

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂 (医政発 0330-4) ……………	p.65
通	『「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関する Q&A について』の改訂 (医政医発 0330-1) ……………	p.66
通	「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 (保医発 0331-2) ……………	p.66
事	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／一部訂正 (3/31, 4/20 保険局医療課) ……………	p.66
事	疑義解釈資料の送付 (その 47) (4/5 保険局医療課) ……………	p.73
事	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／一部訂正 (4/6, 20 保険局医療課) ……………	p.74
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (4/13 告示 172, 4/28 告示 179) ……	p.76
事	「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」にかかる疑義解釈資料の送付 (その 1, 2) (4/17, 27 保険局医療課) ……………	p.77
事	事務連絡の一部訂正 [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 81)] (4/20 保険局医療課) ……………	p.78
告	療担規則等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改正等 (4/28 告示 180) ……………	p.78
通	新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱い (廃止) (健感発 0320-2) ……………	p.79

* 本欄で示す“p.00/p.00”は、原則“診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2022 年 4 月版/2023 年 4 月増補版”ページ数です。



通

〔診療点数早見表 2023 年 4 月増補版〕では加筆・訂正済み

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂

令和 5 年 3 月 30 日
医政発 0330 第 4 号

(p.60 右段(3)の「i」最後の「・」, 下線部訂正)

(3) 診療計画

【最低限遵守する事項】

- i 医師は (中略)
 - ・情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任の範囲 (責任分界点) 及びそのとぎれがないこと等の明示

(p.61 左段 3～19 行目, 訂正・追加)

(4) 本人確認

【最低限遵守する事項】

- ~~i~~ 医師が医師免許を保有していることを患者が確認できる環境を整えておく。ただし、初診を直接の対面診療で行った際に、社会通念上、当然に医師であると認識できる状況であった場合、その後に実施するオンライン診療においては、患者からの求めがある場合を除き、医師である旨の証明をする必要はない。
- i 緊急時などに医師、患者が身分確認書類を保持していない等のやむを得ない事情がある場合を除き、(中略) ただし、かかりつけの医師がオンライン診療を行う場合等、社会通念上、当然に医師、患

者本人であると認識できる状況であった場合には、診療の都度本人確認を行う必要はない。

- ii 初診でオンライン診療を実施する場合、当該患者の本人確認は、原則として、顔写真付きの身分証明書 (マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等) で行うか、顔写真付きの身分証明書を有しない場合は、2種類以上の身分証明書を用いる、あるいは1種類の身分証明書しか使用できない場合には、当該身分証明書の厚みその他の特徴を十分に確認した上で、患者本人の確認のための適切な質問や全身観察等を組み合わせ、本人確認を行う。
- iii 医師の本人証明の方法として、なりすまし防止のために、社会通念上、当然に医師本人であると認識できる場合を除き、原則として、顔写真付きの身分証明書 (HPKI カード、マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等) を用いて医師本人の氏名を示す。なお、身分証明書の提示は医師の氏名の確認が目的であり、医籍登録番号、マイナンバー、運転免許証番号、パスポート番号、住所、本籍等に係る情報を提示することを要するもの

ではない。

- iv 「医籍登録年」を伝える (医師免許証を用いることが望ましい) など、医師が医師の資格を保有していることを患者が確認できる環境を整えておく。また、必要に応じて、厚生労働省の「医師等資格確認検索」(氏名、性別、医籍登録年) を用いて医師の資格確認が可能である旨を示す。ただし、初診を直接の対面診療で行った際に、社会通念上、当然に医師であると認識できる状況であった場合、その後に実施するオンライン診療においては、患者からの求めがある場合を除き、医師である旨の証明をする必要はない。

【確認書類の例】

- ~~i~~ 医師の免許確認: HPKI カード (医師資格証)、医師免許証の提示の活用
 - i 患者の本人確認: 健康保険証 (被保険者証)、マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の提示
 - ii 医師の本人証明: HPKI カード (医師資格証)、マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の提示
 - iii 医師の資格証明: HPKI カード (医師資格証)、医師免許証の提示の活用

〔「診療点数早見表 2023 年 4 月増補版」では加筆・訂正済み〕

通

『「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関する Q&A について』の改訂

令和 5 年 3 月 30 日
医政医発 0330 第 1 号

(p.61 右段下から 23～19 行目, 下線部訂正)
【医師－患者関係／患者合意】

Q3 患者合意について「医師は、患者がオンライン診療を希望する旨を明示的に確認すること」とありますが、「明示的」とは何ですか。

A3 オンライン診療に関する留意事項の説明がなされた文書等を用いて患者がオ

ンライン診療を希望する旨を書面（電子データを含む）において署名等（カルテへの記載等を含む）をしてもらうことを指します。

(p.62 右段 14～20 行目, 下線部訂正)

【本人確認】

Q14 患者が身分証明書を保持していない

など、本指針に沿った本人証明を行うことができない場合はどうすればよいですか。

A14 オンライン診療の場合には、(中略) 2 種類又は 1 種類の身分証明書をを用いた本人証明を行うこともできない場合には、(以下略)

通

「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

令和 5 年 3 月 31 日
保医発 0331 第 2 号

【解説】特定保険医療材料の一部が改正されました。4 月 1 日からの適用です。

(p.1010 左段下から 10 行目, 下線部訂正)

→経カテーテル人工生体弁セットの算定

イ 外科的又は経カテーテル的に留置した(以下略)

(p.1010 右段 7～14 行目, 下線部訂正)

→経カテーテル人工生体弁セットの定義

【定義】次のいずれにも該当すること。

② 狭窄した自己心臓弁又は機能不全に陥った外科的に留置した生体弁若しくは経カテーテル的に留置した大動脈生体弁、又は右室流出路心外導管(以下略)

【機能区分の定義】

① バルーン拡張型人工生体弁セット・期限付改良加算なし：次のいずれにも該当する。

ウ ②に該当しない。

② バルーン拡張型人工生体弁セット・期限付改良加算あり：次のいずれにも該当する。

ア 人工生体弁の拡張に際してバルーンカテーテルを用いるものである。

イ バルーンカテーテルが含まれる。

ウ 心膜にキャッピング処理及びグリセリン処理が施されている。

事

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／一部訂正

令和 5 年 3 月 31 日, 4 月 20 日
保険局医療課事務連絡

【解説】新型コロナの感染症法上の位置付けが、5 月 8 日より「新型インフルエンザ等感染症」から「5 類」に移行されることに伴い、診療報酬上の臨時的な取扱いの見直しが示されました。

(4/20 訂正事務連絡により下線部訂正)

【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 1 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

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、院内トリアージ実施料(300 点)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 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、院内トリアージ実施料(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の院内トリアージ実施料(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 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における院内トリアージ実施料(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 3 の 4 の 4(1)に規定する院内トリアージ実施料の施設基準を満たしているものとみなすとともに、同告示第 1 に規定する届出は不要とする。

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、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料等、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

- 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。

- 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

- 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。

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

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7月31日をもって終了する。

(2) 初診料等に係る特例

- 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。

- 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）又は外来診療料（74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。

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。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。

(3) その他加算の取扱い等

- 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、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)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。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。

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4の4の3の4に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準を満たしているものとみなすとともに、同告示第1に規定する届出は不要とする。

- 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。

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、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(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。

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。

- 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。

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年保医発0304第1号)第1章第2部第3節A300(3)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

- ① 別表2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。

- 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）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。
- (3) **その他加算の取扱い等に係る特例**
 - ① 地域包括ケア病棟入院料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）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5の2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）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）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、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する場合に、1日につき1回、二類感染症患者入院診療加算（250点）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。

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

(1) 入院料の算定の特例

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こととされているが、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いれば算定できる。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。

(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

- 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）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）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）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）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）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（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の新型コロナウイルス感染症患者）を、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院させた場合、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**
- 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5の1の2, 3, 4及び5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。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。

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

- 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）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）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）を算定できる。更に酸素ボンベ等を使用した場合には酸素ボンベ加算（880点、3,950点）、酸素濃縮装置加算（4,000点）、液化酸素装置加算（3,970点、880点）、呼吸同調式デマンドバルブ加算（291点）又は在宅酸素療法材料加算（780点、100点）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。

(2) 医療機関が訪問看護を実施した場合における特例

- 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）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）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）又は長時間精神科訪問看護・指導加算（520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。
- 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・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定できる。

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)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

- 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)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は、往診料は別に算定できない)が、

院内トリアージ実施料(300点)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)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16第2号に規定する内服薬及び第3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。
- ### (2) 施設外への入院等に係る特例
- 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
 - ロ 入退院支援加算1又は2を届け出て

いる

- ハ 特定機能病院以外の医療機関である
 - 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
- 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、適切に記録をしておく。

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。
- 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
- イ 障害者施設等入院基本料（注5に規定する特定入院基本料又は注6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
- エ 救命救急入院料
- オ 特定集中治療室管理料
- カ ハイケアユニット入院医療管理料
- キ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ク 小児特定集中治療室管理料
- ケ 新生児特定集中治療室管理料
- コ 総合周産期特定集中治療室管理料
- サ 新生児治療回復室入院医療管理料
- シ 特殊疾患入院医療管理料
- ス 小児入院医療管理料
- セ 回復期リハビリテーション入院料
- ソ 地域包括ケア病棟入院料
- タ 特殊疾患病棟入院料
- チ 緩和ケア病棟入院料
- ツ 精神科救急急性期医療入院料

- テ 精神科急性期治療病棟入院料
- ト 精神科救急・合併症入院料
- ナ 児童・思春期精神科入院医療管理料
- ニ 精神療養病棟入院料
- ヌ 認知症治療病棟入院料
- ネ 特定一般病棟入院料
- ノ 地域移行機能強化病棟入院料
- ハ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
- ヒ 短期滞在手術基本料

⑤ 入院中以外において、小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療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。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。

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8の6の2に規定する救急医療管理加算の施設基準を満たしているものとみなすとともに、同告示第1に規定する届出は不要とする。

（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 (2) 8日以上14日以内の期間	21,317点 18,950点
	特定集中治療室管理料 2	(1) 7日以内の期間	21,317点
	イ 特定集中治療室管理料	(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 (2) 8日以上60日以内の期間	21,317点 19,250点
	特定集中治療室管理料 3	(1) 7日以内の期間 (2) 8日以上14日以内の期間	14,546点 12,177点
	特定集中治療室管理料 4	(1) 7日以内の期間 (2) 8日以上14日以内の期間	14,546点 12,177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	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	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

事

疑義解釈資料の送付 (その 47)

令和5年4月5日
保険局医療課事務連絡

【注射薬】

問 1 「ゾレア皮下注用 150mg, 同皮下注 75mg シリンジ及び同皮下注 150mg シリンジ」(以下、本製剤という)について、「季節性アレルギー鼻炎(既存治療で効果不十分な重症又は最重症患者に限る)」に用いる場合は、「本製剤の投与前に、既存治療を行ってもコントロール不十分な

鼻症状が1週間以上持続することを同一の医療機関で確認する」[「ヒト化抗ヒト IgE モノクローナル抗体製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」(令和元年12月11日付け保医発1211第2号)]とされているが、本規定は、シーズンごとの投与前に確認を求めるものではなく、当該医療機関に

において本製剤による治療歴のない患者に初めて投与する際の規定と解してよいか。

答 差し支えない。

【外用薬】

問 2 湿布薬については、1処方につき63枚の上限枚数となっているが、ジクトル

テープ75mgを「腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群及び腱鞘炎における鎮痛・消炎」の目的で使用する場合も同取扱いの対象となるか。また、ジクトルテープ75mgを含め、処方された湿布薬全体の合計上限枚数が63枚ということか。

答 そのとおり。本剤は、当該取扱いに該当している既存の製剤とは異なり、製剤

上の工夫により全身作用を有する経皮吸収型製剤であり、薬効分類が解熱鎮痛消炎剤である。ただし、本剤は当該取扱いに該当する医薬品と同様の「効能又は効果」も有している貼付剤であることから、「腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群及び腱鞘炎における鎮痛・消炎」の目的で使用する場合は対象となる。また、医

師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

また、「各種がんにおける鎮痛」の目的で使用する場合は、当該取扱いの対象とならない。

事

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／一部訂正

令和5年4月6日、20日
保険局医療課事務連絡

【解説】新型コロナの感染症法上の位置付けが「5類」に移行されることに伴い、施設基準等の臨時的な取扱いの見直しが示されました。

(4/20 訂正事務連絡により下線部訂正)

1. 定数超過入院の取扱い

(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) 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(令和4年厚生労働省告示第75号)第1項の規定により療養に要する費用の額の算定を行う病院が同告示第4項第1号に規定する病床数を超過して入院させた場合においては、同告示第1項の規定による算定を行わない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、同項の規定による算定を行うものとする。

(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。

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。

2. 施設基準に係る特例

(1) 施設基準に係る特例の期限

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9月30日をもって終了する。なお、(2)及び(3)の臨時的な取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

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)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)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。

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に係る要件の取扱い

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

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 「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1(2)④に規定する（データ/病床）比及びDPC対象病院の機能評価係数Ⅱにおける診療実績に基づく指数（効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数）の取扱いについて、「対象医療機関等に該当する期間を、実績を求め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期間とすることにより算出した場合」、「対象医療機関等に該当する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て算出した場合」及び「通常と同様の取扱いをした場合」を比較して最も高い値を用いる。

(5) 研修要件にかかる取扱い

① 再診料の注12 地域包括診療加算及び地域包括診療料の施設基準に規定する慢性疾患の指導に係る適切な研修について、2年毎の届出が必要とされているが、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、当該研修が中止される等のやむを得ない事情により、研修に係る施設基準を満たせない場合、届出を辞退する必要はなく、引き続き算定可能である。当該特例については、本事務連絡発出から2年を経過した日に終了する。

② 歯科点数表の初診料の注1の施設基準に規定する院内感染防止対策に係る研修について、4年以内の受講が必要とされているが、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、当該研修が中止される等のやむを得ない事情により、研修に係る施設基準を満たせない場合、届出を辞退する必要はなく、引き続き算定可能である。当該特例については、令和5年9月30日に終了する。

(6) その他の取扱い

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、病棟薬剤業務実施加算等については、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

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。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。

また、報告様式については、別途お示しする予定である。

3. 初診時の選定療養費の取扱い

- ① 新型コロナウイルスの感染が疑われる患者が「受診・相談センター」等において、複数の医療機関の案内を受け、その中から患者自身が200床以上の病院であって、外来対応医療機関である医療機関を選択した場合、初診時の選定療養費の支払いを求めないことができる。「その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」に該当する。なお、初診時の選定療養費の支払いを求めるとする外来対応医療機関につ

いては、自治体のホームページにその旨公表する。

- ② 新型コロナウイルスの感染が疑われる患者について、都道府県等が設置する「受診・相談センター」等の案内によらず、患者自身が自治体のホームページを閲覧するなどして、200床以上の病院であって、外来対応医療機関である医療機関を受診した場合、初診時の選定療養費の支払いを求めないことができる。「その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」に該当する。なお、初診時の選定療養費の支払いを求めるとする外来対応医療機関については、自治体のホームページにその旨公表する。

4. その他の取扱い

(1) 臨時的医療施設開設の取扱い

「基本診療料の施設基準通知」の第2の7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とする。

(2) 抗ウイルス薬

小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料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。

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和5年4月13日 告示第172号
28日 告示第179号

告示第172号(令和5年4月13日)

(p.1545/p.1564 左段最下行の次に挿入)

12 経皮的胸部悪性腫瘍凍結融解壊死療法(肺悪性腫瘍、縦隔悪性腫瘍、胸膜悪性腫瘍又は胸壁悪性腫瘍)

告示第179号(令和5年4月28日)

(p.1543 右段下から25行目、下線部訂正し

て挿入/p.1562 左段下から2行目~最下行、下線部訂正)

30 膜構造を用いた生理学的精子選択術

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能的な不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る)

(p.1544 左段5~10行目/p.1562 右段下から19~14行目、削除)

9 削除(骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法)

(p.1545 左段13~14行目/p.1563 右段下から25~24行目、削除)

55 削除(遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断)

事

「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」にかかる疑義解釈資料の送付（その1,2）

令和5年4月17日、
27日
保険局医療課事務連絡

その1（令和5年4月17日）

問1 院内トリージ実施料（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。

問2 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。

問3 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日事務連絡）の間8は廃止する。

問4 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日事務連絡）の間9は廃止する。

問5 A000初診料の注11及び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日事務連絡）の間10は廃止する。

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）を算定できることとされているが、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。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。

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
- ・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
- ・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

・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可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

※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11（歯科略）、問12（調剤略）】

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。

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。

その2（令和5年4月27日）

問1 新型コロナウイルス感染症から回復した患者であって、新型コロナウイルス感染症患者と診断された後、3か月以上経過し、かつ罹患後症状が2か月以上持続している場合に、当該患者に「罹患後症状のマネジメント（第2版）」を参考とした診療（電話や情報通信機器を用いた診療を除く）を通じて、今後の診療方

針を判断し、必要に応じて精密検査や専門医への紹介を行った場合において、特定疾患療養管理料（147点）について、どのように考えればよいか。

答 3月に1回に限り算定できる。なお、都道府県が公表している罹患後症状に悩む方の診療を行っている医療機関のリストに掲載されている必要がある。なお、本取扱いは令和5年5月8日より適用され、令和6年3月31日で終了する。

問2 問1において、「新型コロナウイルス感染症患者と診断された後」とあるが、新型コロナウイルス感染症罹患の際に、患者自ら検査キットを用いて検査を実施し陽性であったが、医療機関を受診しなかった場合であって、3か月経過後も罹患後症状が2か月以上持続している場合に、特定疾患療養管理料（147点）を算定できるか。

答 患者自ら実施した検査の結果を踏まえ、医師が事後に感染した時期を確認した場合は算定できる。ただし、算定するにあたっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が感染した時期及びその確認方法について記載する。

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。

事

事務連絡の一部訂正（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（その81））

令和5年4月20日
保険局医療課事務連絡

【解説】本誌4月号掲載の事務連絡の一部訂正が発出されました。

（本誌2023年4月号p.71左段、下線部訂正）

問1 介護療養病床等に入院している者（中略）パキロビッドバック600及びパキ

ロビッドバック300（成分名：ニルマトレルビル/リトナビル）（以下略）

告

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等

令和5年4月28日
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掲示事項等の一部改正（告示第180号第1条）

〔p.1509右段下から26行目/p.1526右段最下行、下線部訂正（2023年4月号p.68で最終訂正）〕

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定



める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤及びビメキズマブ製剤（4週間に1回投与する場合に限る）

特掲診療料の施設基準等の一部改正（告示第180号第2条）

[p.1406 右段 11 行目 / p.1424 左段下から 14 行目の次に挿入（2023 年 4 月号 p.68 で最終訂正）]

別表第9 在宅自己注射指導管理料，間歇注入シリンジポンプ加算，持続血糖測

定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 インスリン製剤（略）

チルゼパチド製剤
ビメキズマブ製剤

通

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱い（廃止）

令和5年3月20日
健感発 0320 第2号

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査（PCR 検査及び抗原検査）については、「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（令和2年3月4日付け健感発 0304 第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。同年10月14日最終改正。以下「行政検査通知」という）において、都道府県、保健所設置市又は特別区（以下「都道府県等」という）における行政検査の具体的な取扱いとして、医療機関との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）に基づく行政検査の委託契約の締結や費用の支払等について、お知らせしたところである。

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等に関する対応方針について」（令和5年1月27日新型コ

ロナウイルス感染症対策本部決定）において、「オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、5月8日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、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）上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、五類感染症に位置づける」「位置づけの変更前に改めて、厚生科学審議会感染症部会の意見を聴いた上で、予定している時期で位置づけの変更を行うか最終確認した上で実施する」とされたところである。また、「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、「発熱等の患者に対する検査については、抗原定性検査キットが普及したことや他の疾病との公平性を踏まえ、自己負担分の公費支援は位置づけの変更により終了する」とされたところである。

これを踏まえ、新型コロナウイルス感染症が令和5年5月8日から五類感染症に位置づけられた場合、同日をもって行政検査通知を廃止し、都道府県等が医療機関へ行政検査を委託し、患者の自己負担分の公費支援を行う取扱いを終了するので、十分御承知の上、その取扱いについて、遺漏なくご対応いただくようお願いする。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9の規定に基づく法定受託事務に係る処理基準であることを申し添える。