般入院基本料(急性期一般入院料7を除く)、7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料)を届出 ②令和2年度改定前の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす
	次の病棟について、令和3年9月30日までは令和2年度改定前「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」を用いて評価をしても差し支えない ○令和2年3月31日時点で急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院7対1入院基本料(結核病棟に限る)・10対1入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院10対1入院基本料の届出
4の7　看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟	令和2年3月31日に現に看護必要度加算1、2又は3を算定する病棟にあっては、令和3年9月30日まではそれぞれ令和2年度改定後の看護必要度加算1、2若しくは3の基準を満たすものとみなす

③入院基本料等加算の施設基準等

令和２年３月31日に当該加算を届け出ている保険医療機関について、令和２年度改定後の基準を満たすとみなす経過措置を令和３年９月まで延長

A200	総合入院体制加算	重症度、医療・看護必要度の基準
		医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制の基準
A207-3	急性期看護補助体制加算	重症度、医療・看護必要度の基準
A207-4	看護職員夜間配置加算	重症度、医療・看護必要度の基準
A214	看護補助加算	重症度、医療・看護必要度の基準
A246	入退院支援加算	「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定について、令和2年3月31日に配置されている「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する専従の看護師」は、令和3年9月30日までの間、研修を修了しているとみなす

④特定入院料の施設基準等

令和２年３月31日にA317特定一般病棟入院料を届け出ている保険医療機関について、令和２年度改定後の「重症度、医療・看護必要度の基準」を満たすとみなす経過措置を令和３年９月まで延長

経過措置等の取扱いの考え方（令和3年3月10日中医協資料）

令和3年4月1日

令和２年度 → 令和３年度

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の実績指数の水準引上げ
③地域包括ケア病棟入院料等の診療実績の水準引上げ 等

令和3年3月31日まで経過措置適用中

本来　令和3年4月1日より新基準適用
↓
基準を満たすものとする取扱いについて、令和３年９月30日まで延長

２．施設基準等において年間実績を使用

例）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）

令和３年３月31日まで令和元年の実績値で判定中

本来　令和3年4月1日より令和2年の実績を適用し判定
↓
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
※ただし、コロナ病床を割り当てられている医療機関は、令和4年3月31日まで

３．DPCの係数の改定

①機能評価係数Ⅱにおける前年実績による改定
②激変緩和係数の撤廃

・ 機能評価係数Ⅱは令和３年3月31日まで、平成30年10 月～令和元年９月の実績値で判定中
・ 激変緩和係数は令和2年度のみ調整中

本来　機能評価係数Ⅱは令和３年4月１日より元年10月～２年９月の実績を適用し、判定
↓
令和３年度の機能評価係数Ⅱは据え置、激変緩和係数は撤廃

※ その他、現在講じている、診療報酬の臨時的取扱い（看護配置等）の対象となる医療機関等における「新型コロナウイルス感染症患者等」に新型コロナウイルス感染症から回復した患者（特例点数を算定している場合）を含むことを明確化

※新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬の関連情報は、ポイントとなる算定要件などをまとめた「**参考資料：新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な臨時的な取扱い等（医科・歯科・調剤・DPC）**」を社会保険研究所ホームページに掲載しています。また、新型コロナウイルス感染症についての診療報酬上の特例措置を随時掲載します。あわせてご参照ください。

※社会保険研究所では、新刊『**点数表の新型コロナ特例**』（令和３年４月版）を発売しました。
国より発出された新型コロナウイルス感染症に関するに関する事務連絡、通知等を整理し、医科点数表の診療行為に関する内容を点数表に編み込むことで、情報を診療行為ごとに確認できるように編集しています。
４月からの診療報酬算定に役立つ一冊です。ぜひ、ご活用ください。

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）

A4・529頁
令和３年４月版
定価　本体3,000円＋税10%（税込3,300円）
ISBN　978-4-7894-0720-5 C3047 ¥3000E
商品No.　160720

■ 社会保険研究所のウェブサイトが新しくなりました。■

ホームページ　https://www.shaho.co.jp/
オンラインブックストア　https://shop.shaho.co.jp/
※URLがかわりました。

追補・訂正表は、下記URLまたはオンラインブックストアの商品ページよりご参照ください。
https://www.shaho.co.jp/publication/addendum/

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31（令和２年12月15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、小児の外来診療においては、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及び保険薬局に対し周知徹底を図られたい。

なお、本事務連絡による臨時的な取扱いは、当面、令和２年度中（令和３年〔2021年〕２月診療分）までの措置とし、令和３年度（令和３年３月診療分以降）の取扱いについては、令和３年度予算編成過程において検討することとしている点に留意すること。

記

１．小児の外来における対応について

新型コロナウイルスの感染が拡大している間、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、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診療等を実施した場合、以下の取扱いとする。

なお、その診療等に当たっては、患者又はその家族等に対して、院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明し、同意を得ること。

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」【→30頁】、「Ｂ001-2　小児科外来診療料」【→700頁】又は「Ｂ001-2-11　小児かかりつけ診療料」【→721頁】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６に規定する「乳幼児加算」に相当する点数及び「Ａ001再診料」注12に規定する「地域包括診療加算１」に相当する点数を合算した点数（100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」【→54頁】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５に規定する「乳幼児加算」に相当する点数、「Ａ002　再診料」注３に規定する「乳幼児加算」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２」に相当する点数を合算した点数（55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」【→1444頁】又は「かかりつけ薬剤師指導料」【→1454頁】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、「薬剤服用歴管理指導料」注８に規定する「乳幼児服薬指導加算」に相当する点数（12点）をさらに算定できることとすること。

２．転院を受け入れた保険医療機関に係る評価について

新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）を算定できることとすること。なお、算定に当たっては、患者又はその家族等に対して、その趣旨等について、十分に説明すること。また、「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）の３及び問６は、本日付け廃止する。

３．その他の診療報酬の取扱いについて

別添のとおりとする。

（別添）

問１　１について、小児の外来診療等において「特に必要な感染予防策」とは、どのようなものか。

答　「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針・第１版（小児COVID-19合同学会ワーキンググループ）」を参考に、小児の外来における院内感染防止等に留意した対応を行うこと。

（院内感染防止等に留意した対応の例）
・COVID-19に特徴的な症状はなく、小児では出現しても訴えとして現れることが期待できないことから、一人の患者ごとに手指消毒を実施すること。
・流行状況を踏まえ、家庭内・保育所内等に感染徴候のある人がいたか、いなかったのかを確実に把握すること。
・環境消毒については、手指の高頻度接触面と言われるドアノブ・手すり・椅子・スイッチ・タッチパネル・マウス・キーボードなどは定期的に70～95％アルコールか0.05％次亜塩素酸ナトリウムを用いて清拭消毒し、特に小児が触れる可能性が高い場所は重点的に行うこと。

問２　１について、小児の外来診療において特に必要な感染予防策を講じて診療等を行う保険医療機関等において、６歳未満の乳幼児に対して、「新型コロナウイルスの感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月10日厚生労働省医政局医事課、

医薬・生活衛生局総務課事務連絡）及び「歯科診療における新型コロナウイルスの感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月24日厚生労働省医政局歯科保健課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）に基づき、電話や情報通信機器を用いた診療又は服薬指導を実施した場合、どのような取扱いとなるか。

答　１については、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、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実施された診療等を評価するものであるため、電話や情報通信機器を用いた診療又は服薬指導を実施した場合は、算定できない。

問３　２について、「新型コロナウイルス感染症から回復した」とあるが、転院先医療機関においては、例えば、再発等がなく、傷病名として「新型コロナウイルス感染症」として記載されない場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）は算定できるか。

答　算定できる。なお、その場合、新型コロナウイルス感染症から回復した患者である旨、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

問４　新型コロナウイルス感染症に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、一定以上の基本動作能力等の低下を来している患者について、廃用症候群リハビリテーション料を算定できるか。

答　要件を満たせば算定できる。

その32（令和３年１月８日・事務連絡）

問８　「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の⑶の加算について、小児の患者本人と対面せず、患者の家族等のみに対し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合でも算定できるのか。

答　算定できない。

その35（令和３年２月26日・事務連絡）

【令和３年３月29日・事務連絡で訂正】

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（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。以下、「12月15日事務連絡」という。）に係る対応について

12月15日事務連絡において、「令和３年度（令和３年３月診療分以降）の取扱いについては、令和３年度予算編成過程において検討すること」としていたところであるが、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、12月15日事務連絡の１の取扱いは、令和３年９月診療分まで継続することとする。また、12月15日事務連絡の２の取扱いについては、当面の間、継続することとする。

２．各医療機関等における感染症対策に係る評価

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、全ての患者及び利用者の診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、特に必要な感染症対策を講じた上で診療等を実施した場合、令和３年４月診療分から９月診療分まで以下の取扱いとする。

なお、その診療等に当たっては、患者及び利用者又はその家族等に対して、院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明すること。

⑴　外来診療等及び在宅医療における評価

①　特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、医科診療報酬点数表（以下、「医科点数表」という。）の次に掲げる点数を算定する場合、「Ａ001　再診料」注10に規定する時間外対応加算１に相当する点数（５点）（以下、「医科外来等感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること（ただし、コ、サ、スからチまで及びテについては、アからウまでに該当する点数と併算定しない場合に限る。）。

ア　初診料
イ　再診料（注９に規定する電話等による再診を除く。）
ウ　外来診療料
エ　小児科外来診療料
オ　外来リハビリテーション診療料
カ　外来放射線照射診療料
キ　地域包括診療料
ク　認知症地域包括診療料
ケ　小児かかりつけ診療料
コ　救急救命管理料
サ　退院後訪問指導料
シ　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）
ス　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
セ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料
ソ　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
タ　在宅患者訪問薬剤管理指導料
チ　在宅患者訪問栄養食事指導料
ツ　在宅患者緊急時等カンファレンス料
テ　精神科訪問看護・指導料

②　特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、歯科診療報酬点数表（以下、「歯科点数表」という。）の次に掲げる点数を算定する場合、「Ａ002　再診料」注９に規定する明細書発行体制等加算の５倍に相当する点数（５点）（以下、「歯科外来等感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること（ただし、エ及びオについては、ウに該当する点数を併算定しなかった場合に限る。）。

ア　初診料
イ　再診料（注７に規定する電話等による再診を除く。）
ウ　歯科訪問診療料

エ　訪問歯科衛生指導料
オ　在宅患者訪問薬剤管理指導料
カ　在宅患者緊急時等カンファレンス料

③　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、調剤報酬点数表の次に掲げる点数を算定する場合、調剤報酬点数表における「調剤料」注６に規定する自家製剤加算のうち、錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬における、予製剤による場合の加算に相当する点数（４点）（以下、「調剤感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること（ただし、クからセまでについては、アからキまでに該当する点数と併算定しない場合に限る。）。

ア　調剤基本料１
イ　調剤基本料２
ウ　調剤基本料３
エ　調剤基本料の注２
オ　調剤基本料の注８の規定により分割調剤を行う場合に、２回目以降の調剤について算定する点数
カ　調剤基本料の注９の規定により分割調剤を行う場合に、２回目の調剤について算定する点数
キ　調剤基本料の注10の規定により分割調剤を行う場合に算定する点数
ク　外来服薬支援料
ケ　服用薬剤調整支援料
コ　在宅患者訪問薬剤管理指導料
サ　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
シ　在宅患者緊急時等共同指導料
ス　服薬情報等提供料
セ　経管投薬支援料

④　〔略〕

⑵　入院診療における評価

保険医療機関において、特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、次に掲げる点数を算定する場合、一日につき「Ａ218　地域加算（６級地）」の２倍に相当する点数（10点）（以下、「入院感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること。

ア　医科点数表の第１章第２部第１節に規定する入院基本料
イ　医科点数表の第１章第２部第３節に規定する特定入院料
ウ　医科点数表の第１章第２部第４節に規定する短期滞在手術等基本料
エ　歯科点数表の第１章第２部第１節に規定する入院基本料
オ　歯科点数表の第１章第２部第３節に規定する特定入院料
カ　歯科点数表の第１章第２部第４節に規定する短期滞在手術等基本料

その44（令和３年５月７日・事務連絡）

問１　令和３年２月26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35）」（以下、「２月26日事務連絡」という。）の２．⑴①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、医科診療報酬点数表の次に掲げる点数を算定する場合、「A001　再診料」注10に規定する時間外対応加算１に相当する点数（５点）（以下、「医科外来等感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとする」とされているが、再診から直ちに入院し、再診の費用が入院基本料等に含まれ、算定できない場合においては、医科外来等感染症対策実施加算は算定できるか。

答　算定可。なお、その診療等に当たっては、患者又はその家族等に対して、院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明すること。

問２　２月26日事務連絡の２．⑵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、次に掲げる点数を算定する場合、一日につき「A218　地域加算（６級地）」の２倍に相当する点数（10点）（以下、「入院感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとする」とされているが、医科外来等感染症対策実施加算及び入院感染症対策実施加算について、初診又は再診から直ちに入院した場合、併算定できるか。

答　併算定可。なお、その診療等に当たっては、患者又はその家族等に対して、院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明すること。

３．新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療の実施について

必要な感染予防策を講じた上で実施される新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者に対し、歯科治療の延期が困難で実施した場合にあっては、２⑴②に規定する項目に加え、歯科点数表の「Ａ000　初診料」注６に規定する歯科診療特別対応加算、注９に規定する歯科外来診療環境体制加算１及び注11に規定する歯科診療特別対応地域支援加算に相当する点数を合算した点数（298点）（以下、「新型コロナ歯科治療加算」という。）を算定できることとする。

なお、この取扱いは令和３年４月診療分からの取扱いとする。

４．〔略〕

その41（令和３年４月６日・事務連絡）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえた臨時的な診療報酬の取扱い等については、下記のとおりとするので、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。

記

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おける施設基準等の臨時的な取扱いについては、令和２年８月31日事務連絡「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）」（以下、「８月31日事務連絡」という。）の１⑵において示しているところである【→追補⑵参照】。

上記取扱いに関して、新型インフルエンザ等対策特措法（平成24年法律第31号）第31条の４第１項の規定に基づき、新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置（以下、「重点措置」という。）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、保険薬局及び訪問看護ステーションについて、８月31日事務連絡の１⑵①の対象医療機関等とみなすこととする。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。

以上

30頁　基本診療料【1-1】初･再診料の施設基準等

その29（令和２年10月30日・事務連絡）

問１　保険医療機関が「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」（令和２年９月４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「診療・検査医療機関（仮称）（以下、「診療・検査医療機関」という。）」として、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間において発熱患者等の診療等を実施する場合、Ａ000　初診料又はＡ001　再診料若しくはＡ002　外来診療料に係る加算については、どのような取扱いとなるか。

答　Ａ000　初診料の注７から注９に規定する加算又はＡ001　再診料注５から注７に規定する加算若しくはＡ002　外来診療料の注８及び注９に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。

なお、診療・検査医療機関において、発熱患者等の診療を、休日又は深夜に実施する場合に、当該保険医療機関を「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関とみなし、休日加算又は深夜加算について、それぞれの要件を満たせば算定できることとして差し支えない。

問２　保険医療機関が診療・検査医療機関として、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間において発熱患者等の診療等を実施する場合、診療報酬上における診療時間についてはどのような取扱いとなるか。

答　保険医療機関が診療・検査医療機関として、例えば、当該保険医療機関が表示する診療時間を超えて発熱患者等の診療等を実施する等、当該保険医療機関における診療時間の変更を要する場合であっても、当該保険医療機関において、診療・検査医療機関として指定される以前より表示していた診療時間を、当該保険医療機関における診療時間とみなすこととして差し支えない。

42頁　基本診療料【1-8】A001･注10 時間外対応加算

その29（令和２年10月30日・事務連絡）

問３　診療・検査医療機関において、発熱患者等の診療等を実施するために診療時間の変更が生じた場合、Ａ001　再診料の注10に規定する時間外対応加算に係る届出の変更を行う必要があるか。

答　不要。

146頁　基本診療料【6】A100 一般病棟入院基本料

その33（令和３年１月13日・事務連絡）

問１　令和２年２月14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」問１に「実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。」とあるが、新型コロナウイルス感染症患者を、都道府県から受け入れ病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合、一般病床とみなして、一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料を算定することとしてよいか。

答　差し支えない。

201頁　基本診療料【12】A106 障害者施設等入院基本料

その36（令和３年２月26日・事務連絡）

問８　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を算定する病棟に入院させた場合、どの入院基本料を算定するのか。

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」の「特定入院料を算定する病棟の場合」に準じ、障害者施設等入院基本料を算定する病棟のうち、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は急性期一般入院料７、13対１入院基本料を算定する病棟に入院させた場合は地域一般入院料２、15対１入院基本料を算定する病棟に入院させた場合は地域一般入院料３をそれぞれ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。

246頁 基本診療料【19】A205 救急医療管理加算

その34（令和３年１月22日・事務連絡）

問１　令和２年12月15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31）」（以下「12月15日事務連絡」という。）の２において、「新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）を算定できること」とされている。この場合において、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）」（以下「４月８日事務連絡」という。）の２(1)に示される救急医療管理加算１（950点）について、どのように考えれば良いか。

答　４月８日事務連絡に示される救急医療管理加算１については、12月15日事務連絡に示される二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数とは別に、「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和２年６月25日健感発0625第５号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）にある退院に関する基準を満たし、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。以下「感染症法」という。）第19条及び第20条の入院の勧告・措置が解除された後、最初に転院した保険医療機関における入院日を起算日として90日を限度として算定できる。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34））の発出日以降適用される。

問２　問１について、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関から、さらに、他の保険医療機関に転院した場合、４月８日事務連絡の２(1)に示される救急医療管理加算１（950点）について、どのように考えれば良いか。

答　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関から、やむを得ない理由等により、他の保険医療機関に転院した場合であっても、当該加算は引き続き算定できる。ただし、二回目以降の転院については、感染症法に基づく入院措置の終了後、最初に転院した保険医療機関における入院日を起算日とする。また、当該加算の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、最初に転院した保険医療機関における入院日及び転院前の保険医療機関における当該加算の算定日数を記載すること。（当該保険医療機関に転院するよりも前に、複数の転院がある場合は、それぞれの保険医療機関における当該加算の算定日数を記載すること。）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34））の発出日以降適用される。

432頁 基本診療料【73】特定入院料の施設基準（通則事項）

その32（令和３年１月８日・事務連絡）

問１　新型コロナウイルス感染症患者を地域包括ケア病棟入院料等の特定入院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（一般病床の地域包括ケア病棟に入院の場合は13対１の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定。）。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

その34（令和３年１月22日・事務連絡）

問３　新型コロナウイルス感染症患者として入院措置がなされている患者であって、特定集中治療室管理料等（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料をいう。以下同じ。）の算定日数の上限を超えてもなお、体外式心肺補助（以下「ECMO」という。）を必要とする状態である場合や、ECMOは離脱したものの人工呼吸器からの離脱が困難であるために特定集中治療室管理料等を算定する病室での管理が医学的に必要とされる場合に、どのように算定すればよいか。

答　算定日数の上限を超えても、特定集中治療室管理料等を算定してよい。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34））の発出日以降適用される。

その36（令和３年２月26日・事務連絡）

問９　令和３年１月22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34）」の問３において、「新型コロナウイルス感染症患者として入院措置がなされている患者であって、特定集中治療室管理料等（救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室

管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料をいう。以下同じ。）の算定日数の上限を超えてもなお、体外式心肺補助（以下「ECMO」という。）を必要とする状態である場合や、ECMOは離脱したものの人工呼吸器からの離脱が困難であるために特定集中治療室管理料等を算定する病室での管理が医学的に必要とされる場合」に、「算定日数の上限を超えても、特定集中治療室管理料等を算定してよい」とされているが、人工呼吸器管理に加えて急性血液浄化を必要とする状態である場合及び急性血液浄化から離脱したものの人工呼吸器からの離脱が困難であるために特定集中治療室管理料等を算定する病室での管理が医学的に必要とされる場合について、どのように算定すればよいか。

答　算定日数の上限を超えても、特定集中治療室管理料等を算定してよい。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36））の発出日以降適用される。

その42（令和３年４月21日・事務連絡）

問２　令和２年４月18日事務連絡（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12））３において、「新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれの入院料に係る簡易な報告（※）を行うことにより、該当する入院料を算定することができることとすること。※当該運用の開始に当たっては、運用開始の日付及び人員配置等について、各地方厚生（支）局に報告すること。」としているところであるが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ準備等により、当該運用の開始までに報告が間に合わない場合において、事前に各地方厚生（支）局に相談を行い、運用開始日より該当する入院料を算定し、追って簡易な報告を実施することでよいか。

答　差し支えない。

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40（令和３年４月６日・事務連絡）

問１　A308 回復期リハビリテーション病棟入院料注４イの体制強化加算１について、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、専従医師に係る要件を満たせなくなった場合、どのように考えれば良いか。

答　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の⑵①又は②に該当している期間については、直ちに辞退の届出を行う必要はない。ただし、要件を満たしていない間、体制強化加算１の算定は不可。

565頁　基本診療料【93】A312 精神病棟入院基本料

その37（令和３年３月８日・事務連絡）

問１　令和３年１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32）」問１において、新型コロナウイルス感染症患者を特定入院料を算定する病棟に入院させた場合には、「医療法上の病床種別と当該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。」とされているが、新型コロナウイルス感染症患者を、精神療養病棟入院料を算定する病棟に入院させた場合について、どのように考えれば良いか。

答　精神病棟入院基本料における特別入院基本料を算定することとしてよい。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

706頁　特掲診療料【22】B001-2-5 院内トリアージ実施料

その32（令和３年１月８日・事務連絡）

問２　新型コロナウイルス感染症以外の疾病により入院している者であって、入院中に新たに新型コロナウイルス感染症が疑われた場合に、やむを得ない理由で他の保険医療機関を受診させた場合、受診先の保険医療機関においてB001-2-5 院内トリアージ実施料は算定できるか。

答　「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行っている場合、算定可。ただし、DPC算定病棟に入院中の患者については入院中の保険医療機関において算定することとし、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問３　新型コロナウイルス感染症以外の疾病により入院している者であって、入院中に新たに新型コロナウイルス感染症が疑われた場合に、他の保険医療機関の保険医が対診を行った場合、B001-2-5 院内トリアージ実施料は算定できるか。

答　算定不可。

問４　新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施し、その後直ちに当該患者を入院させた場合、B001-2-5 院内トリアージ実施料は算定できるか。

答　「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行っている場合、算定可。なお、当該患者をDPC算定病棟に入院させた場合であっても同様に算定可。

問５　保険医療機関において、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者であって、新型コロナウイルス感染症であることが疑われるものに対し、必要な感染予防策を講じた上で診察を実施した場合、B001-2-5 院内トリアージ実施料は算定可能か。

答　算定可。

その43（令和３年４月30日・事務連絡）

問２　介護医療院等又は介護老人福祉施設に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合であって、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場合について、必要な感染予防策を講じた上で、介護老人福祉施設の配置医師又は介護医療院等の併設保険医療機関の医師が往診等を実施する場合、院内トリアージ実施料を算定できるか。

答　初・再診料、往診料等は別に算定できない（介護医療院に入所する者に対し併設保険医療機関の医師が往診した場合であって、介護医療院サービス費のうち他科受診時費用を算定した場合においては、往診料は別に算定できない。）が、院内トリアージ実施料は算定できる。なお、必要な感染予防策については、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行うこと。

724頁　特掲診療料【22】B001-3-2 ニコチン依存症管理料

その40（令和３年４月６日・事務連絡）

問２　B001-3-2 ニコチン依存症管理料について、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会）が改定され、第８版では、「標準的な禁煙治療プログラム」に沿った禁煙治療において、当面の間、初回及び５回目の診察についても、情報通信機器を用いた診療を実施してよいこととされたが、この場合、どの点数により算定すればよいか。

答　新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いとして、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って情報通信機器を用いた禁煙治療を実施した場合は、初回の診察については、B000 特定疾患療養管理料の２に規定する147点を、５回目の診察については、B001-3-2 ニコチン依存症管理料の１ロ(2)に規定する155点を、それぞれ算定して差し支えない。また、初回の診療から情報通信機器を用いた禁煙治療を実施した場合は、B001-3-2 ニコチン依存症管理料の２に規定する800点を算定して差し支えない。

なお、算定するに当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、情報通信機器を用いた診察であること及び何回目の診察であるかを記載すること。

問３　問２について、「初回の診察については、B000 特定疾患療養管理料の２に規定する147点を、５回目の診察についてはB001-3-2 ニコチン依存症管理料の１ロ(2)に規定する155点を、それぞれ算定して差し支えない。」とあるが、このとき、基本診療料等は別に算定できるか。

答　初回の診察について、B000 特定疾患療養管理料の２に規定する147点を算定した場合については、A000 初診料の注２に規定する214点（他の疾患について当該保険医療機関において初診があった場合には、A001 再診料の注９の規定による73点）を別に算定できる。

また、５回目の診察について、B001-3-2 ニコチン依存症管理料の１ロ(2)に規定する155点を算定した場合には、A001 再診料、A002 外来診療料、C000 往診料、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

731頁　特掲診療料【31】B002/B003 開放型病院共同指導料

その29（令和２年10月30日・事務連絡）

問４　B002 開放型病院共同指導料（Ⅰ）及びB003 開放型病院共同指導料（Ⅱ）について、新型コロナウイルス感染症対策等のため、開放型病院に自己の患者を入院させた保険医がリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合について、どのような取扱いとなるか。

答　新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いとして、開放型病院の保険医及び開放型病院に自己の患者を入院させた保険医が療養上必要な指導を共同で行うに当たり、開放型病院の保険医が患者と対面で共同指導を実施し、かつ、開放型病院に自己の患者を入院させた保険医が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導を行う場合には、それぞれの算定要件を満たすこととする。

795頁　特掲診療料【46】在宅療養支援診療所
795頁　特掲診療料【47】在宅療養支援病院

その43（令和３年４月30日・事務連絡）

問１　介護医療院又は介護老人保健施設（以下、「介護医療院等」という。）若しくは地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設（以下、「介護老人福祉施設」という。）に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合であって、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場合について、当該患者又はその看護に当たっている者からの新型コロナウイルス感染症に関連した訴えにより、緊急に求められ、医師が速やかに往診しなければならないと判断し、介護老人福祉施設の配置医師又は介護医療院等の併設保険医療機関の医師がこれを行った場合、緊急往診加算は算定できるか。

答　初・再診料、往診料は、別に算定できない（介護医療院に入所する者に対し併設保険医療機関の医師が往診した場合であって、介護医療院サービス費のうち他科受診時費用を算定した場合においては、往診料は別に算定できない。）が、緊急往診加算は算定できる。