

看護関連施設基準・食事療養等の実際（令和4年10月版） 追補(2)

令和5年（2023年）5月 社会保険研究所

以下の告示、事務連絡等により、本書の内容に一部改正、訂正、追加情報等がありましたので、追補いたします。

- 令和5年3月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について
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44）
- 令和5年3月30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45）
- 令和5年3月31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の感染症法上の位置づけの変更に伴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
- 令和5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の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて
- 令和5年4月17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の感染症法上の位置づけの変更に伴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」にかかる疑義解釈資料の送付について
- 令和5年4月20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の感染症法上の位置づけの変更に伴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」等の一部訂正について
- 令和5年4月21日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和5年度における外来データ提出加算等の取扱いについて
- 令和5年4月27日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴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」にかかる疑義解釈資料の送付について（その2）
- 令和5年4月28日 厚生労働省告示第180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
厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和5年度における「データ提出加算（A245）」の取扱いについて

頁	該当箇所	改正前	改正後
基本診療料の施設基準等			
入院基本料等加算			
5-39：A234-2 感染対策向上加算			
461	疑義解釈資料	<p>左欄上から3行目</p> <p>問8 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。</p> <p>答 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当する。 ㊦</p> <p>問9 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。</p> <p>答 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関が該当する。 ㊦</p> <p>問10 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。</p> <p>答 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。 ㊦</p>	〔削除する〕

頁	該当箇所	改正前	改正後
特掲診療料の施設基準等			
在宅医療			
2-14 : C152-2・2 持続血糖測定器加算			
998	施設基準告示 別表第九	右欄 下から 1行目 エレヌマブ製剤〈令4告示263〉 アバロパラチド酢酸塩製剤〈令4告示332〉 カプラシズマブ製剤〈令4告示332〉 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 〈令4告示332〉 フレマネズマブ製剤〈令4告示332〉 メトトレキサート製剤〈令4告示332〉 チルゼパチド製剤〈令5告示70〉 〔追補(1)で追加〕	エレヌマブ製剤〈令4告示263〉 アバロパラチド酢酸塩製剤〈令4告示332〉 カプラシズマブ製剤〈令4告示332〉 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 〈令4告示332〉 フレマネズマブ製剤〈令4告示332〉 メトトレキサート製剤〈令4告示332〉 チルゼパチド製剤〈令5告示70〉 ビメキズマブ製剤〈令5告示180〉

次の届出様式等を訂正

頁	該当届出様式等		本追補の頁
基本診療料・様式			
A500 看護職員処遇改善評価料			
1293	様式2	看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書	本追補 3 枚目
1294	様式3	看護職員処遇改善評価料 実績報告書	本追補 5 枚目
特掲診療料・様式			
1-11 : B001・33・イ 生殖補助医療管理料1			
829	様式5の12の2	生殖補助医療管理料に係る報告書	本追補 7 枚目

様式 2

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金改善実施期間

① 令和 年 月 ~ 令和 年 月

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分 区分 () 点数		点
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み		人
④本評価料による収入の見込額 (②×③×10円)		円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑦賃金改善の見込額 (⑤-⑥)		円

⑦は④以上か

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額		円
⑩ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)		円
⑪ベア等の割合 (⑩÷⑨)		%

⑩が⑨の2/3以上であるか

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額 (⑦+⑨)		円
⑮ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)		円
⑯ベア等の割合 (⑮÷⑭)		%

⑮が⑭の2/3以上であるか

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰賃金の種類		
<input type="checkbox"/> 基本給	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（新設）	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当（既存の増額）
<input type="checkbox"/> 賞与	<input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（新設）	<input type="checkbox"/> 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額）
<input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/>		
⑱賃上げの担保方法		
<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し		<input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し
<input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に（ <input type="text"/>		
⑲賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）		
<input type="text"/>		

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑩⑮ペア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦賃金改善の見込額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」及び「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- ~~6~~ 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- ~~6~~ 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- ~~7~~ 「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分									
	算定期間					点数の区分	点数		
a	令和	年	月	～	令和	年	月		点
b	令和	年	月	～	令和	年	月		点
c	令和	年	月	～	令和	年	月		点
d	令和	年	月	～	令和	年	月		点
②算定回数									
	算定期間					算定回数			
a	令和	年	月	～	令和	年	月		回
b	令和	年	月	～	令和	年	月		回
c	令和	年	月	～	令和	年	月		回
d	令和	年	月	～	令和	年	月		回
計									回
③本評価料による収入の実績額									
	算定期間					実績額			
a	令和	年	月	～	令和	年	月		円
b	令和	年	月	～	令和	年	月		円
c	令和	年	月	～	令和	年	月		円
d	令和	年	月	～	令和	年	月		円
計									円

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額		円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）		円
⑥は③以上か		

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額		円
⑨ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）		%
⑨が⑧の2/3以上であるか		

IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑭が⑬の2/3以上であるが	

V. 賃金改善実施期間

⑯	令和	年	月	～	令和	年	月
---	----	---	---	---	----	---	---

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Iの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 2 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 3 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 4 「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 4.5 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 5.6 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名： _____

報告年月日： _____ 年 7月 _____ 日

1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

1-1 配置人員	産婦人科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	泌尿器科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	看護師	() 名
	胚培養士/エンブリオロジスト	() 名
	コーディネーター	() 名
	カウンセラー	() 名

1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 () 年度)
	人工授精	() 件
採卵術	() 件	
体外受精	() 件	
顕微授精	() 件	
新鮮胚移植	() 件	
凍結・融解胚移植	() 件	

1-3 実施事項	自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとっている。（自医療機関で分娩を取り扱っている場合は回答不要）	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	<u>国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。</u>	<input type="checkbox"/> <u>該当する</u> <input type="checkbox"/> <u>該当しない</u>
	医療安全管理体制が確保されている	
	① 医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	② 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
③ 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	

④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑤	自医療機関において保存されている配偶子、受精卵の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑥	体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士／エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を20年以上としている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）

2-1 治療実績について				
○ 前年度に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績				
【新鮮胚（卵）を用いた治療成績】				
	IVF-ET	Split	ICSI	合計
採卵総回数（回）				
移植総回数（回）				
妊娠数（回）				
生産分娩数（回）				
移植あたり生産率（%）				
IVF-ET：採卵により得られた全ての卵子に対し、体外受精を実施 Split：採卵により得られた卵子に対し、体外受精と顕微授精に分けて実施 ICSI：採卵により得られた全ての卵子に対し、顕微授精を実施				
【凍結胚を用いた治療成績】				
	融解胚子宮内移植			
移植総回数（回）				
妊娠数（回）				
生産分娩数（回）				
移植あたり生産率（%）				

2-2 来院患者情報

○ 前年度に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数）

25歳未満：（ ）名

25歳以上30歳未満：（ ）名

30歳以上35歳未満：（ ）名

35歳以上40歳未満：（ ）名

40歳以上43歳未満：（ ）名

43歳以上：（ ）名

2-3 治療指針について

○ 施設における統一された治療指針がありましたら記載して下さい。

（治療指針の例）

- ・ 治療のステップアップ・ステップダウンに関する考え方
- ・ 年齢に応じた治療の選択
- ・ 調節卵巣刺激法（自然周期・低刺激、高刺激等）の選択等

[記載上の注意]

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。
- 2 「1-1」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第25条第1項）
- 3 「1-1」の配置人員について、胚培養士／エンブリオロジストについては、生殖補助医療胚培養士又は臨床エンブリオロジスト等の認定を受けている者又は大学において胚培養に関する専門的な教育を受けた者であって胚を取り扱う業務に従事しているものを記載すること。ただし、産婦人科専門医又は泌尿器科専門医が兼務している場合は、人数に含めない。
- 4 「1-1」の配置人員について、コーディネーター及びカウンセラーについては、産婦人科専門医・泌尿器科専門医・看護師・胚培養士／エンブリオロジストが兼務する場合には、コーディネーター及びカウンセラーには含めないこと。
- 5 「1-2」の治療内容、「2-1」の治療実績及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年度1年間の実績を記載すること。

関係事務連絡

令和5年度における「データ提出加算(A245)」の取扱いについて

(令和5年4月28日・厚生労働省保険局医療課事務連絡)

「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4年3月4日付け保医発0304第2号。以下「施設基準通知」という。)の別添3の第26の4【→509頁】において、区分番号「A245」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5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4年度診療報酬改定において、区分番号「A100」の「2」地域一般入院基本料【→197頁】、区分番号「A105」の「3」専門病院入院基本料(13対1)【→266頁】、区分番号「A106」障害者施設等入院基本料【→272頁】、区分番号「A306」特殊疾患入院医療管理料【→629頁】、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料【→696頁】及び区分番号「A310」緩和ケア病棟入院料【→702頁】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、引き続き当該入院料を算定するためには、許可病床数が200床未満のものにあっては経過措置期間中である令和6年〔2024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ること。また、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料については許可病床数に限らず令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなしますので、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5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

(1) 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【→390頁】を、令和5年〔2023年〕5月22日、8月21日、11月20日又は令和6年〔2024年〕2月20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6年2月20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、DPC調査事務局を通じて保険局医療課から事務連絡(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【→515頁】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。

(2) 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、提出用データの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、試行データの作成対象月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、試行データにおいては、外来E F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E F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		提出期限
			入院日	退院転棟日	
第1回目	5月22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21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20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20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。
 なお、調査実施説明資料に記載する様式1以外のデータ作成については下記の通り。
- ・様式3は、試行データ作成対象月各月1日時点の病床等の情報を入力すること。
 - ・様式4は、試行データ作成対象月に退院した症例全てを作成すること（自費患者等も含める）。
 - ・入院E F 統合ファイルは、試行データ作成対象月入院中の症例の医科保険診療項目等を作成すること。
 - ・Hファイルは、試行データ作成対象月の作成対象病棟入院症例の重症度、医療・看護必要度情報を作成すること。

(3) 本データの作成及び提出方法について

本データの作成等は、保険局医療課が様式40の7を受理した後、DPC調査事務局から本データ作成等に関する案内が電子メールにて配信されるため、当該連絡に従い本データを作成すること。その際の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4年3月4日付け保医発0304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5年5月22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5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5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【→515頁】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【→516頁】の届出実績がある病院及び令和5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【→515頁】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、DPC調査事務局を通じ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

(1) 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【→515頁】を用いて届出を行うこと。

(2) 当該届出が受理された月の属する四半期分から外来E F 統合ファイル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

- (1) 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」【データ提出開始届出書→515頁】
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」【データ提出加算に係る届出書→515頁】
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」【データ提出加算に係る辞退届→516頁】
病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課
- (2) 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。
- (3) 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(3)と同様である。

- (4) 既に急性期一般入院料1から6のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって、(3)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6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。
- (5) データ提出等に関する連絡は、1(1)③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。

853頁 1-17：B001-3 生活習慣病管理料
944頁 2-3：C003 在宅がん医療総合診療料
1006頁 5-1：疾患別リハビリテーション

関係事務連絡

令和5年度における外来データ提出加算等の取扱いについて（令和5年4月21日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

外来医療等におけるデータ提出に係る評価として令和4年度診療報酬改定で新設された、区分番号「B001-3」生活習慣病管理料注4に規定する外来データ提出加算【→853頁】、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料の注13、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の注7、区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料の注7に規定する在宅データ提出加算【→944頁】、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の注5、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の注7、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の注7、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の注7、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料の注5に規定するリハビリテーションデータ提出加算【→1013頁】（以下「外来データ提出加算等」という。）については、「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（以下「施設基準通知」という。）」にその手続きの取扱いについて、お示しているところですが、令和5年度における外来データ提出加算等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。

記

1 外来データ提出加算等の届出を希望する保険医療機関の手続きについて

(1) 必要な届出等の流れについて

- ① 当該保険医療機関は、施設基準通知に定める様式7の10【→855頁】を、令和5年〔2023年〕5月20日、8月22日、11月21日又は令和6年〔2024年〕2月20日までに地方厚生（支）局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に届け出ること。
※令和5年5月20日は閉庁日のため届出に際しては前日までに提出するよう留意すること。
- ② 様式7の10の届出を行った保険医療機関は、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6年2月20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、外来医療等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7の10を受領した後、外来医療等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、外来医療等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、保険局医療課からの事務連

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外来医療等調査事務局から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7の11【→855頁】を用いて地方厚生（支）局に届出を行うことで、外来データ提出加算等を算定することができる。なお、複数の外来データ提出加算等について届出を行う場合は、それぞれ該当する項目にチェックし届け出ること。

- ⑤ 様式7の11の届出を行った保険医療機関は、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、「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療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、外来医療等調査事務局に提出すること。

（※）なお、令和5年度の様式7の11の受理日及び作成すべきデータの関係については以下のとおり例示を示す。特に初回の届出となっている令和5年9月30日までに様式7の11が受理された場合についての作成すべきデータの扱いについてはこの限りではないため留意すること。

様式7の11受理日	加算開始	作成するべきデータ	オンラインによる提出期限
令和5年9月30日	令和5年10月	令和5年10月～12月	令和6年1月18日 12時 ※配送の場合：1月19日
令和5年10月1日	令和5年10月	令和5年10月～12月	令和6年1月18日 12時 ※配送の場合：1月19日
令和5年12月28日	令和6年1月	令和5年10月～12月	令和6年1月18日 12時 ※配送の場合：1月19日
令和6年1月4日	令和6年1月	令和6年1月～3月	令和6年4月18日 12時 ※配送の場合：4月19日
令和6年3月31日	令和6年4月	令和6年1月～3月	令和6年4月18日 12時 ※配送の場合：4月19日
令和6年4月1日	令和6年4月	令和6年4月～6月	未定

※ 作成するデータは、受理日で判断することに留意すること。

(2) 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、提出用データの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、試行データの作成対象月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。

	様式7の10 届出期限	試行データ 作成対象月	オンラインによる 試行データ提出期限
第1回目	5月20日	6月、7月	令和5年8月17日 12時 ※配送の場合：8月18日
第2回目	8月22日	9月、10月	令和5年11月16日 12時 ※配送の場合：11月17日
第3回目	11月21日	12月、1月	令和6年2月15日 12時 ※配送の場合：2月16日
第4回目	2月20日	2月、3月	令和6年4月18日 12時 ※配送の場合：4月19日

※ 第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式7の10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。

(3) 本データの作成及び提出方法について

本データの作成等は、厚生労働省保険局医療課が、様式7の11を受理した後、外来医療等調査事務局から本データ作成等に関する案内が電子メールにて配信されるため、当該連絡に従い本データを作成すること。その際の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4年3月4日付け保医発0304第1号）に定めるとおり、データの提出を行っていない場合又はデータの提出（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、当該月の翌々月以降について、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、外来医療等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。

2 その他留意事項等について

- (1) 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7の10」【データ提出開始届出書→855頁】
保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課
 - ②「様式7の11」【データ提出加算に係る届出書→855頁】
保険医療機関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7の12」【データ提出加算に係る辞退届→855頁】
保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課
- (2) 様式7の10の届出を行う場合は、1加算につき1届出とする。また、表題において届出を行う外来データ提出加算等の種別を判読できるようにすること。
- (3) 外来データ提出加算等に係る施設基準は、様式7の10の届出時点で満たすことは必須ではなく、様式7の11の届出時点で満たしていれば良いこと。
- (4) 当該調査年度において、データの提出に遅延等が累積して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7の12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外来データ提出加算等が算定できなくなる。なお、「遅延等」の考え方は1の(3)と同様である。
- (5) データ提出等に関する連絡は、1(1)③のデータ提出事務連絡を含め様式7の10にて登録された連絡担当者へ保険局医療課担当者又は外来医療等調査事務局より、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。
- (6) 外来医療等調査事務局メールアドレス
support@gairai.jp
当日16:30までに問い合わせのあった質問については、基本的には当日中に返信する（土日、祝日及び年末年始を除く）。

疑義解釈資料

436頁 5-36：A232 がん拠点病院加算

その44（令和5年3月29日・事務連絡）

問1 区分番号「A232」がん拠点病院加算の注2に規定するがんゲノム拠点病院加算の施設基準において、『がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について』（令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること」とされているが、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知）に基づき、令和5年4月1日より新たにがんゲノム医療中核拠点病院等の指定が行われた場合、令和5年4月1日以降どのように取り扱えばよいか。

答 当該施設基準の規定については、令和5年4月1日以降、『がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について』（令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること」と読み替えること。 ㊦

450頁 5-39：A234-2 感染対策向上加算

その45（令和5年3月30日・事務連絡）

問1 区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算について、「疑義解釈資料の送付について（その8）」（令和4年5月13日事務連絡）において、「保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、JANIS又はJ-SIPHEの参加申込書を窓口へ提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。」とされているが【→50頁】、令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加する場合及びJANIS又はJ-SIPHEから一度脱退した医療機関が再び参加する場合について、どのように考えればよいか。

答 令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たにJANIS又はJ-SIPHEに参加し、当該加算の施設基準の届出を行う場合、JANIS又はJ-SIPHEにデータを提出していることを示す書類を添付すること。

また、データ提出がないことにより参加登録を抹消される※など、JANIS又はJ-SIPHEから一度脱退した医療機関については、脱退した時点で速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げる必要があり、その後再びJANIS又はJ-SIPHEに参加し、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際には、JANIS又はJ-SIPHEにデータを提出していることを示す書類を添付すること。 ㊦

※参考：「院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に係る医療機関の参加要件について」（令和5年2月24日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡）

関係事務連絡

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴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

（令和5年3月31日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

今般、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）において、新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う保険医療機関等の診療報酬上の特例の見直しについて示されたところである。

上記に伴い、これまで「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」においてお示してきた診療報酬上の特例について、令和5年5月8日以降の取扱いについては、別添1から別添4【別添2～4・略】のとおり取り扱うこととしたの

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。

なお、これらの取扱いについては、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら、必要な見直しを行い、その上で、令和6年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととしているため、御留意いただきたい。

また、施設基準に関する特例の取扱い等については、別途事務連絡を発出する予定であることを申し添える。

別添1

医科診療報酬点数表関係

【通則】

- 本事務連絡において、「新型コロナウイルス感染症患者」とは、新型コロナウイルス感染症と診断された患者（新型コロナウイルス感染症から回復した患者を除く。）をいう。
- 本事務連絡に掲載する算定区分及び診療報酬点数については、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表による。ただし、以下の項目の点数については、令和4年診療報酬改定による改定前の点数を算定する。
 - ・ A205 救急医療管理加算1 950点
 - ・ A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する在宅患者支援病床初期加算 300点

【医科診療報酬点数表に関する特例】

1. 外来における対応に係る特例

(1) 疑い患者の診療に係る特例について

- ① 受入患者を限定しない外来対応医療機関（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17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）の2. (3)において示す発熱患者等の診療に対応する医療機関をいう。以下同じ。）であって、その旨を公表しているものにおいて、新型コロナウイルス感染症患者又は新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者（以下「疑い患者」という。）に対し、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合には、院内トリージ実施料（300点）【B001-2-5→840頁】を算定できる。

なお、「受入患者を限定しない外来対応医療機関」には、受入患者を限定しない形に令和5年〔2023

年〕8月末までの間に移行する外来対応医療機関を含めることとし、当該医療機関は5月8日以降で受入患者を限定しない形に移行するまでの間も、上記の要件を満たせば、院内トリージ実施料（300点）を算定できる。

- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の外来診療を行う保険医療機関が①の院内トリージ実施料（300点）を算定する要件を満たしていない場合において、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者に対し、必要な感染予防策を講じて診療を行った場合には、B000【特定疾患療養管理料】の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定する。

- ③ 新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者に対してのみ上記①における院内トリージ実施料（300点）を算定する保険医療機関については、特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第三の四の四(1)に規定する院内トリージ実施料の施設基準【→839頁】を満たしているものとみなすとともに、同告示第一に規定する届出は不要とすること。

なお、治療のため現に通院している新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者について、必要な感染予防策を講じた上で、診療を行った場合には、再診料等を算定した場合であっても、院内トリージ実施料（300点）又はB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定できる。

- ④ 上記①の院内トリージ実施料（300点）又は②のB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定する保険医療機関において、地域包括診療料【B001-2-9】、認知症地域包括診療料【B001-2-10】、小児かかりつけ診療料【B001-2-11】等、初再診料が包括されている医学管理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患者又は疑い患者に対し、必要な感染予防策を講じた上で診療を実施した場合にも、院内トリージ実施料（300点）又はB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定できる。

(2) 療養指導に係る特例について

- ① 入院中の患者以外の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係る診療（往診、訪問診療及び電話や情報通信機器を用いた診療を除く。）において、家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の療養上の指導を実施した場合にB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を発症日（無症状病原体保有者の場合は検体採取日）から起算して7日以内に限り算定できる。なお、指導内容の要点を診療録に記載すること。
- ② (1)①の院内トリージ実施料（300点）又は(1)②に示すB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）の算定を行った場合に、上記①に示すB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）について、併算定は可能である。

(3) その他加算の取扱い等について

- ① 保険医療機関が外来対応医療機関として、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、A000 初診料の注7から注9までに規定する加算又はA001 再診料の注5から注7まで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【時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝等加算】については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、外来対応医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者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」（昭和52年医発第692号）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、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者については算定できることとして差し支えない。
- ② 保険医療機関が外来対応医療機関として、例えば、当該保険医療機関が表示する診療時間を超えて新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者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、外来対応医療機関（診療・検査医療機関を含む）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。
- ③ 外来対応医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者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（5点、3点、1点）に係る届出の変更は不要である。

- ④ 入院調整時の診療報酬の特例については、「9. 入院調整に係る特例」を参照のこと。

2. 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例

- (1) 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例の期限について電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例については、以下の(2)及び(3)のとおりであり、当該特例については、令和5年〔2023年〕7月31日をもって終了する。
- (2) 初診料等に係る特例について
 - ① 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合について、A000 初診料の注2に規定する点数（214点）を算定できる。また、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定することができる。なお、本取扱いにより214点を算定する保険医療機関であって、令和5年8月以降も情報通信機器を用いた診療を行おうとするものについては、A000 初診料の注1ただし書きに規定する点数（251点）を算定できるよう、令和5年7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出ること。
 - ② 慢性疾患等を有する定期受診患者等に対し、電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合には、電話等再診料（73点）【A001】又は外来診療料（74点）【A002】を算定できる。また、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料【F000】、処方料【F100】、処方箋料【F400】、調剤技術基本料【F500】又は薬剤料を算定することができる。本取扱いにより外来診療料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に電話等による旨及び当該診療日を記載すること。また、診療録への記載については、電話等再診料の規定に基づいて対応されたい。なお、本取扱いにより電話等再診料又は外来診療料を算定する保険医療機関であって、令和5年8月以降も情報通信機器を用いた診療を行おうとするものについては、A001 再診料又はA002 外来診療料注1ただし書きに規定する点数（73点）を算定できるよう、令和5年7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出ること。
- (3) その他加算の取扱い等について
 - ① 慢性疾患又は精神疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等に基づく管理を行う場合は、B000【特定疾患療養管理料】の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を月1回に限り算定できる。

- ② (2)①に示すA000 初診料の注2に規定する点数(214点)、(2)①に示す電話等再診料(73点)又は外来診療料(74点)を算定する場合の注加算について、初診については、A000 初診料の注6から注9までに規定する加算、再診については、A001 再診料の注4から注7までに規定する加算又は注11に規定する加算、A002 外来診療料の注7から注9までに規定する加算【乳幼児加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算】について、それぞれの要件を満たせば算定できる。
- ③ 精神疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに精神療法を継続的に行い、通院・在宅精神療法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、当該計画に基づく精神療法を行う場合は、B000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数(147点)を月1回に限り算定できる。
- ④ 訪問看護・指導計画に基づき、保険医療機関が訪問を予定していた在宅患者訪問看護・指導料【C005→966頁】、同一建物居住者訪問看護・指導料【C005-1-2→975頁】又は精神科訪問看護・指導料【I012→1131頁】を算定している患者について、新型コロナウイルス感染症への感染を懸念する等の理由により当該患者等からの要望等があり、訪問看護・指導が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等による病状確認や療養指導等を行った場合は、当該保険医療機関は当該患者について、訪問看護・指導体制充実加算(150点)【C005・注15→974頁/C005-1-2・注6→977頁】のみを算定できる。この場合において、電話等による病状確認や療養指導等については、医師による指示の下、患者又はその家族等に十分に説明し同意を得た上で実施するものとし、その実施月に訪問看護・指導を1日以上提供していること。また、医師の指示内容、患者等の同意取得及び電話等による対応の内容について記録に残すこと。
- なお、本取扱いにより訪問看護・指導体制充実加算(150点)のみを算定する場合、当該保険医療機関が訪問を予定していた日数に応じて、月1回に限らず、電話等による対応を行った日について算定できるものとする。なお、すでに当該加算を算定している患者については、当該加算を別途算定できる。
- また、本取扱いに係る患者に対してのみ訪問看護・指導体制充実加算(150点)を算定する保険医療機関については、特掲診療料の施設基準等第四の四の三の四に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準【→962頁】を満たしているものとみなすとともに、同告示第一に規定する届出は不要とすること。
- ⑤ B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料について、当該患者の疾患の状態等を考慮した

上で治療上必要と判断した場合に限り、電話や情報通信機器を用いて結果を説明しても算定できる。このとき、治療方針等について記載した文書を後日患者に渡すこと。

3. 入院における対応に係る特例

- (1) 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療に係る特例
- ① 新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う保険医療機関において、重症の新型コロナウイルス感染症患者について、救命救急入院料【A300→565頁】、特定集中治療室管理料【A301→586頁】、ハイケアユニット入院医療管理料【A301-2→592頁】、脳卒中ケアユニット入院管理料【A301-3→603頁】、小児特定集中治療室管理料【A301-4→609頁】、新生児特定集中治療室管理料【A302→617頁】、総合周産期特定集中治療室管理料【A303→621頁】又は新生児治療回復室入院医療管理料【A303-2→624頁】(以下「特定集中治療室管理料等」という。)を算定する場合には、別表1【本追補20枚目】に示す点数を算定できる。
- なお、重症の新型コロナウイルス感染症患者には、人工呼吸器管理等を要する患者のほか、これらの管理が終了した後の状態など、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患者を含むものとする。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関において、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【A205→341頁】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200に相当する点数(1,900点)を算定できる。
- また、中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者のうち、継続的に診療が必要な場合には、15日目以降も当該点数を算定できる。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。
- なお、中等症の新型コロナウイルス感染症患者には、酸素療法が必要な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、入院加療の必要があると医学的に判断される患者を含むものとする。
- ③ 中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者のうち、呼吸不全を認める者については、呼吸不全に対する診療及び管理(以下「呼吸不全管理」という。)を要することを踏まえ、それらの診療の評価として、呼吸不全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300に相当する点数(2,850点)を算定できる。
- また、呼吸不全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のうち、継続的に診療が必要な場合には、15日目以降も当該点数を算定できる。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。

- ④ 新型コロナウイルス感染症患者として入院している患者であって、特定集中治療室管理料等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、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は、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できる。なお、この場合においては、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。

なお、救命救急入院料について、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により、当該保険医療機関内の特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院できない場合には、「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4年3月4日付け保医発0304第1号厚生労働省保険局医療課長通知）第1章第2部第3節A300(3)【→565頁】の規定にかかわらず、患者の同意を得た上で、救命救急入院料を算定できる。

(2) 入院における感染対策の特例について

- ① **別表2**【本追補22枚目】に示す入院料を算定する病棟において、新型コロナウイルス感染症患者を必要な感染予防策を講じた上で保険医療機関に入院させた場合、看護配置に応じて、1日につき**別表2**に示す二類感染症患者入院診療加算【A210・2】に相当する点数を算定できる。
- また、**別表2**に示す入院料又はA305 一類感染症患者入院医療管理料【→628頁】を算定する病棟以外の病棟において、新型コロナウイルス感染症患者を必要な感染予防策を講じた上で保険医療機関に入院させた場合、二類感染症患者入院診療加算（250点）を算定できる。
- なお、いずれの場合においても、初日については、新型コロナウイルス感染症疑い患者についても算定でき、その場合は摘要欄に新型コロナウイルス感染症を疑う理由について記載すること。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者を個室又は陰圧室に入院させた場合、**別表2**に示す入院料又はA305 一類感染症患者入院医療管理料を算定する病棟以外の病棟において、二類感染症患者療養環境特別加算（300点、200点）【A220-2】が算定できる。なお、初日については、新型コロナウイルス感染症疑い患者についても算定でき、その場合は摘要欄に新型コロナウイルス感染症を疑う理由について記載すること。

(3) その他加算の取扱い等に係る特例について

- ① 地域包括ケア病棟入院料【A308-3→692頁】を算定している病棟で新型コロナウイルス感染症患者を入院診療した場合、在宅患者支援病床初期加算（300点）を算定できる。
- ② 療養病棟入院料【A101→228頁】を算定している病棟で新型コロナウイルス感染症患者を入院診療した場合、在宅患者支援療養病床初期加算（350点）【A101・注6→230頁】を算定できる。
- ③ 新型コロナウイルス感染症患者が療養病棟入院基本料を算定している病棟に入院した場合、基本診療料の施設基準等別表第五の二【→213頁】に規定する「感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態」とみなす。
- ④ 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、ハイリスク妊娠管理加算（1,200点）【A236-2→483頁】を1入院につき10日を上限に算定できる。この場合において、算定上限日数（1入院につき10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、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した上で、11日目以降も算定できる。
- ⑤ 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、ハイリスク分娩管理加算（3,200点）【A237・1→486頁】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、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した上で、9日目以降も算定できる。
- ⑥ 入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対し、「日本リハビリテーション医学会感染対策指針（COVID-19含む）」（日本リハビリテーション医学会）等を参照し、必要な感染予防策を講じた上で、心大血管疾患リハビリテーション料【H000→1026頁】、脳血管疾患等リハビリテーション料【H001→1034頁】、廃用症候群リハビリテーション料【H001-2→1039頁】、運動器リハビリテーション料【H002→1047頁】又は呼吸器リハビリテーション料【H003→1054頁】を算定する場合に、1日につき1回、二類感染症患者入院診療加算（250点）【A210・2】を算定できる。
- なお、地域包括ケア病棟入院料等、疾患別リハビリテーションに係る費用が当該入院料に含まれる特定入院料を届け出ている病棟においても、上記と同様の疾患別リハビリテーションを実施した場合に、1日につき1回算定できる。また、(2)①に示す二類感染症患者入院診療加算（250点）と併算定して差し支えない。
- ⑦ 高齢者施設等からの入院患者に係る診療報酬の特例については「7. 高齢者施設等における特例(2)」を参照のこと。

(別表1)

別添1（医科診療報酬点数表関係）中、3（1）①に規定する特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院する新型コロナウイルス感染症患者については、次に示す点数を算定できることとする。

項目		点数	
A300救命救急入院料	救命救急入院料1	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上14日以内の期間	11,846点
	救命救急入院料2	(1) 3日以内の期間	17,703点
		(2) 4日以上7日以内の期間	16,029点
		(3) 8日以上14日以内の期間	14,057点
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上14日以内の期間	11,846点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上60日以内の期間	12,477点
	救命救急入院料4 イ 救命救急入院料	(1) 3日以内の期間	17,703点
		(2) 4日以上7日以内の期間	16,029点
		(3) 8日以上14日以内の期間	14,057点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3日以内の期間	17,703点
(2) 4日以上7日以内の期間		16,029点	
(3) 8日以上14日以内の期間		14,057点	
(4) 15日以上60日以内の期間		12,477点	

A301特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上14日以内の期間	18,950点
	特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上14日以内の期間	18,950点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上60日以内の期間	19,250点
	特定集中治療室管理料 3	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上14日以内の期間	12,177点
	特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上14日以内の期間	12,177点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上60日以内の期間	12,477点
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1	10,283点	
	ハイケアユニット入院医療管理料 2	6,336点	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料			9,020点
A301-4小児特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	24,476点	
	(2) 8日以上14日以内の期間	21,317点	
A302新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	15,809点	
	新生児特定集中治療室管理料 2	12,651点	
A303総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	11,072点	
	新生児集中治療室管理料	15,809点	
A303-2新生児治療回復室入院医療管理料			8,546点

(別表2)

別添1（医科診療報酬点数表関係）中、3（2）①に規定する入院料等を算定する病棟に入院する新型コロナウイルス感染症患者については、看護配置に応じて、以下の点数を算定できることとする。

	項目	点数	(参考) 施設基準において求める看護配置
A300 救命救急入院料	救命救急入院料1	500点	4対1
	救命救急入院料2	1,000点	2対1
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	500点	4対1
	救命救急入院料4 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
A301 特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料2 イ 特定集中治療室管理料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料3	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料4 イ 特定集中治療室管理料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料1	500点	4対1
	ハイケアユニット入院医療管理料2	500点	5対1
A301-3 脳卒中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	750点	3対1
A301-4 小児特定集中治療室管理料	1 7日以内の期間	1,000点	2対1
	2 8日以上期間	1,000点	2対1

A302 新生児特定 集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	750 点	3 対 1
	新生児特定集中治療室管理料 2	750 点	3 対 1
A303 総合周産期 特定集中治療室管 理料	母体・胎児集中治療室管理料	750 点	3 対 1
	新生児集中治療室管理料	750 点	3 対 1

4. 新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴う手続き等への柔軟な対応について

(1) 入院料の算定の特例について

新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、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管理料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の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できるとされているが、既に報告を行っている保険医療機関については、当面の間、当該入院料を引き続き算定できる。また、それぞれの入院料の注に規定する加算については、それぞれの施設基準及び算定要件を満たし簡易な報告を行ってれば算定できる。なお、本事務連絡発出以降に新たに運用開始の報告をすることはできない。

また、これらの入院料の算定に当たっては、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とともに、当該入院料を算定する病棟に入院した理由等を記録し、保管しておくこと。

(2) 特定入院料等を算定する病棟でコロナ患者の入院を受け入れた場合の特例について

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、医療法上の病床種別と当該入院基本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できる。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

② 新型コロナウイルス感染症患者を都道府県から受入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（607点）【A100・注2→201頁】を算定できる。

③ 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【A106→279頁】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6（1,382点）【A100・1・へ→201頁】を、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（1,153点）【A100・2・ロ→201頁】を、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（988点）【A100・2・ハ→201頁】をそれぞれ算定できる。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

④ 新型コロナウイルス感染症患者を、精神療養病棟入院料【A312→745頁】を算定している病棟に入院させた場合、精神病棟入院基本料における特別入院基本料（561点）【A103・注2→249頁】を算定できる。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

⑤ 新型コロナウイルス感染症患者を、緩和ケア病棟入院料【A310→706頁】を算定している病棟に当該患者を入院させた場合、急性期一般入院料6（1,382点）を算定できる。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

⑥ 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【A307→640頁】を算定する病棟に入院させた場合、一般病床の小児入院管理料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6（1,382点）、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（988点）を算定できる。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

(3) 入院中の抗ウイルス剤に係る特例について

① 新型コロナウイルス感染症の患者であって、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき療養に要する費用の額を算定する患者（同告示別表19の診断群分類点数表に基づき療養に要する費用の額を算定する患者以外の患者を除く。）に対し、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を投与した場合にあっては、当該薬剤に係る費用を別に算定できる。

② 地域包括ケア病棟入院料や療養病棟入院基本料等の基本診療料の施設基準等（令和4年3月4日厚生労働省告示第55号）別表第五の一の二【→213頁】、第五の一の三【→678頁】、第五の一の四【→711頁】及び第五の一の五【→740頁】に規定されている入院料を算定している病棟に入院している新型コロナウイルス感染症患者については、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行ったうえで投与した場合に、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できる。なお、調剤料や注射実施料等の算定については特に定めのない限り、医科点数表等の取扱いに基づき取り扱うことに留意されたい。

5. 回復患者の転院受け入れに係る特例

① 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関においては、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、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60日を限度として二類感染症患者入院診療加算【A210・2】の100分の300に相当する点数（750点）を算定できる。

② ①に加え、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は、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14日を限度として救急医療管理加算1（950点）を算定できる。

③ ①及び②については、やむを得ない事情により再転院した場合についても、引き続き算定できる

が、起算日は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それぞれ記載すること。なお、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。

6. 在宅医療等に係る特例

(1) 往診等を実施した場合における特例について

- ① 新型コロナウイルス感染症患者及び疑い患者に対して、往診等を実施する場合であって、必要な感染予防策を講じた上で当該患者の診療を行った場合に、院内トリアージ実施料（300点）【B001-2-5→839頁】を算定できる。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者に対して、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、在宅にて療養を行う新型コロナウイルス感染症患者であって、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、救急医療管理加算1（950点）を算定できる。
- ③ 上記②の場合であって、緊急往診加算（325点、650点、750点、850点）【C000・注1→924頁】の算定要件を満たしていれば、併算定して差し支えない。
- ④ 同一の患家等で2人以上の新型コロナウイルス感染症患者を診察した場合の救急医療管理加算1（950点）の算定については、2人目以降の新型コロナウイルス感染症患者について、往診料を算定しない場合においても算定できる。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合、在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」（2,400点）【C103・2→993頁】を算定できる。更に酸素ポンプ等を使用した場合には酸素ポンプ加算（880点、3,950点）【C157】、酸素濃縮装置加算（4,000点）【C158】、液化酸素装置加算（3,970点、880点）【C159】、呼吸同調式デマンドバルブ加算（291点）【C159-2】又は在宅酸素療法材料加算（780点、100点）【C171】を算定できる。また、「在宅酸素療法指導管理料2 その他の場合」以外の第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定するものに対して、在宅酸素療法を行う場合も同様である。ただし、これらの場合において、新型コロナウイルス感染症に係る対応である旨及び在宅酸素療法が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) 医療機関が訪問看護を実施した場合における特例について

- ① 新型コロナウイルス感染症患者及び疑い患者に対する訪問看護・指導を実施する場合について、当該患者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該患者の看護を行った場合、在宅移行管理加算（250点）【C005・注11→972頁／C005-1-2・注6→977頁】を月1回に限り算定できる。当該患者が精神科訪問看護・指導料【I012→1131頁】を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料を算定せずに、精神科訪問看護・指導料及び在宅移行管理加算（250点）を、月1回に限り算定できる。
なお、既に在宅移行管理加算（250点）を算定している利用者については、当該加算を別途月に1回算定できる。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者に対して、保険医療機関が緊急に訪問看護・指導を実施した場合、当該保険医療機関が診療所又は在宅療養支援病院以外であっても緊急訪問看護加算（265点）【C005・注4→969頁／C005-1-2・注6→977頁】が算定できる。
- ③ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合、長時間訪問看護・指導加算（520点）【C005・注5→969頁／C005-1-2・注6→977頁】又は長時間精神科訪問看護・指導加算（520点）【I012・注5→1134頁】を、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。
- ④ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、保険医療機関が訪問看護・指導計画に定めた訪問看護・指導を実施した場合、長時間訪問看護・指導加算又は長時間精神科訪問看護・指導加算の100分の50に相当する点数（260点）を、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。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、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、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【C005→956頁】又は同一建物居住者訪問看護・指導料【C005-1-2→975頁】を算定できる。
また、新型コロナウイルス感染症患者に対して、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、同一月に2回特別訪問看護指示書を交付することが可能である。この特別訪問看護指示書を月2回交付した場合、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算（100点）【C007・注2→982頁】を算定できる。

7. 高齢者施設等における特例

(1) 施設内療養に係る特例について

- ① 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「介護老人福祉施設等」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について、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は、救急医療管理加算1の100分の300に相当する点数(2,850点)を算定できる。なお、往診ではなく、看護職員とともに施設入所者に対してオンライン診療を実施した場合は救急医療管理加算1(950点)を算定できる。

- ② 介護医療院等又は介護老人福祉施設等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ついて往診を緊急に求められ、医師が速やかに往診しなければならないと判断し、介護老人福祉施設等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は、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、緊急往診加算(325点、650点、750点、850点)【C000・注1→924頁】を算定できる。
- ③ 介護医療院等又は介護老人福祉施設等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、介護老人福祉施設等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は、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、院内トリージ実施料(300点)【B001-2-5→840頁】を算定できる。
- ④ 介護医療院等又は介護老人福祉施設等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について、医師が酸素療法に関する指導管理を行った場合は、在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」(2,400点)【C103・2→993頁】を算定できる。
- ⑤ 介護療養病床等に入院している新型コロナウイルス感染症患者又は介護医療院等に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、抗ウイルス剤(新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)を、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行った上で投与した場合に、特掲診療料の施設基準等第十六第二号に規定する内服薬及び第三号に規定する注射薬のうち、「抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。)」とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できる。なお、調剤料や注射実施料等の算定については、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)等に基づき取り扱うことに留意されたい。

- ⑥ 高齢者施設等における調剤の特例については、別添3(調剤報酬点数表関係)「2. 高齢者施設等における調剤の特例」[略]を参照のこと。

(2) 施設外への入院等に係る特例について

介護医療院等若しくは介護老人福祉施設等に入所している者、特定施設若しくは地域密着型特定施設に入居している者又は認知症対応型共同生活介護等を受けている者若しくは在宅医療を受けている者が新型コロナウイルス感染症に感染し、医師の判断により入院が必要と判断された場合であって、「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟※」に入院した場合、当該病棟を有する保険医療機関において、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1(950点)を算定できる。なお、当該点数については3(1)②及び③に規定する救急医療管理加算1(1,900~2,850点)と併算定して差し支えない。

※「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」とは、以下のいずれにも該当する病棟をいう。

- イ 当該病棟に専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士が配置されていること
- ロ 入退院支援加算1又は2【A246→518頁】を届け出ていること
- ハ 特定機能病院以外の医療機関であること
- ニ 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していることが望ましいこと

なお、算定にあたっては、上記イの配置状況が確認できるよう、適切に記録しておくこと。

8. 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 厚生労働省が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法に基づき療養に要する費用の額を算定する患者(同告示別表19の診断群分類点数表に基づき療養に要する費用の額を算定する患者以外の患者を除く。)に対して、SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。)、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出及びSARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出(以下、「SARS-CoV-2核酸検出等」という。)並びにSARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出及びSARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出(以下、「SARS-CoV-2抗原検出等」という。)を実施した場合にあつては、別途、SARS-CoV-2核酸検出等(700点)及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料(150点)【D026・7】並びにSARS-CoV-2抗原検出等(560点、420点、300点)及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料(144点)

【D026・6】を算定できる。

- ② 特定機能病院において入院中の患者に対し、SARS-CoV-2核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等を実施した場合にあっては、SARS-CoV-2核酸検出等（700点）及びSARS-CoV-2抗原検出等（560点、420点、300点）は基本的検体検査実施料に含まれないものとし、別に算定できる。
- ③ 特定機能病院において入院中の患者に対し、SARS-CoV-2核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等を実施した場合にあっては、SARS-CoV-2核酸検出等について実施した微生物学的検査判断料（150点）及びSARS-CoV-2抗原検出等について実施した免疫学的検査判断料（144点）は基本的検体検査判断料に含まれないものとし、別に算定できる。
- ④ 次に掲げる入院料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2核酸検出等（700点）及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料（150点）並びにSARS-CoV-2抗原検出等（560点、420点、300点）及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料（144点）を算定できる。
 - ア 療養病棟入院基本料【A101→228頁】
 - イ 障害者施設等入院基本料【A106】（注5に規定する特定入院基本料【→280頁】又は注6【→282頁】に規定する点数を算定する場合に限る。）
 - ウ 有床診療所療養病床入院基本料【A109→306頁】
 - エ 救命救急入院料【A300→565頁】
 - オ 特定集中治療室管理料【A301→586頁】
 - カ ハイケアユニット入院医療管理料【A301-2→592頁】
 - キ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料【A301-3→603頁】
 - ク 小児特定集中治療室管理料【A301-4→609頁】
 - ケ 新生児特定集中治療室管理料【A302→617頁】
 - コ 総合周産期特定集中治療室管理料【A303→621頁】
 - サ 新生児治療回復室入院医療管理料【A303-2→624頁】
 - シ 特殊疾患入院医療管理料【A306→631頁】
 - ス 小児入院医療管理料【A307→640頁】
 - セ 回復期リハビリテーション入院料【A308→666頁】
 - ソ 地域包括ケア病棟入院料【A308-3→692頁】
 - タ 特殊疾患病棟入院料【A309→699頁】
 - チ 緩和ケア病棟入院料【A310→706頁】
 - ツ 精神科救急急性期医療入院料【A311→717頁】
 - テ 精神科急性期治療病棟入院料【A311-2→727頁】
 - ト 精神科救急・合併症入院料【A311-3→733頁】
 - ナ 児童・思春期精神科入院医療管理料【A311-4→736頁】
 - ニ 精神療養病棟入院料【A312→745頁】
 - ヌ 認知症治療病棟入院料【A314→750頁】

- ネ 特定一般病棟入院料【A317→761頁】
- ノ 地域移行機能強化病棟入院料【A318→769頁】
- ハ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料【A319→776頁】
- ヒ 短期滞在手術基本料【A400→783頁】

- ⑤ 入院中以外において、小児科外来診療料【B001-2】、地域包括診療料【B001-2-9】、認知症地域包括診療料【B001-2-10】、小児かかりつけ診療料【B001-2-11】、生活習慣病管理料【B001-3→856頁】、手術前医学管理料【B001-4】又は在宅がん医療総合診療料【C003→947頁】を算定する患者に対し、SARS-CoV-2核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2核酸検出等（700点）及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料（150点）並びにSARS-Cov-2抗原検出等（560点、420点、300点）及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料（144点）を算定できる。
- ⑥ 介護医療院等に入所する患者（介護医療院等において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を含む。）に対し、保険医療機関がSARS-CoV-2核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2核酸検出等（700点）及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料（150点）並びにSARS-CoV-2抗原検出等（560点、420点、300点）及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料（144点）を算定できる。
- ⑦ ①～⑥を算定する場合において、微生物学的検査判断料及び免疫学的検査判断料は月1回に限り算定することができる点数であることに留意すること。また、検査を実施した日時及び検査実施の理由等について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

9. 入院調整に係る特例

新型コロナウイルス感染症患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行い、診療情報提供料（I）を算定する場合、救急医療管理加算1（950点）を算定できる。なお、入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対しても同様の取扱いが可能である。

小児科外来診療料等の診療情報提供料（I）に係る費用が当該管理料等に含まれる場合においても、上記と同様に患者の紹介を実施した場合は救急医療管理加算1（950点）を算定できる。

また、本取扱いに係る患者に対してのみ救急医療管理加算1を算定する保険医療機関については、基本診療料の施設基準等第八の六の二に規定する救急医療管理加算の施設基準【→340頁】を満たしているものとみなすとともに、同告示第一【→107頁】に規定する届出は不要とすること。

関係事務連絡

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて

(令和5年4月6日・厚生労働省保険局医療課事務連絡)

今般、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」(令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)において、新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う保険医療機関等の診療報酬上の特例の見直しについて示されたところである。

上記に伴い、これまで「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」においてお示してきた施設基準等の特例について、令和5年5月8日以降の取扱いについては、別添のとおり取り扱うこととしたので、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りたい。

これらの取扱いについては、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら、必要な見直しを行い、その上で、令和6年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととしているため、御留意いただきたい。

なお、令和5年5月8日以降の診療報酬上の取扱いについては、本事務連絡及び「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴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」(令和5年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)【本追補12枚目】によることとし、これまで発出した「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」【→1300～1340頁】については同日をもって廃止する。

別添

1. 定数超過入院の取扱いについて

(1) 「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【→142頁】において、保険医療機関が同通知第1の1に規定する病床数を超過して入院させた場合、入院基本料を減額するものとされているところであるが、新型コロナウイルス感染症患者(新型コロナウイルス感染症と診断された患者(新型コロナウイルス感染症から回復した患者を除く。))をいう。以下同じ。)等を受け入れたことにより超過入院となった場合においては、当面の間、当該減額措置を適用しないものとする。

(2) 〔略〕

(3) (1)及び(2)により定数超過入院した際の入院料の算定については、以下のとおりとする。

①原則

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。

②会議室等病棟以外に入院させる場合

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録すること。

③医療法上、本来入院できない病棟に入院した場合又は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

○入院基本料を算定する場合

入院した病棟の入院基本料を算定する。ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定にかかわらず、入院基本料を算定する。

○特定入院料を算定する場合

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により、算定する入院基本料を判断すること。

2. 施設基準に係る特例について

(1) 施設基準に係る特例の期限について

施設基準に係る特例については、以下(2)から(7)までのとおりとし、(4)、(5)及び(7)を除き令和5年〔2023年〕9月30日をもって終了する。なお、(2)及び(3)の臨時的な取り扱いの対象とする保険医療機関及び訪問看護ステーション(以下「対象医療機関等」という。)は、次のとおりとする。

ア 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等

イ アに該当する保険医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等(市町村等の要請により新型コロナウイルスワクチン対応を行った保険医療機関を含む。)

ウ 新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

※ ア～ウに該当する保険医療機関等については、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病棟、他の保険医療機関等に職員を派遣した病棟及び感染し出勤できない職員が在籍する病棟だけではなく、それ以外の病棟においても、同様の取扱いとする。なお、ア～ウ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) 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

① 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、

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等に職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。）の第3の1(1)【→112頁】の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

- ② 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、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等に職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準通知の第3の1(3)及び(4)【→112頁】の規定にかかわらず、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は、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- ③ ①と②の同様の場合、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4年3月25日保医発0325第4号）の第1の4(2)②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。
- ④ ①から③の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、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職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

⑤ ①及び②の場合においても、看護要員の労働時間が適切であることが求められることは当然のことであり、例えば、非常勤職員を新たに採用するなど、看護要員の過重労働の防止に配慮すべきである。

(3) 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 対象医療機関等に該当する場合は、平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件及び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について、基本診療料の施設基準等通知、「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4年3月4日保医発0304第3号。以下「特掲診療料の施設基準通知」）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4年3月4日保医発0304第4号）（以下、「施設基準通知等」という。）における当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- ② 対象医療機関等において、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより、特定入院料等の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院した場合（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否を判断する。

(4) 対象医療機関等に該当しなくなった後の施設基準の取扱い等について

- ① 平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件及び直近の一定期間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について、当該一定期間に当該保険医療機関等が対象医療機関等であった月が含まれる場合は、以下ア又はイにより算出できることとする。
ア. 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1：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、当該年の11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						当該年										
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10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
- ：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

イ. 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2：ある年の8月から9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、当該年の11月時点での「直近3か月の実績」を求める対象とする期間

前年				当該年										
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10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

例3：ある年の5月から7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、当該年の11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			当該年									
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10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

② 〔略〕

(5) 〔略〕

(6) その他の取扱いについて

① 月平均夜勤時間数については、同一入院基本料を算定する病棟全体で算出することとされているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために月の途中から病床数又は病棟数を変更した場合、診療報酬上の評価のための当該月における月平均夜勤時間数を算出することは困難であること、また、令和5年9月30日までの間は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、変更の届出を行わなくてもよいとされていることから、勤務状況等について十分に把握するとともに、勤務実績に係る記録を保管しておくことで差し支えない。

② 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て令和5年3月31日までに簡易な報告を行った病棟について、ハイケアユニット入院医療管理料【A301-2→589頁】の施設基準における病床数の上限について、特例的に超えてもよいものとする。

③ 回復期リハビリテーション病棟入院料【A308】注4イの体制強化加算1【→646頁】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さなくなった場合、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の算定はできない。

④ 看護職員夜間配置加算【A207-4→374頁/A308-3・注7→678頁/A311・注5→713頁/A311-3・注5→732頁】、病棟薬剤業務実施加算【A244→500頁】等については、算定する保険医療機関の各病棟において配置要件を満たすことが求められているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により休棟になる病棟については、配置要件を満たす必要はない。なお、病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間の要件についても同様である。

⑤ 病棟薬剤業務実施加算【A244→500頁】の施設基準において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟があってはならないこととされているが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため病棟での滞在時間を制限している場合等により施設基準を満たさなくなった場合については、直ちに変更の届出を行う必要はない。

(7) 特例により届出を行わなかった対象医療機関等における報告について

対象医療機関等が、施設基準等を満たさなくなった場合に特例により届出を行わなかった場合、令和5年10月における入院基本料及び特定入院料の施設基準に関する状況について自己点検を行い、令和5年11月17日までに各地方厚生（支）局へ当該点検結果を報告すること。なお、令和5年4月1日以降に新たに施設基準を届け出た又は施設基準の変更を行った保険医療機関等、施設基準通知等において毎年7月に報告を求めている施設基準であって、7月の報告において施設基準を満たしていた保険医療機関等については届出を省略して差し支えない。

当該報告において、施設基準を満たしていない保険医療機関等については、速やかに変更の届出を行うこと。

また、報告様式については、別途お示しする予定である。

3. 〔略〕

4. その他の取扱いについて

(1) 臨時的医療施設開設の取扱いについて

「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4年3月4日保医発0304第2号）の第2の7【→111頁】において、各月の末月までに基本診療料の施設基準の要件審査を終え、届出を受理した場合の取扱いに係り、月の最初の開庁日に要件審査を終えた場合を除き、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定す

るとされているところである。新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、この規定にかかわらず、当分の間、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとする。

(2) 抗ウイルス薬について

小児科外来診療料【B001-2】、小児かかりつけ診療料【B001-2-11】、在宅時医学総合管理料【C002】、施設入居時等医学総合管理料【C002-2】又は在宅がん医療総合診療料【C003→947頁】を算定する患者に対し、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）を処方した場合については、別途、薬剤料を算定できる。

疑義解釈資料

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴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」にかかる疑義解釈資料の送付について〔その1〕

(令和5年4月17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の感染症法上の位置づけの変更に伴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」にかかる疑義解釈資料の送付について(その2)

(令和5年4月27日・厚生労働省保険局医療課事務連絡)

その1 (令和5年4月17日・事務連絡)

問7 新型コロナウイルスに感染した（感染の疑いがある場合を含む）医師が無症状であるなどにより自宅等において療養を行っている場合に、保険医療機関以外に所在する当該医師が、患者に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行う場合、当該診療にかかる診療報酬を算定することは可能か。

答 可能。ただし、情報通信機器を用いた診療を実施する場合は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月（令和5年3月一部改訂））に示される医師の所在に関し最低限遵守する事項を遵守すること。なお、A000 初診料、A001 再診料又はA002 外来診療料注1ただし書きに規定する点数を算定する場合には、情報通信機器を用いた診療を実施した場所について、事後的に確認可能な場所であること。

問9 高齢者施設等における施設外への入院等に係る特例について、「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」の要件として「ニ 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していることが望ましいこと」とあるが、介護保険施設等とは具体的にどのような施設を指すか。

答 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所が該当する。

問10 高齢者施設等における施設外への入院等に係る特例について、「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」の要件として「ニ 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していることが望ましいこと」とあるが、地域の介護保険施設等との連携について、具体的にどのような体制を想定しているか。

答 具体的には以下のような体制を想定している。

- ・介護保険施設等からの電話等による相談への対応ができること
- ・介護保険施設等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について、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ぬと判断した場合に往診を実施できること
- ・やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合において、オンライン診療ができること
- ・介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染し、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の要否の判断及び必要に応じた入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）ができること

※参考：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部発令和5年3月17日付事務連絡）

問13 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例の取扱いについて、令和5年〔2023年〕5月8日から変更することとされているが、令和5年5月7日以前より入院している患者における令和5年5月8日以降の特例の算定について、どのように考えればよいか。

答 令和5年5月31日までの間は、変更前の特例に基づいて算定すること。
 なお、令和5年6月1日以降は、当該患者の入院日にかかわらず、変更後の特例に基づいて算定すること。

その2 (令和5年4月27日・事務連絡)

問3 問1及び「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴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」(令和5年3月31日保険局医療課事務連絡)における「新型コロナウイルス感染症から回復した患者」とは、どのような患者を指すのか。

答 「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」を参考に、新型コロナウイルスの感染性がある期間が終了したと医学的に考えられる患者を指す。

340頁 5-4：A205 救急医療管理加算

その1 (令和5年4月17日・事務連絡)

問6 新型コロナウイルス感染症患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行い、診療情報提供料（I）を算定する場合、救急医療管理加算1（950点）を算定できるとされているが、当該医療機関が入院調整を行わず、各都道府県・保健所設置市・特別区、医療関係団体、他医療機関、あるいは外部業者等が入院調整を実施した場合に算定は可能か。

答 不可。

問8 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。）、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。）に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合について、「往診ではなく、看護職員とともに施設入所者に対してオンライン診療を実施した場合は救急医療管理加算1（950点）を算定できる。」とされているが、看護職員とは介護医療院等又は介護老人福祉施設の看護職員又はオンライン診療を実施する医療機関の看護職員のどちらが対応してもよいのか。

答 そのとおり。
 なお、当該医療機関の看護職員が当該施設に赴いて対応する場合、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を別に算定できない。

450頁 5-39：A234-2 感染対策向上加算

その1 (令和5年4月17日・事務連絡)

問3 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の類型変更後においては、どのような保険医療機関が該当するか。

答 現時点では、令和5年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。
 なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」(令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の間8【→461頁】は廃止する。

問4 区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…疑い患者を受け入れる体制」について、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の類型変更後において、どのような保険医療機関が該当するか。

答 現時点では、地域の診療所からの要請等に応じて新型コロナウイルス感染症を疑う患者を救急患者として診療し新型コロナウイルス感染症と診断する場合に、必要に応じて当該患者の受入が可能な体制を確保したうえで、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の間9【→461頁】は廃止する。

問5 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて…発熱患者の診療等を実施する体制」について、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の類型変更後において、どのように考えたらよいか。

答 現時点では、外来対応医療機関（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け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）の2.（3）において示す発熱患者等の診療に対応する医療機関をいう。）であって、その旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない又は受入患者を限定しない形に令和5年8月末までに移行することとしているものが該当する。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の間10【→461頁】は廃止する。

839頁 1-13：B001-2-5 院内トリアージ実施料

その1（令和5年4月17日・事務連絡）

問1 院内トリアージ実施料（300点）を算定できる「受入患者を限定しない外来対応医療機関」には、受入患者を限定しない形に令和5年8月末までの間に移行する外来対応医療機関を含めるとされているが、算定開始時点で受入患者を限定している医療機関について、どのように令和5年8月末までに移行する旨を示せばよいか。

答 受入患者を限定しない形での受け入れを開始する時期（例：令和5年〇月から）を示した文書を院内に掲示すること。

問2 院内トリアージ実施料（300点）又はB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定する場合に必要な感染予防策とは具体的にどのようなものを想定されているか。

答 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第9.0版」及び一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版」等に示す内容に沿って、院内感染防止等に留意した対応を行うこと。

※新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについての追加情報は、社会保険研究所ウェブサイト「追補・訂正表」「診療報酬関連情報ナビ」に随時掲載していますので、参照ください。

<https://www.shaho.co.jp/publication/addendum/>
<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>

※概要は **note** で解説します。

<https://media.shaho.co.jp/>