

# 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)

事	「マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合における対応等に対する疑義解釈について」の一部改正 (9/15 保険局医療課等) ……………	p.81
事	令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱い (9/15 保険局医療課) ……………	p.81
事	令和5年秋以降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 (9/15 保険局医療課) ……………	p.85
事	後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い (9/21 保険局医療課) ……………	p.91
通	新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等 (保医発 0928・1) ……………	p.92
通	「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 (保医発 0929・1) ……………	p.93
事	「令和5年度外来機能報告制度に関するQ&A」について (9/29 医政局地域医療計画課) ……………	p.94
告	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院, 基礎係数, 機能評価係数Ⅰ, 機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部改正 (9/29 告示 285) ……………	p.94
事	新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容 (9/15 新型コロナウイルス感染症対策本部等) ……………	p.94

\*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。



## 事

### 「マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合における対応等に対する疑義解釈について」の一部改正

令和5年9月15日  
保険局保険課, 国民健康保険課, 高齢者医療課,  
医療介護連携政策課, 医療課事務連絡

【解説】本誌2023年9月号に掲載した疑義解釈について, 一部改正 (追加) の事務連絡が発出されました。

(本誌9月号p.65に追加訂正)

問8 保険者番号を「77777777」とすると, 使用しているレセプトコンピュータでは

請求できない仕様となっているが, この場合, どのように請求を行えばよいのか。

答 レセプトコンピュータでの仕様上, 「77777777 (8桁)」で請求できない (オール7ではエラーとなり登録自体ができない) 場合は, 保険者番号を「77777779」

にして請求してください。なお, レセプトコンピュータでの仕様変更により「77777777 (8桁)」で請求できるようになった場合には, それ以降は「77777777 (8桁)」で請求してください。

## 事

### 令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱い

令和5年9月15日  
保険局医療課事務連絡

【解説】新型コロナの5類移行に伴う事務連絡として本誌2023年5月号に掲載した「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施設基準等に関する臨時的な取扱い」(令和5年4月6日保険局医療課事務連絡。以下「旧事務連絡」)が見直されました。令和5年10月1日以降の取扱いについては本事務連絡によることとし, 旧事務連絡は令和5年9月30日をもって廃止されます。

#### 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」(平成20年厚生労働省告示第93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 (以下, 「DPC対象病院」という) 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。

- (4) (1)から(3)の取扱いについては、令和6年3月31日をもって廃止する。

2. 施設基準に係る特例

(1) 令和5年10月1日以降も継続する施設基準に係る特例

- ① 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。
- 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。
- ③ 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、令和7年4月5日に終了する。
- ④ 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、令和5年9月30日までの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、当該期間については、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：令和5年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う月  
 ●：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：令和5年8月から10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  
 (注) 令和5年10月以降は、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であっても、通常の取扱いが必要であり、実績を求める対象とする期間から控除できない。

例3：令和5年5月から10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  
 (注) 令和5年10月以降は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であっても、通常の取扱いが必要であり、実績を求める対象とする期間から控除できない。

※ 対象医療機関等とは次の i から iii のいずれかの要件を満たす保険医療機関及び訪問看護ステーションを指す。

- i 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  
 ii i 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）  
 iii 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

※ i ~ iii 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、i ~ iii 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。

- ⑤ 「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1(2)④に規定する（データ/病床）比について、「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。なお、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）の取扱いについては、別途示す予定である。

(2) 令和5年12月31日まで終了時期を延長する施設基準に係る特例

以下の特例については、旧事務連絡において令和5年9月30日で終了することとしていたところ、今夏の新型コロナウイルス感染症の流行時において新型コロナウイルス感染症に感染し職員が出勤できなくなった状況等を踏まえ、また、医療機関の現状を把握し必要な見直しを行えるよう、該当する場合に各地方厚生（支）局への報告を求めることとした上で、令和5年12月31日まで延長する。

① 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

ア 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、報告の対象となった最初の月※から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※ 10月の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は10月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは10月から12月の期間を指す。

イ 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及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※2から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※2 10月の実績に1割以上の変動があった場合又は10月及び11月の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は10月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは10月から12月の期間を指す。

ウ アとイと同様の場合、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対象病院の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。

エ アからウ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別紙様式1に記載し、各地方厚生(支)局に報告する。

オ ア及びイの場合においても、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。

② 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12月31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。

### (3) 令和5年9月30日をもって終了する施設基準に係る特例

以下の特例については、旧事務連絡でお示していたとおり、令和5年9月30日をもって終了する。

① 対象医療機関等に該当する場合は、平均入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 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。

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。

### 3. 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

令和5年9月30日までの間に対象医療機関等であった医療機関が、当該期間に施設基準等を満たさなくなり、旧事務連絡の特例により届出を行っていない場合においては、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)局へ別紙様式2により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た、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。

また、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。

### 4. 令和5年9月30日をもって終了するその他の特例

別紙様式 1

理由書

0. 基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
電話番号	

1. 基本診療料の施設基準通知の第3の1を満たさなくなった施設基準

月平均夜勤時間数	1日当たり勤務する看護要員の数に対する看護師の比率
看護要員の数と入院患者の比率	看護職員の数に対する看護師の比率

2. 報告の対象となった最初の月

令和 年 月

3. 新型コロナウイルス感染症患者の受入及び職員の感染等の状況

① 特例を使用する病棟の入院料			
② ①の病棟の看護配置区分			
③ ①の病棟の届出病床数	床		
④ ①の病棟の1日平均入院患者数	(報告対象前月の1か月)	(報告対象初月の1か月)	小数点以下切り上げ
⑤ ④のうち、1日平均新型コロナウイルス感染症患者数	(報告対象前月の1か月)	(報告対象初月の1か月)	小数点以下切り上げ
⑥ ①の病棟の月平均1日当たり看護職員数	人		小数点以下第2以下切り捨て
⑦ ①の病棟の常勤換算看護職員数	人		小数点以下第2以下切り捨て
⑧ ⑦のうち、新型コロナウイルス感染症に感染し出勤できなくなった常勤換算看護職員数	人		小数点以下第2以下切り捨て
(備考) 当該病棟における新型コロナウイルスに感染した職員の出勤停止ルール等を記載			

令和 年 月 日 (法人名) (開設者名)

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。

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。

③ 臨時的医療施設開設の取扱い

「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。

5. 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正

2. (2)のとおり施設基準に関する特例が廃止されることに伴い、「基本診療料の施

別紙様式 2

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  
自己点検結果

該当 に○	入院基本料等	届出 区分	病棟数	病床数	検証 結果
	総病床数		病棟	床	
	一般病棟入院基本料		病棟	床	
	療養病棟入院基本料		病棟	床	
	結核病棟入院基本料		病棟	床	
	精神病棟入院基本料		病棟	床	
	特定機能病院入院基本料	一般病棟	病棟	床	
	特定機能病院入院基本料	結核病棟	病棟	床	
	特定機能病院入院基本料	精神病棟	病棟	床	
	専門病院入院基本料		病棟	床	
	障害者施設等入院基本料		病棟	床	
	救命救急入院料		病棟	床	
	特定集中治療室管理料		病棟	床	
	ハイケアユニット入院医療管理料		病棟	床	
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料		病棟	床	
	小児特定集中治療室管理料		病棟	床	
	新生児特定集中治療室管理料		病棟	床	
	総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児	病棟	床	
		新生児	病棟	床	
	新生児治療回復室入院医療管理料		病棟	床	
	一類感染症患者入院医療管理料		病棟	床	
	特殊疾患入院医療管理料		病棟	床	
	小児入院医療管理料		病棟	床	
	回復期リハビリテーション病棟入院料		病棟	床	
	地域包括ケア病棟入院料	病棟入院料	病棟	床	
		入院医療管理料	病棟	床	
	特殊疾患病棟入院料		病棟	床	
	緩和ケア病棟入院料		病棟	床	
	精神科救急急性期医療入院料		病棟	床	
	精神科急性期治療病棟入院料		病棟	床	
	精神科救急・合併症入院料		病棟	床	
	児童・思春期精神科入院医療管理料		病棟	床	
	精神療養病棟入院料		病棟	床	
	認知症治療病棟入院料		病棟	床	
	特定一般病棟入院料		病棟	床	
	地域移行機能強化病棟入院料		病棟	床	
	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		病棟	床	

【記載上の注意】

- 今回の報告に係る病棟に関しては左端の欄に○を記入する。
- 病棟数及び病床数については、報告の対象となる病棟数及び病床数について記載する。
- 「届出区分」の欄は、下表の例により記載する。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	急1, 急2, 急3, 急4, 急5, 急6, 地1, 地2, 地3
療養病棟入院基本料	1, 2
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
特定機能病院入院基本料	
	一般病棟 7対1, 10対1
	結核病棟 7対1, 10対1, 13対1, 15対1
	精神病棟 7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
4 特定入院料の区分は下表の例により記載する。(斜線の入院料は記載不要です)	
救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2, 3, 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2, 3, 4, 5
地域包括ケア病棟入院料	
	地域包括ケア病棟入院料 1, 2, 3, 4
	地域包括ケア入院医療管理料 1, 2, 3, 4
特殊疾患病棟入院料	1, 2
緩和ケア病棟入院料	1, 2
精神科救急急性期医療入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
精神科救急・合併症入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2
特定一般病棟入院料	1, 2

5 「検証結果」は、別表を参考に各入院基本料等の令和5年10月における施設基準要件の充足状況を確認し、充足している場合は○を記入する。

設基準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

3004第2号)別紙7別表2について改正する。改正後の別紙7別表2については、

別途通知によりお示しする予定である。

## 事

### 令和5年秋以降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

令和5年9月15日  
保険局医療課事務連絡

【解説】新型コロナの5類移行に伴う事務連絡として本誌2023年5月号に掲載した「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」(令和5年3月31日保険局医療課事務連絡。以下「旧事務連絡」)が見直されました。令和5年10月1日以降の取扱いについては本事務連絡によることとし、旧事務連絡は令和5年9月30日をもって廃止されます。

#### 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、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 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、A000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50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②におけるA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50点)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(平成20年厚生労働省告示第62号)第3の2に規定する夜間・早朝等加算の施設基準を満たしているものとみなす。
- また、上記②におけるA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50点)については、夜間・早朝等加算を算定できない病院や夜間・早朝等以外に診療を行った場合であっても算定できる。
- 更に、上記②におけるA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50点)については、夜間・休日等に初診を行った場合のA000の注9に規定する夜間・早朝等加算と併算定できる。

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、①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)又は②のA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50点)を算定できる。

- ④ 上記①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)又は②のA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50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、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)又はA000の注9に規定する夜間・早朝等加算の点数(50点)を算定できる。

###### (2) 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は、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、「8. 入院調整に係る特例」を参照。

## 2. 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2の100分の200に相当する点数(840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し、また、本特例による救急医療管理加算2の100分の200に相当する点数と、本特例によらない救急医療管理加算は併算定可能である。

- 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2の100分の300に相当する点数(1,260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。

なお、本特例による救急医療管理加算2の100分の300に相当する点数と、本特例によらない救急医療管理加算は併算定可能である。

- 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)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の100分の50に相当する点数(125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日目を降も算定できる。

- 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日目を降も算定できる。
- 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の100分の20に相当する点数(50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の100分の50に相当する点数(125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「6. 高齢者施設等における特例(2)」を参照。

### 3. 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、令和5年3月31日以前に報告を行った場合に限り、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、令和6年3月31日までの間、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。

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(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の新型コロナウイルス感染症患者〕を、小児入院医療管理料を

算定する病棟に入院させた場合、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) 抗ウイルス剤に係る特例

- ① 新型コロナウイルス感染症患者であって、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。
- ③ 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。

#### 4. 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14日を限度として二類感染症患者入院診療加算の100分の200に相当する点数(500点)を算定できる。

② ①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。

## 5. 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、看護配置加算の100分の200に相当する点数(50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、院内トリアージ実施料(300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 同一の患者等で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院内トリアージ実施料(300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、在宅移行管理加算の100分の40に相当する点数(100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の100分の40に相当する点数(100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・指導加算又は長時間精神科訪問看護・指導加算の100分の40に相当する点数(208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20

に相当する点数(104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。

## 6. 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(950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院内トリアージ実施料(300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が、看護配置加算の100分の200に相当する点数(50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。
- 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」を参照。

## (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2(420点)を算定できる。なお、当該点数については2(1)②及び③に規定する救急医療管理加算2(840～1,260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。

## 7. 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 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核酸検出等及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びにSARS-CoV-2抗原検出等及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できる。
- 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核酸検出等及びSARS-CoV-2抗原検出等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核酸検出等及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びにSARS-CoV-2抗原検出等及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できる。
- 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 短期滞在手術等基本料
- 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あっては、別途、SARS-CoV-2核酸検出等及び検体検査判断料のうち微生物学的

検査判断料並びに SARS-CoV-2 抗原検出等及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できる。

- 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 核酸検出等及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びに SARS-CoV-2 抗原検出等及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できる。
- 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。

### 8. 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、B009 の注 17 に規定する療養情報提供加算の 100 分の 200 に相当する点数（100 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 B009 の注 17 に規定する療養情報提供加算の 100 分の 200 に相当する点数（100 点）を算定できる。

#### その他の診療報酬の取扱い（疑義解釈）

**問 1** 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）又は A000 の注 2 に規定する夜間・早朝等加算の点数（50 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 10.0 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 2** 別添 1 の各項において、「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」とあるが、当該特例については、診療所又は許可病床数が 100 床以上の病院においても算定可能か。

**答** 可能。

**問 3** 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、B009 の注 17 に規定する療養情報提供加算の 100 分の 200 に相当する点数（100 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 4** 別添 1 の 9 に示す B009 の注 17 に規定する療養情報提供加算の 100 分の 200 に相当する点数（100 点）について、「『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 17 日厚生労働省医療課事務連絡）問 6 において、「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は算定できない旨示されたが、当該医療機関が、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に入院調整業務を依頼した場合は算定できないのか。

**答** そのとおり。ただし、都道府県や保健所等から受入れ可能な医療機関等について情報提供を受けることは入院調整業務の依頼にはあたらない。

**問 5** 令和 5 年 10 月 1 日から新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬の臨時的な取扱いが変更されるが、令和 5 年 9 月 30 日以前より入院している患者における令和 5 年 10 月 1 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 10 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。

（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 1	(1) 3 日以内の期間	12,268 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	11,100 点
	(3) 8 日以上 14 日以内の期間	9,476 点
救命救急入院料 2	(1) 3 日以内の期間	14,162 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	12,823 点
	(3) 8 日以上 14 日以内の期間	11,245 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	12,268 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	11,100 点
	(3) 8 日以上 14 日以内の期間	9,476 点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間	12,268 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	11,100 点
	(3) 8 日以上 60 日以内の期間	9,982 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	14,162 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	12,823 点
	(3) 8 日以上 14 日以内の期間	11,245 点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間	14,162 点
	(2) 4 日以上 7 日以内の期間	12,823 点
	(3) 8 日以上 14 日以内の期間	11,245 点
	(4) 15 日以上 60 日以内の期間	9,982 点
A301 特定集中治療室管理料 1	(1) 7 日以内の期間	17,053 点
	(2) 8 日以上 14 日以内の期間	15,160 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	17,053点
		(2) 8日以上14日以内の期間	15,160点
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		(1) 7日以内の期間	17,053点
		(2) 8日以上60日以内の期間	15,400点
特定集中治療室管理料 3		(1) 7日以内の期間	11,636点
		(2) 8日以上14日以内の期間	9,742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	11,636点
		(2) 8日以上14日以内の期間	9,742点
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		(1) 7日以内の期間	11,636点
		(2) 8日以上60日以内の期間	9,982点
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料 1		8,226点
	ハイケアユニット入院医療管理料 2		5,069点
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料		7,216点
A301-4	小児特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	19,580点
		(2) 8日以上17,053点	

A302	新生児特定集中治療室管理料 1	12,647点
	新生児特定集中治療室管理料 2	10,121点
A303	母体・胎児集中治療室管理料	8,857点
	新生児集中治療室管理料	12,647点
A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	6,836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 救命救急入院料 2 救命救急入院料 3	250点 4対1 500点 2対1 250点 4対1
	イ 救命救急入院料 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	救命救急入院料 4	500点 2対1
	イ 救命救急入院料 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	

A301	特定集中治療室管理料 1	500点	2対1
	特定集中治療室管理料 2	500点	2対1
	イ 特定集中治療室管理料 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
	特定集中治療室管理料 3	500点	2対1
	特定集中治療室管理料 4	500点	2対1
	イ 特定集中治療室管理料 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料 1	250点	4対1
	ハイケアユニット入院医療管理料 2	250点	5対1
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	375点	3対1
A301-4	1 7日以内の期間 2 8日以上14日以内の期間	500点 500点	2対1 2対1
A302	新生児特定集中治療室管理料 1	375点	3対1
	新生児特定集中治療室管理料 2	375点	3対1
A303	母体・胎児集中治療室管理料	375点	3対1
	新生児集中治療室管理料	375点	3対1

事

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い

令和5年9月21日  
保険局医療課事務連絡

【解説】「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」(令和5年3月13日保険局医療課事務連絡)(2023年4月号, p.67)において, 令和5年9月30日までの臨時的な取扱いが講じられましたが, 依然として代替後発医薬品の入手が困難な状況となっていることを踏まえ, 新たに臨時的な取扱い等がまとめられました。

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱い

(1) 後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱い

① 小林化工株式会社及び日医工株式会社

に対する医薬品, 医療機器等の品質, 有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)による行政処分等を契機として令和5年6月1日時点で供給が停止されていると医政局医薬産業振興・医療情報企画課に報告があった医薬品(以下「供給停止品目」という)のうち, 別添 2(略)に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については, 「後発医薬品使用体制加算」, 「外来後発医薬品使用体制加算」, 「後発医薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注 8に規定する減算(後発医薬品減算)(以下「加算等」という)における実績

要件である後発医薬品の使用(調剤)割合(以下「新指標の割合」という)を算出する際に, 算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては, 令和5年10月診療分から適用することとし, 令和6年3月31日を終期とする。

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

また, ①の取扱いについては, 1月ごとに適用できることとし, 加算等の施設

基準について、直近3月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該3月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合について①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については従前通り算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうかを確認する。

- ③ 新指標の割合を算出するに当たって、①の取扱いを採ることにより後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算及び後発医薬品調剤体制加算の実績要件を満たす、又は後発医薬品減算に該当しない保険医療機関等は、各月の新指標の割合等を記録するとともに、別紙様式（略）（後発医薬品使用体制加算は様式1-1、外来後発医薬品使用体制加算は様式1-2、後発医薬品調剤体制加算等は様式1-3）を用いて各地方厚生（支）局に報告を行う。

なお、この場合において前月と加算等

の区分に変更が生じなくとも報告の対象となることに留意する。

また、①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、「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日保医発第0304第2号）及び「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）に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

② (1)の③の報告時期

(1)の①の取扱いを一部でも採ることにより加算等の対象となる保険医療機関等に係る同③の報告を行う時期は次のとおりとする。なお、各期限までに報告が間に合わない場合には、事前に各地方厚生（支）局に相談する。

- ① 令和5年10月～令和5年12月診療分の加算等の算定に係る実績について、

(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：令和5年12月27日（水）までに、令和5年6月～令和5年11月診療における実績等について報告

- ② 令和6年1月～令和6年3月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：令和6年3月29日（金）までに、令和5年9月～令和6年2月診療における実績等について報告（上記の①の報告を実施した場合も報告する）

2. その他の診療報酬の取扱い

別添1のとおりとする。

（別添1）

【医科】

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

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

通

新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等

令和5年9月28日  
保医発0928第1号

1 公費の種類

新型コロナウイルス感染症に係る入院診療に要した費用の一部を補助する公費（以下「入院補助」という）及び新型コロナウイルス感染症の治療薬に要した費用の一部を補助する公費（以下「治療薬補助」という）の2種類とし、公費負担者番号はそれぞれ別紙〔略（弊社HPの『診療点数早見表 2023年4月増補版』の追補ページにてご確認ください）〕のとおりとする。

なお、旧通知の「一部補助」及び「全額補助」の公費負担者番号は、それぞれ「入院補助」及び「治療薬補助」の公費負担者番号と同じものとしている。

2 「公費負担者番号」欄

- (1) 入院において、新型コロナウイルス感染症に係る診療及び治療薬を算定する場合は、保険医療機関の所在地に対応する入院補助及び治療薬補助のうち適用する公費負担者番号を記載する。

なお、入院補助の適用にならず、新型コロナウイルス感染症の治療薬の投与も

ない場合については、公費負担者番号の記載は要さない。

- (2) 入院外において、新型コロナウイルス感染症の治療薬を算定する場合は、保険医療機関又は保険薬局の所在地に対応する治療薬補助の公費負担者番号（調剤報酬明細書において、処方箋を交付した保険医療機関と保険薬局の所在地が異なる場合には、保険薬局の所在地の公費負担者番号）を記載する。
- (3) 他の公費負担医療制度による給付が行われる場合の記載順については、既存の法別番号28の公費負担医療〔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よる一類感染症等の患者の入院（同法第37条）〕と同様の取扱いとする。

3 公費負担医療の受給者番号

公費負担医療の受給者番号は、「9999996（7桁）」を記載する。

4 「特記事項」欄

オンライン資格確認等システム又は限度額適用認定証により、患者の所得区分を確

認の上、患者の自己負担額が高額療養費又は入院補助の自己負担上限額を超える場合には、当該所得区分等に応じて、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保医発第82号）の『「特記事項」欄について』において定める略号、区ア、区イ、区ウ、区エ、区オ、区カ及び区キのうち、該当する略号を記載する。

なお、入院における多数回該当の場合は多ア、多イ、多ウ、多エ、多オ、多カ及び多キのうち、該当する略号を、また、入院外における多数回該当の場合は区ア、区イ、区ウ、区エ、区オ、区カ及び区キのうち、該当する略号を、それぞれ記載する。

5 「療養の給付」欄

本請求に係る「請求」の項には、医療保険及び適用する公費に係る合計点数をそれぞれ記載する。

また、治療薬補助に係る「負担金額」又は「一部負担金」の項には患者の負担割合に応じた自己負担限度額（1割負担：3000円、2割負担：6000円、3割負担：9000円）

め入院補助を適用する。

療養の給付	保険	請求点 49,400	※決定点	負担金額 円 35,400
	公費①	点 49,400	※点	円 25,400
	公費②	点 49,400	※点	円 0

(4) 入院外の場合 特記事項：区ウ

公費①：治療薬補助

- ・初・再診料，検査料など：1,400点
- ・コロナ治療薬：9,400点

療養の給付	保険	請求点 10,800	※決定点	一部負担金 円 減額割(円)免除・ 支払猶予
	公費①	点 9,400	※点	円 9,000
	公費②	点	※点	円

6 その他

その他の記載方法については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

7 実施時期等

令和5年10月1日から実施する。

までの額を記載し，入院補助に係る「負担金額」の項には，患者の所得区分に応じ，「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の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」の8(2)②に掲げる公費による減額措置後の最大の自己負担限度額を記載する。

記載例：「療養の給付」欄

(1) 入院の場合1 特記事項：区ウ 70歳未満

公費①：入院補助(※)

- ・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：133,100点
- ・新型コロナウイルス感染症の治療薬：9,400点

※ 新型コロナウイルス感染症に係る医療費の3割が入院補助の所得区分における自己負担限度額(75,100円)を超えるため入院補助を適用する。

療養の給付	保険	請求点 142,500	※決定点	負担金額 円 91,680
	公費①	点 142,500	※点	円 75,100
	公費②	点	※点	円

(2) 入院の場合2 特記事項：区イ 70歳未満

公費①：治療薬補助(※)

- ・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：40,000点
- ・新型コロナウイルス感染症の治療薬：9,400点

※ 新型コロナウイルス感染症に係る医療費の3割が入院補助の所得区分における自己負担限度額(162,400円)を超えないため治療薬補助を適用する。

療養の給付	保険	請求点 49,400	※決定点	負担金額 円 (28,200) 148,200
	公費①	点 9,400	※点	円 9,000
	公費②	点	※点	円

(3) 入院の場合3 特記事項：区オ 70歳未満

公費①：入院補助(※) 公費②：生活保護(法別12)

- ・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：40,000点
- ・新型コロナウイルス感染症の治療薬：9,400点

※ 新型コロナウイルス感染症に係る医療費の3割が入院補助の所得区分における自己負担限度額(25,400円)を超えるた

通

「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

令和5年9月29日  
保医発0929第1号

(p.708 右段下から13～12行目/p.715 左段1～2行目，下線部訂正)

→歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)

(1) 脊髄性筋萎縮症，(中略)先天性ミオパチー，筋ジストロフィー又はHTLV-1関連脊髄症(HAM)若しくは遺伝性痙攣性対麻痺による痙攣性対麻痺を有する患者に対して，(以下略)

(令4保医発0304・1，令5保医発0929・1)

(p.952 左段3～13行目/p.960 左段18～28行目，下線部訂正)

→血管造影用シースイントロデューサーセットの定義

【機能区分の定義】

⑥大動脈用ステントグラフト用・特殊型・65cm未満：次のいずれにも該当。

ア 大動脈用ステントグラフト若しくは

自己拡張型人工生体弁システム又は先天性心疾患を有する患者に対しバルーン拡張型人工生体弁セット若しくは経カテーテル人工生体弁セット(ステントグラフト付き)を留置する際又は(中略)

⑦大動脈用ステントグラフト用・特殊型・65cm以上：次のいずれにも該当。

ア 大動脈用ステントグラフト若しくは自己拡張型人工生体弁システム又は先天性心疾患を有する患者に対しバルーン拡張型人工生体弁セット若しくは経カテーテル人工生体弁セット(ステントグラフト付き)を留置する際又は(以下略)

(p.984 左段下から5行目～右段4行目/p.992 右段19～27行目，下線部訂正)

→経皮的血管形成術用穿刺部止血材料の

算定

イ 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料のうち，(中略)一般的名称が「単回使用自動縫合器」であるものについては，次のいずれかに該当する場合に算定できる。なお，(中略)

a 経皮的冠動脈形成術，経皮的冠動脈粥腫切除術，経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)，経皮的冠動脈ステント留置術又は末梢動脈(頸動脈，腎動脈，四肢の動脈)の経皮的血管形成術，脳血管内手術，経皮的脳血管形成術，経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術，経皮的脳血栓回収術又は経皮的脳血管ステント留置術を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に，5Fr以上のイントロデューサーシースを使用した場合，1セットについてのみ算

定できる。

b 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的カテーテル心筋焼灼術、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）（右心カテーテル）を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデュー

サーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき4セットまで算定できる。

(p.984 右段 25 行目, 31 行目/p.993 右段 下から 21 行目, 15 行目, 下線部訂正)

→経皮的血管形成術用穿刺部止血材料の定義

次のいずれにも該当すること。

- (2) 次のいずれかに該当する。
  - ② 薬事承認又は認証上、(中略)末梢動脈（頸動脈、腎動脈、四肢の動脈）の経皮的血管形成術後及び脳血管内の処置後の大腿動脈又は経皮的カテーテル処置後の大腿静脈穿刺部位の止血を目的に使用するものである。
- (3) 次のいずれかに該当する。
  - ③ 動脈穿刺部位又は静脈穿刺部位を生体吸収性材料で閉鎖する材料である。

事

「令和5年度外来機能報告制度に関するQ&A」について

令和5年9月29日  
医政局地域医療計画課事務連絡

○報告項目

問1 令和5年度の外来機能報告の報告項目である「高額等の医療機器・設備を必

要とする外来」において、新型コロナウイルス感染症に対するPCR検査又は抗原検査(抗原定量検査及び抗原定性検査)

は含まれるか。

答 含まれない。

\* 『「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5年9月29日保医発0929第4号)については、弊社HPの『診療点数早見表2023年4月増補版』の追補ページにてご確認ください。