

宮医発第 297 号  
令和 5 年 5 月 12 日

郡 市 医 師 会 長 殿

公益社団法人 宮 城 県 医 師 会  
会 長 佐 藤 和 宏  
(公 印 省 略)

医療保険関係通知文の送付について

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、医療保険関係について、日本医師会より別添のとおり通知がありましたので、下記の通知文をご送付申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますとともに、貴会会員への周知等、特段のご高配を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

- ・「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  
(日医発第 241 号 保険)
- ・後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬明細書の計算事例の変更について (新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴う変更)  
(日医発第 254 号 保険)

- ・「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）  
(日医発第 268 号 保険)
- ・厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 48）」の送付について  
(日医発第 290 号 保険)
- ・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  
(日医発第 291 号 保険)

担当：総務部総務課  
TEL 022-227-1591  
FAX 022-266-1480  
E-mail：mma@miyagi.med.or.jp

日医発第241号（保険）  
令和5年4月25日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之  
(公印省略)

「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5月8日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、および施設基準等に関する臨時的な取扱いにつきましては、令和5年4月3日付 日医発第4号「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7日付 日医発第112号「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」により、ご連絡申し上げたところであります。

今般、厚生労働省より、上記通知の一部訂正に関する事務連絡が発出されましたので取り急ぎご連絡申し上げます。訂正箇所につきましては、添付資料1の（別添）をご参照ください。

また、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その81）」につきましても、下記の通り一部訂正を行う旨の事務連絡が発出されましたので、併せてご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

## 記

○新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その81）

〔訂正箇所〕 問1 誤：パキロビッドパック 200 mg

正：パキロビッドパック 600 及びパキロビッドパック 300

## 【添付資料】

1. 「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5.4.20 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）
2. 事務連絡の一部訂正について（新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その81））（令5.4.20 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡  
令和5年4月20日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

「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

「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。以下、「3月31日事務連絡」という。）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日保険局医療課事務連絡。以下、「4月6日事務連絡」という。）について、別添のとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

(別添)

1. 3月31日事務連絡の訂正について

3月31日事務連絡の別添1の別表2について、以下のとおり訂正する。

	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 <u>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>	500 点	4 対 1
	救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料 <u>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>	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 <u>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>	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 <u>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>	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
<u>A301-4 小児特定集中治療室管理料</u>	<u>1 7日以内の期間</u>	<u>1,000 点</u>	<u>2 対 1</u>
	<u>2 8日以上期間</u>	<u>1,000 点</u>	<u>2 対 1</u>
A302 新生児特定集	新生児特定集中治療室管理料 1	<u>750 点</u>	<u>3 対 1</u>

中治療室管理料	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

2. 4月6日事務連絡の訂正について

4月6日事務連絡の別添の2の(2)①について、以下のとおり訂正する。

- 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。

事務連絡  
令和5年3月31日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御

厚生労働省保険局医療課

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

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。

## 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）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 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、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）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の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、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）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）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五の二に規定する「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)」を参照のこと。

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) 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、三、四及び五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）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）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）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。
- 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、適切に記録をしておくこと。

## 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。

## 歯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、次に掲げるものを除き、診療報酬の算定方法別表第二歯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。
  - ・ A002 再診料 44 点、53 点、73 点
  - ・ I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置 100 点

## 【歯科診療報酬点数表に関する特例】

## 1. 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療に係る特例

- ① 歯科治療の延期が困難な新型コロナウイルス感染症患者に対し、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合にあっては、初診料の注6に規定する歯科診療特別対応加算、注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1及び注11に規定する歯科診療特別対応地域支援加算に相当する点数を合算した点数（298点、「新型コロナ歯科治療加算」という。）を算定できる。なお、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合は、算定できない。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該疾患の担当医から、歯科治療を行うに当たり当該患者の全身状態や服薬状況等の必要な診療情報の提供を受け、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合、歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料の算定の有無を問わず、歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算（50点）または歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算（50点）を1日につき1回算定できる。この場合、同一保険医療機関の医科の担当医からの診療情報の提供を受けた場合においても算定して差し支えないが、算定に当たっては当該情報提供に関する内容を診療録に記載すること。また、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要である。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。
- ③ 新型コロナウイルス感染症患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、診療時間が20分未満の場合であっても、歯科訪問診療料の注4に規定する減算を行わず、所定点数（1,100点）を算定できる。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。
- ④ 新型コロナウイルス感染症患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療を行った場合、歯科訪問診療料の注7に規定す

る加算を算定できる。なお、当該加算を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

- ⑤ 新型コロナウイルス感染症患者であって、呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合、非経口摂取患者口腔粘膜処置（100点）を1日につき1回算定できる。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。
- ⑥ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、患者の脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度等を把握して歯科治療を行った場合、歯科治療時医療管理料（45点）又は在宅患者歯科治療時医療管理料（45点）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のみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要である。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。
- ⑦ 新型コロナウイルス感染症患者であって、口腔乾燥を訴える者に対して、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合、歯科特定疾患療養管理料（170点）を算定できる。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

## 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

歯科診療における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(2)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について

- ① 初診から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は、当該患者の診療について、初診料1 歯科初診料及び2 地域歯科診療支援病院歯科初診料のいずれかを算定している歯科医療機関であっても、歯科訪問診療料に規定する歯科訪問診療3（185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。算定した場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。また、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料の注5、注7及び注8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。
- ② 電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において歯科疾患の療養上の管理を行っている患者に対して電話等再診を行った場合は、施設基準の届出状況に応じて再診料（44点、53点、73点）のいずれかを算定する。なお、算定した場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。また、電話等によ



る再診を行った場合、再診料の注3、注5、注6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。

- ③ 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、歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理等を行う場合は、医学管理として歯周病患者画像活用指導料（10点）及び歯科治療時医療管理料（45点）の合計（55点）を月1回に限り算定できる。

なお、歯科疾患管理料を算定していた患者で歯周病以外の口腔疾患の管理を行っていた場合又は口腔内カラー写真を撮影していない場合であっても、対面診療において療養上の管理を行っている患者に対して電話等再診を行った場合には歯周病患者画像活用指導料（10点）が算定できる。

- ④ ①から③までに示す歯科診療における電話や情報通信機器を用いた診療に係る特例は、原則として処方を行った場合に算定できる。

## 調剤報酬点数表関係

## 【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別表第三調剤報酬点数表による。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。
  - ・薬剤服用歴管理指導料 43点、57点

## 【調剤報酬点数表に関する特例】

## 1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する調剤に係る特例

- ① 保険薬局において、患家で療養する新型コロナウイルス感染症患者に対して発行された処方箋に基づき調剤する場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家を緊急に訪問し、当該患者に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施し、薬剤を交付した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（500点）を算定できる。

また、上記の処方箋に基づく調剤において、緊急に訪問し薬剤を交付した場合であって、対面による服薬指導を実施する代わりに情報通信機器を用いた服薬指導を実施した場合、又は当該患者の家族等に対して対面若しくは情報通信機器による服薬指導を実施した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2（200点）を算定できる。

なお、これらの場合にあっては服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料等は併算定できない。また、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る加算は算定できないが、算定要件を満たしていれば服薬管理指導料に係る加算を算定することができる。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者について、保険医療機関から情報提供の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、残薬を含めた当該患者の服薬状況等について確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に、服薬情報等提供料1（30点）を算定できる。なお、この場合、月1回の上限を超えて算定できる。
- ③ 保険薬局において、新型コロナウイルス感染症患者に対して新型コロナウイルス感染症治療薬を交付するに当たり、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、当該医薬品に係る医薬品リスク管理計画（RMP）を理解し、RMPに基づく情報提供資材を活用するなどし、当該患者に対して当該薬剤の有効性及び安全性に関する情報を十分に説明した上で、残薬の有無を確認し指導するなど当該薬剤

に関する指導を行った場合には、服薬管理指導料の「1」又は「2」の100分の200に相当する点数（118点、90点）を算定できる。

## 2. 高齢者施設等における調剤の特例

- ① 保険薬局において、介護療養病床等に入院している者又は介護医療院若しくは介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、保険医療機関から発行された処方箋に基づき調剤する場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が当該施設を緊急に訪問し、当該患者又は現にその看護に当たっている者に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施し、薬剤の交付した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（500点）及び薬剤料を算定できる。

また、上記の処方箋に基づく調剤において、緊急に訪問し薬剤を交付した場合であって、対面による服薬指導を実施する代わりに情報通信機器を用いた服薬指導を実施した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2（200点）及び薬剤料を算定できる。

なお、これらの場合にあっては在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る加算は算定できないが、算定要件を満たしていれば服薬管理指導料に係る加算を算定することができる。

- ② 保険薬局において、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して、保険医療機関から発行された処方箋に基づき調剤する場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が当該施設を緊急に訪問し、当該患者又は現にその看護に当たっている者に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施し、薬剤を交付した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（500点）を算定できる。

また、上記の処方箋に基づく調剤において、緊急に訪問し薬剤を交付した場合であって、対面による服薬指導を実施する代わりに情報通信機器を用いた服薬指導を実施した場合には、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2（200点）を算定できる。

なお、これらの場合にあっては服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料等は併算定できない。また、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る加算は算定できないが、算定要件を満たしていれば服薬管理指導料に係る加算を算定することができる。

## 3. 電話や情報通信機器を用いた服薬指導等に係る特例

### （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

電話を用いた服薬指導等に関する特例については、以下（2）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) 服薬管理指導料等に係る特例について

① 患者が、保険薬局において電話による情報の提供及び指導（以下「服薬指導等」という。）を希望する場合であって、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）又は「歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月24日厚生労働省医政局歯科保健課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）2.（1）に基づき調剤を実施した場合、調剤技術料、薬剤料、及び特定保険医療材料料を算定することができ、さらに同事務連絡2.（2）に従って電話による服薬指導等を行った場合、対面によるとされる要件以外の算定要件を満たせば薬学管理料を算定することができる。ただし、服薬管理指導料については、これに代えて薬剤服用歴管理指導料（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）に掲げる点数（43点、57点）を算定すること。

② 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定していた患者に対して、薬学的管理指導計画に基づいた定期的な訪問薬剤管理指導を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等があり、かつ、患者又はその家族等に十分に説明し同意が得られている場合、訪問の代わりに電話により必要な服薬指導を実施し、対面によるとされる要件以外の算定要件を満たせば、在宅患者訪問薬剤管理指導料に代えて、薬剤服用歴管理指導料の「1」（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）に掲げる点数（43点）を算定することができる。

なお、この場合において、「薬剤服用歴管理指導料」の点数については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）まで算定することができる。

③ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者について、当月において、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等があり、かつ、患者又はその家族等に十分に説明し同意が得られている場合、訪問の代わりに電話により必要な服薬指導を実施し、対面によるとされる要件以外の算定要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料の「1」（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）に掲げる点数（43点）を算定することができる。ただし、前月に居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を1回以上算定している患者に限ること。

なお、この場合において、「薬剤服用歴管理指導料」の点数については、月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）まで算定することができる。

④ 1①並びに2①及び②において、情報通信機器に代えて電話を用いた服薬指導を実施した場合であっても、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2（200点）を算定することができる。

## 訪問看護療養費関係

## 【通則】

- 本事務連絡において、「新型コロナウイルス感染症の利用者」とは、新型コロナウイルス感染症と診断された者（新型コロナウイルス感染症から回復した者を除く。）をいう。
- 本事務連絡に掲載する療養費については、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）による。

## 【訪問看護療養費に関する特例】

## 1. 新型コロナウイルス感染症の利用者に係る特例

- ① 新型コロナウイルス感染症の利用者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる利用者に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用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利用者の看護を行った場合、特別管理加算（2,500 円）を月 1 回に限り算定できる。なお、既に特別管理加算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。

その場合、訪問看護記録書に、主治医の指示内容及び実施した感染予防策について記録を残すこと。また、訪問看護療養費明細書の「心身の状態」欄に、新型コロナウイルス感染症の対応である旨を記載すること。

特別管理加算を、新型コロナウイルス感染症の利用者に対してのみ算定する訪問看護ステーションについては、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第一の六の（5）に規定する基準を満たしているとみなすとともに、届出は不要である。

- ② 新型コロナウイルス感染症の利用者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーションが緊急に訪問看護を実施した場合、診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外の主治医からの指示に基づく場合であっても緊急訪問看護加算（2,650 円）が算定できる。
- ③ 新型コロナウイルス感染症の利用者に対して、主治医の指示に基づき訪問看護ステーションが緊急に訪問看護を実施した場合、長時間訪問看護加算（5,200 円）又は長時間精神科訪問看護加算（5,200 円）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の利用者に対して、主治医の指示に基づいて作成した訪問看護計画に定めた訪問看護を実施した場合、長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算の 100 分の 50 に相当する点数（2,600 円）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の利用者に対して、14 日を超えて週 4 日以上の頻回の訪問看護が一時的に必要な場合であって、同一月に 2 回特別訪問看護指示書を交付され、2 回目に交付された特別訪問看護指示書に基づき、週 4 日以上 of 訪問看護を実施した場合、訪問看護基本療養費を算定できる。

## 2. 電話や情報通信機器を用いた訪問看護に係る特例

主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、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訪問看護ステーションの利用者等からの要望等があり、訪問看護が実施できなかった場合であって、当該利用者に対して訪問看護の代わりに電話等による対応を行う旨について主治医に連絡し、指示を受けた上で、利用者又はその家族等に十分に説明し同意を得て、看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合について、訪問看護管理療養費（3,000 円）のみを算定可能とする。ただし、当該月に訪問看護を 1 日以上提供していること。

なお、訪問看護記録書に、主治医の指示内容、利用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を残すこと。訪問看護療養費明細書には、「心身の状態」欄に新型コロナウイルス感染症の対応である旨記載すること。

本特例については、令和 5 年 7 月 31 日をもって終了する。

(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	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

以上

事務連絡  
令和5年4月6日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御

厚生労働省保険局医療課

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

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られたい。

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）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」については同日をもって廃止する。

## 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項第一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)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 「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について

- 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. 初診時の選定療養費の取扱いについて

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こと。

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こと。

### 4. その他の取扱いについて

#### (1) 臨時の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、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。

事務連絡  
令和5年4月20日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

事務連絡の一部訂正について  
（新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その81））

標記について、別紙のとおり一部訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

（参考）訂正箇所

問1 誤：パキロビッドパック 200 mg

正：パキロビッドパック 600 及びパキロビッドパック 300

事務連絡  
令和5年3月30日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その81）

新型コロナウイルス感染症の臨時的な診療報酬の取扱い等について別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図ら  
れたい。

以上

(別添)

問1 介護療養病床等に入院している者又は介護医療院若しくは介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症であつて、病床ひっ迫時に、やむを得ず当該施設内での入所を継続し療養を行う者に対して、パキロビッドパック 600 及びパキロビッドパック 300 (成分名：ニルマトレルビル/リトナビル) (以下「本剤」という。)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、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 16 第 2 号に規定する内服薬のうち、「抗ウイルス剤 (B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しく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か。

(答) 算定可。なお、調剤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。

日医発第 254 号（保険）  
令和 5 年 4 月 26 日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之  
(公印省略)

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬明細書の  
計算事例の変更について（新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴う変更）

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しにつきましては、令和 4 年 3 月 4 日付け（保 306）「後期高齢者医療の窓口負担割合の見直し等に係る周知広報リーフレットの送付について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

後期高齢者医療制度については、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、必要な配慮措置（外来受診において、施行後 3 年間、1 か月の負担増を最大でも 3,000 円とする措置）を設けつつ、一定以上の所得を有する方の医療費の窓口負担割合を 2 割とし、令和 4 年 10 月 1 日より施行されたところであります。

これまで、国民への丁寧な周知を図る観点から、厚生労働省において、院内掲示用ポスターや周知広報用のリーフレットの作成等を行い、さらに、窓口負担額の計算イメージ（外来の診療報酬点数（合計）ごとの早見表）など、医療機関等の職員の方に向けた説明資料が作成され、その旨、ご連絡申し上げてきたところであります。

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が、本年 5 月 8 日から 5 類感染症に変更された後、外来で新型コロナウイルス感染症治療薬の処方を受けた場合、その薬剤費について全額を公費支援の対象とする等の公費負担の取扱いが示されたことを受け、後期高齢者医療における窓口負担において配慮措置が適用される場合の計算事例等について、添付資料のとおり、厚生労働省より関係機関あてに事務連絡が発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<添付資料>

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬明細書の計算事例の変更について（新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う計算事例の差し替え）  
(令和 5 年 4 月 25 日 事務連絡 厚生労働省保険局高齢者医療課)

事務連絡  
令和5年4月25日

(別紙 関係団体) 御中

厚生労働省保険局高齢者医療課

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬明細書の  
計算事例の変更について（新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う  
計算事例の差し替え）

後期高齢者医療制度につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

後期高齢者医療制度については、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、令和4年10月1日より、一定以上の所得を有する方の医療費の窓口負担割合を2割とするとともに、2割負担への変更により影響が大きい外来療養（訪問看護を含む。）を受けた方について、施行後3年間、高額療養費の枠組みを利用して、1ヶ月分の負担増が最大でも3,000円に収まるような配慮措置を導入しています。

これに伴い、「後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬請求書等の記載要領の一部改正等について」（令和4年3月31日付け厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）等において配慮措置の導入に伴う計算事例をお示ししたところですが、今般、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下単に「新型コロナウイルス感染症」という。）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）上の位置づけが5類感染症に変更された後の患者等に対する公費支援の取扱いが示されたことから、配慮措置に伴う計算事例について、別添のとおり、都道府県後期高齢者医療広域連合事務局及び市町村後期高齢者医療主管課（部）宛てに事務連絡を発出しました。

つきましては、内容について御了知いただくとともに、会員各位に御周知いただき、適切な請求に向けた準備を行っていただくよう、御協力をお願い申し上げます。

○関係団体一覧

公益社団法人日本医師会  
公益社団法人日本歯科医師会  
公益社団法人日本薬剤師会  
一般社団法人日本病院会  
公益社団法人全日本病院協会  
公益社団法人日本精神科病院協会  
一般社団法人日本医療法人協会  
一般社団法人日本社会医療法人協議会  
公益社団法人全国自治体病院協議会  
一般社団法人日本慢性期医療協会  
一般社団法人日本私立医科大学協会  
一般社団法人日本私立歯科大学協会  
一般社団法人日本病院薬剤師会  
公益社団法人日本看護協会  
一般社団法人全国訪問看護事業協会  
公益社団法人日本訪問看護財団  
独立行政法人国立病院機構  
国立研究開発法人国立がん研究センター  
国立研究開発法人国立循環器病研究センター  
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター  
国立研究開発法人国立国際医療研究センター  
国立研究開発法人国立成育医療研究センター  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
独立行政法人地域医療機能推進機構  
独立行政法人労働者健康安全機構本部



別添

事務連絡  
令和5年4月25日

都道府県後期高齢者医療広域連合事務局 } 御中  
市町村後期高齢者医療主管課 (部)

厚生労働省保険局高齢者医療課

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬明細書の  
計算事例の変更について（新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う  
計算事例の差し替え）

後期高齢者医療制度につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

後期高齢者医療制度については、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、令和4年10月1日より、一定以上の所得を有する方の医療費の窓口負担割合を2割とするとともに、2割負担への変更により影響が大きい外来療養（訪問看護を含む。）を受けた方について、施行後3年間、高額療養費の枠組みを利用して、1ヶ月分の負担増が最大でも3,000円に収まるような配慮措置を導入しています。

これに伴い、「後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬請求書等の記載要領の一部改正等について」（令和4年3月31日付け厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）等において配慮措置の導入に伴う計算事例をお示したところですが、今般、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下単に「新型コロナウイルス感染症」という。）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）上の位置づけが5類感染症に変更された後の患者等に対する公費支援の取扱いが示されたことから、配慮措置に伴う計算事例について、下記のとおり、当該取り扱いを踏まえた計算事例の変更を行いましたので、周知いたします。

## 記

### 1. 新型コロナウイルス感染症に関する公費支援の内容について

「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）において、新型コロナウイルス感染症の5類感染症への移行（令和5年5月8日）以降は、外来で新型コロナウイルス感染症治療薬の処方を受

けた場合、その薬剤費について、本年9月末まで、全額を公費支援の対象とすること等とされている。

また、当該公費支援の請求に関する診療報酬明細書の記載等については、計算事例を含め、「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について」（令和5年3月20日保医発0320第1号厚生労働省保険局医療課長通知）において示されているところである。

## 2. 上記に伴う計算事例の見直しについて

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しにおいて、制度ごとに窓口負担上限額が決まっている特定給付対象療養等については、窓口負担割合が変更になることによる追加の本人負担が発生しないため、配慮措置を適用しないこととしている。

新型コロナウイルス感染症は、5類感染症への移行後は特定給付対象療養に位置づけられなくなるが、今般の公費支援においても、薬剤費の全額が対象となることにより、追加の本人負担を発生させないものであることから、当該薬剤費に係る窓口負担については、引き続き、配慮措置を適用しないこととなるところ、具体的な計算事例は、事例22及び23のとおりである。

(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」（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）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001074917.pdf>

- ・「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について」（令和5年3月20日保医発0320第1号厚生労働省保険局医療課長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001077088.pdf>

以上

後期高齢者医療制度の負担割合見直し  
に係る計算事例集

令和5年4月 (Ver.4)

## 後期高齢者医療制度の負担割合見直しに係る計算事例集 目次

事例No.	区分	配慮措置	特記事項	公費	備考
1	高齢者外来（一般、2割負担者）				2割負担基本形
2	高齢者外来（一般、2割負担者）				2割負担基本形・高額療養費限度額該当
3	高齢者外来（一般、2割負担者）	○			配慮措置
4	高齢者外来（一般、2割負担者）	○			高額療養費限度額と配慮措置が両方適用
5	高齢者外来（一般、2割負担者）				75歳到達月・基本形
6	高齢者外来（一般、2割負担者）	○			75歳到達月
7	高齢者外来（一般、2割負担者）	○			75歳到達月・高療上限と配慮措置が両方適用
8	高齢者外来（一般、2割負担者）		02長		マル長
9	高齢者外来（一般、2割負担者）		02長		マル長・75歳到達月
10	高齢者外来（一般、2割負担者）			54	難病・高額療養費限度額該当
11	高齢者外来（一般、2割負担者）			54	難病・高額療養費非該当
12	高齢者外来（一般、2割負担者）			54	難病・75歳到達月
13	削除				
14	高齢者外来（一般、2割負担者）		02長	15	マル長と公費の併用
15	高齢者外来（一般、2割負担者）			54	保険単独分有（難病）基本形
16	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		54	保険単独分有（難病）配慮措置
17	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		54	保険単独分有（難病）・高療上限と配慮措置が両方適用
18	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		10	保険単独分有（結核）配慮措置
19	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		54,38	保険単独分有（難病・肝炎）配慮措置
20	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		54,38	保険単独分有（難病・肝炎）・高療上限と配慮措置が両方適用
21	高齢者外来（一般、2割負担者）		02長		マル長・自己負担額1万円以下
22	高齢者外来（一般、2割負担者）			28	保険単独分有（新型コロナ感染症）基本形
23	高齢者外来（一般、2割負担者）	○		28	保険単独分有（新型コロナ感染症）配慮措置

### 【備考】

- ※ 特定給付対象療養等の公費負担医療については、配慮措置の対象外としているが、予防接種法による医療費の支給等、自己負担額の全額が償還払いで支給される公費負担医療については、医療機関において、通常の保険医療と区別することができないため、配慮措置の対象として取り扱って差し支えない。
- ※ 特定給付対象療養等の取扱いについてはp.23を参照。
- ※ 高額療養費に係る「配慮措置」は計算過程を示すに当たり便宜的に記載しているもの。

### 【更新履歴】

令和4年3月 Ver.1作成

令和4年8月 Ver.2作成：No.13、15～20（公費併用レセプト・保険単独分有等）を追加

令和4年9月 Ver.3作成：No.21（マル長・自己負担額1万円以下）を追加

令和5年4月 Ver.4作成：No.22、23（新型コロナ感染症・保険単独分有）を追加（No.13（感染症）を削除）

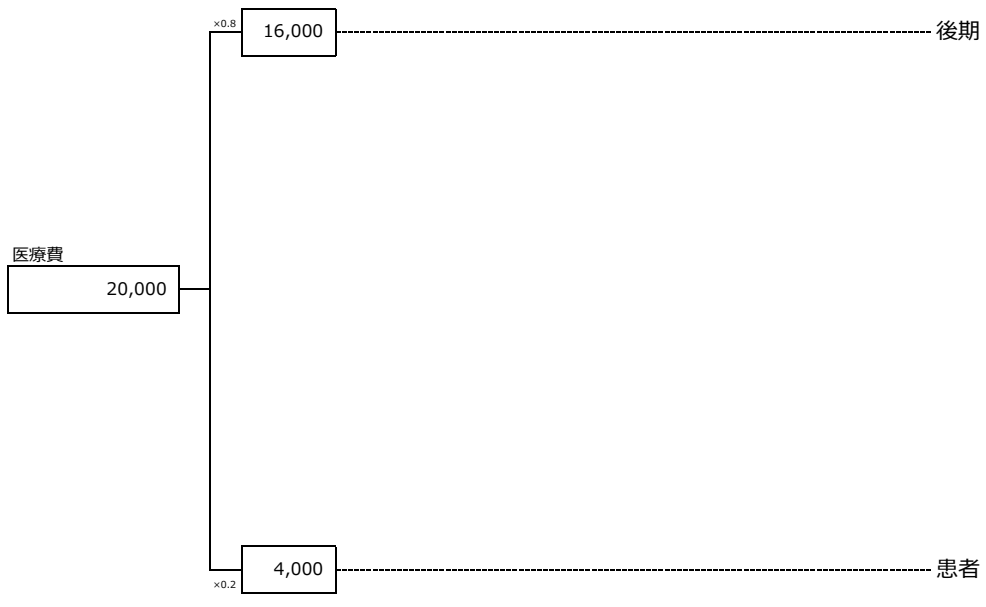
**【事例1】後期高齢者2割負担外来**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一			
-								-		保険者 番号	3	9				
公費負担 者番号①								公費受給 者番号①								
公費負担 者番号②								公費受給 者番号②								
氏名								特記事項								
職務上の事由								41：区力								
								診療 実日数	保険 公①							
									公②							

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額	円					
	公費 ①	2,000								
	公費 ②					※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数

**【療養の給付】**



合計	
後期	16,000 円
（高額療養費再掲	0 円）
公費	0 円
患者	4,000 円
合計	20,000 円

※医療費が30,000円未満のため配慮措置対象外

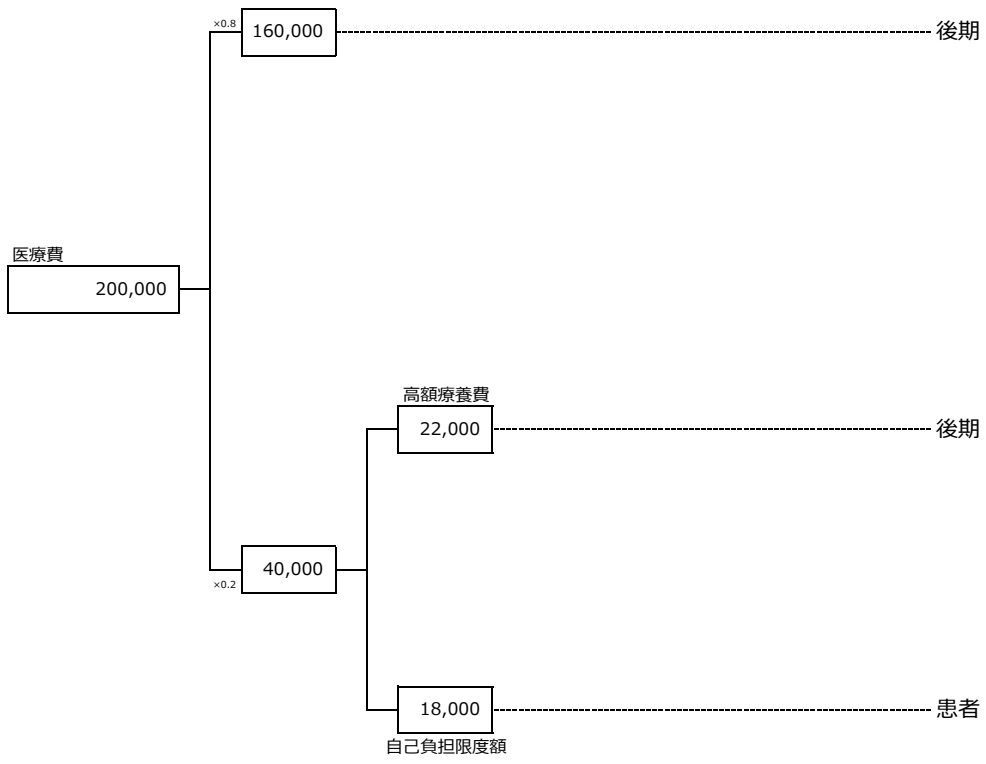
**【事例2】後期高齢者 2割負担外来**

診療報酬明細書 (医科入院外)										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)										公費受給 者番号(1)				
公費負担 者番号(2)										公費受給 者番号(2)				
氏名										特記事項				
職務上の事由										41：区力				
										診療 実日数	保 険 公 ① 公 ②			

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
		20,000		18,000			
	公費 ① 公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

**【療養の給付】**



合計	
後期	182,000 円
(高額療養費再掲)	22,000 円)
公費	0 円
患者	18,000 円
合計	200,000 円

※配慮措置計算額よりも高額療養費限度額が低いため高額療養費限度額適用自己負担限度額  
 $6,000円 + (200,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 23,000円 > 18,000円$

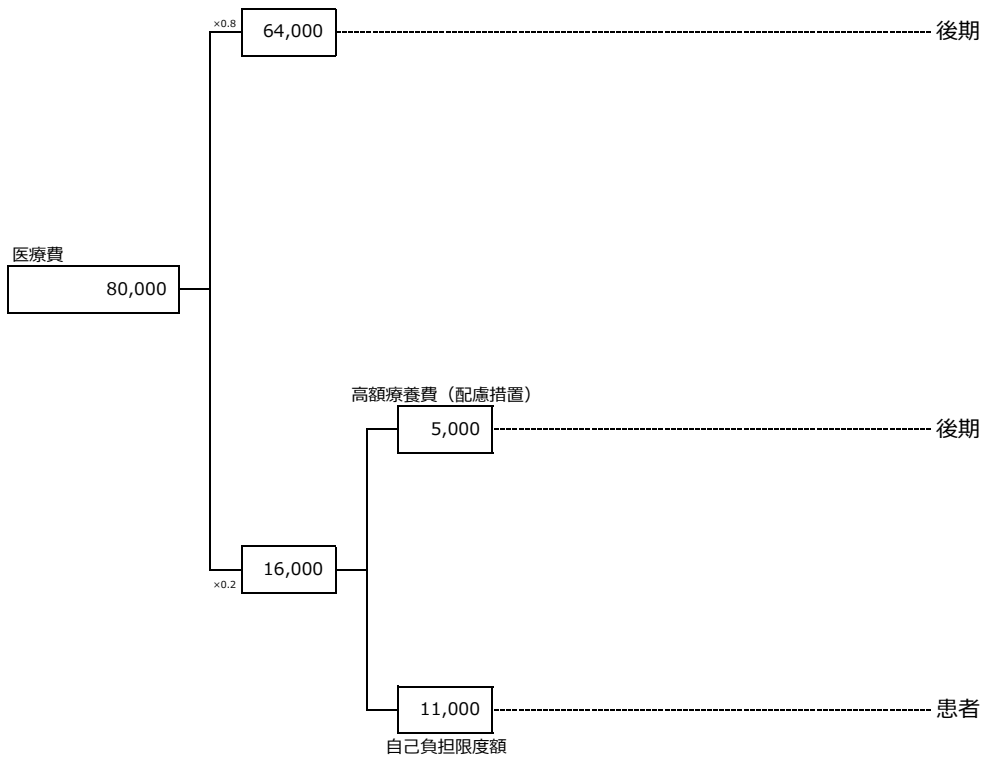
**【事例3】後期高齢者2割負担外来（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)										公費受給 者番号(1)				
公費負担 者番号(2)										公費受給 者番号(2)				
氏名										特記事項				
職務上の事由										41：区力				
										診療 実日数		保険 公 ① 公 ②		

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
	公費 ①	8,000		11,000			
	公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

**【療養の給付】**



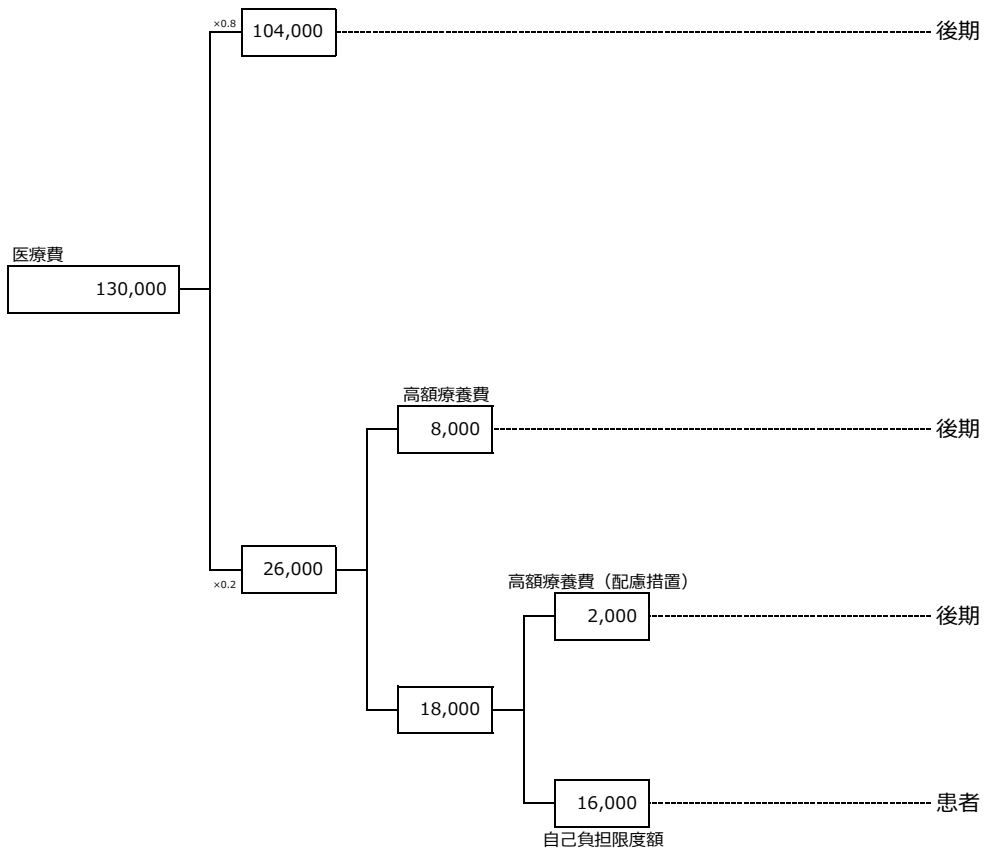
合計	
後期	69,000 円
（高額療養費再掲）	5,000 円
公費	0 円
患者	11,000 円
合計	80,000 円

※高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
自己負担限度額（配慮措置）  
6,000円 + (80,000円 - 30,000円) × 0.1 = 11,000円 < 18,000円

**【事例4】後期高齢者2割負担外来（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）																																											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																		
公費負担 者番号①								公費受給 者番号①																																			
公費負担 者番号②								公費受給 者番号②																																			
氏名							特記事項																																				
職務上の事由							41：区力																																				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;">1</td><td style="width: 10px;">医科</td><td style="width: 10px;">3</td><td style="width: 10px;">後期</td><td style="width: 10px;">1</td><td style="width: 10px;">単独</td><td style="width: 10px;">8</td><td style="width: 10px;">高外一</td> </tr> <tr> <td>保険者 番号</td><td>3</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											1	医科	3	後期	1	単独	8	高外一	保険者 番号	3	9																						
	1	医科	3	後期	1	単独	8	高外一																																			
保険者 番号	3	9																																									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10px;">診 療 実 日 数</td> <td style="width: 10px;">保 険</td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td>公 ①</td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td>公 ②</td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> </table>										診 療 実 日 数	保 険		公 ①		公 ②																												
診 療 実 日 数	保 険																																										
	公 ①																																										
	公 ②																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10px;">保 険 の 給 付</td> <td style="width: 10px;">保</td> <td style="width: 10px;">請 求 点</td> <td style="width: 10px;">※決定 点</td> <td style="width: 10px;">一部負担金額</td> <td style="width: 10px;">円</td> </tr> <tr> <td>険</td> <td style="text-align: center;">13,000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">16,000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費 ①</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費 ②</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※高額療養費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※公費負担点数</td> <td>点</td> </tr> </table>										保 険 の 給 付	保	請 求 点	※決定 点	一部負担金額	円	険	13,000		16,000		公費 ①					公費 ②				※高額療養費	円					※公費負担点数	点					※公費負担点数	点
保 険 の 給 付	保	請 求 点	※決定 点	一部負担金額	円																																						
	険	13,000		16,000																																							
	公費 ①																																										
公費 ②				※高額療養費	円																																						
				※公費負担点数	点																																						
				※公費負担点数	点																																						

**【療養の給付】**



合計	
後期	114,000 円
（高額療養費再掲	10,000 円）
公費	0 円
患者	16,000 円
合計	130,000 円

※高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額（配慮措置）  
 $6,000円 + (130,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 16,000円 < 18,000円$



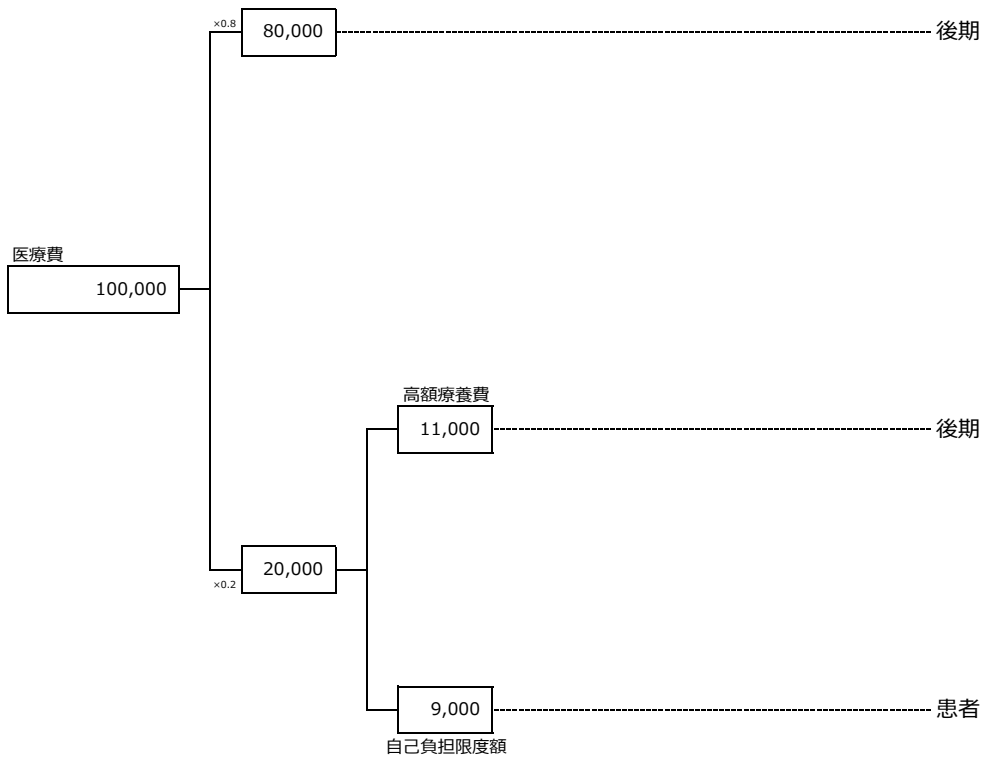
**【事例5】後期高齢者2割負担外来（75歳到達月）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)										公費受給 者番号(1)				
公費負担 者番号(2)										公費受給 者番号(2)				
氏名										特記事項				
職務上の事由										41：区力				
										診療 実日数		保険 公 ① 公 ②		

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一 部 負 担 金 額 円			
	公費 ①	10,000		9,000			
	公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

**【療養の給付】**



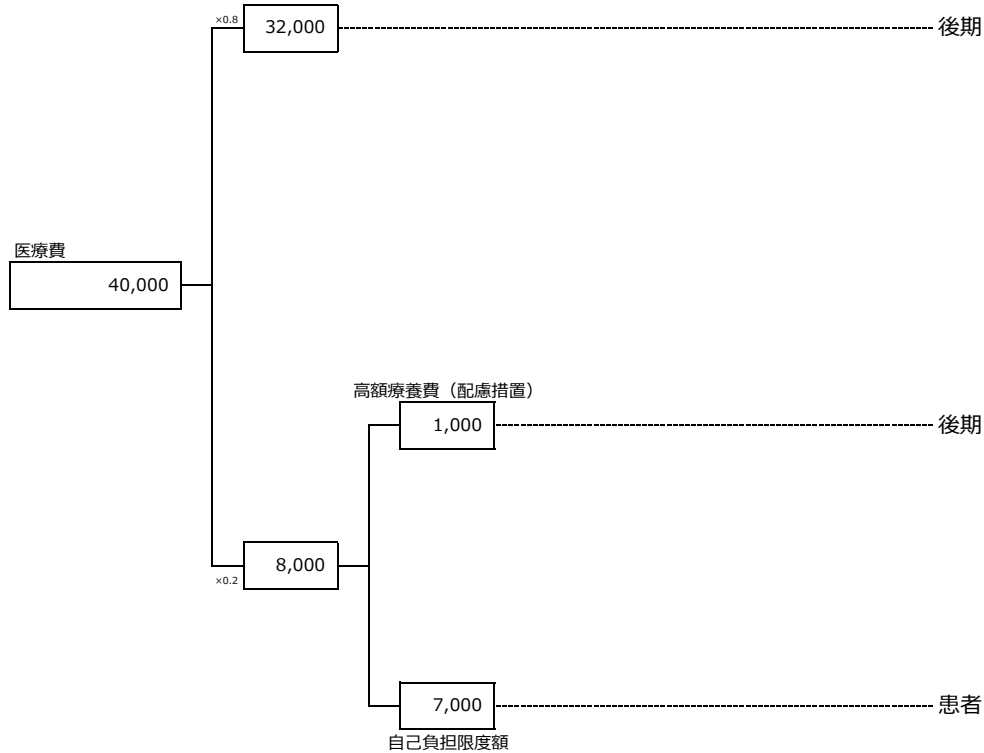
合計	
後期	91,000 円
（高額療養費再掲	11,000 円）
公費	0 円
患者	9,000 円
合計	100,000 円

※配慮措置計算額よりも高額療養費限度額が低いため高額療養費限度額適用  
 ※75歳到達月のため、高額療養費限度額9,000円  
 自己負担限度額  
 6,000円 + (100,000円 - 30,000円) × 0.1 = 13,000円 > 9,000円

**【事例6】後期高齢者2割負担外来（配慮措置）（75歳到達月）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一			
-									-	保険者 番号	3	9				
公費負担 者番号①									公費受給 者番号①							
公費負担 者番号②									公費受給 者番号②							
氏名										特記事項						
職務上の事由										41：区力						
										診 療 実 日 数	保 険 公 ① 公 ②					
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円												
		4,000		7,000												
	公 費 ① 公 費 ②					※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点								

**【療養の給付】**



合計	
後期	33,000 円
（高額療養費再掲）	1,000 円
公費	0 円
患者	7,000 円
合計	40,000 円

※高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置適用  
 ※75歳到達月のため、高額療養費限度額9,000円  
 自己負担限度額（配慮措置）  
 $6,000円 + (40,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 7,000円 < 9,000円$

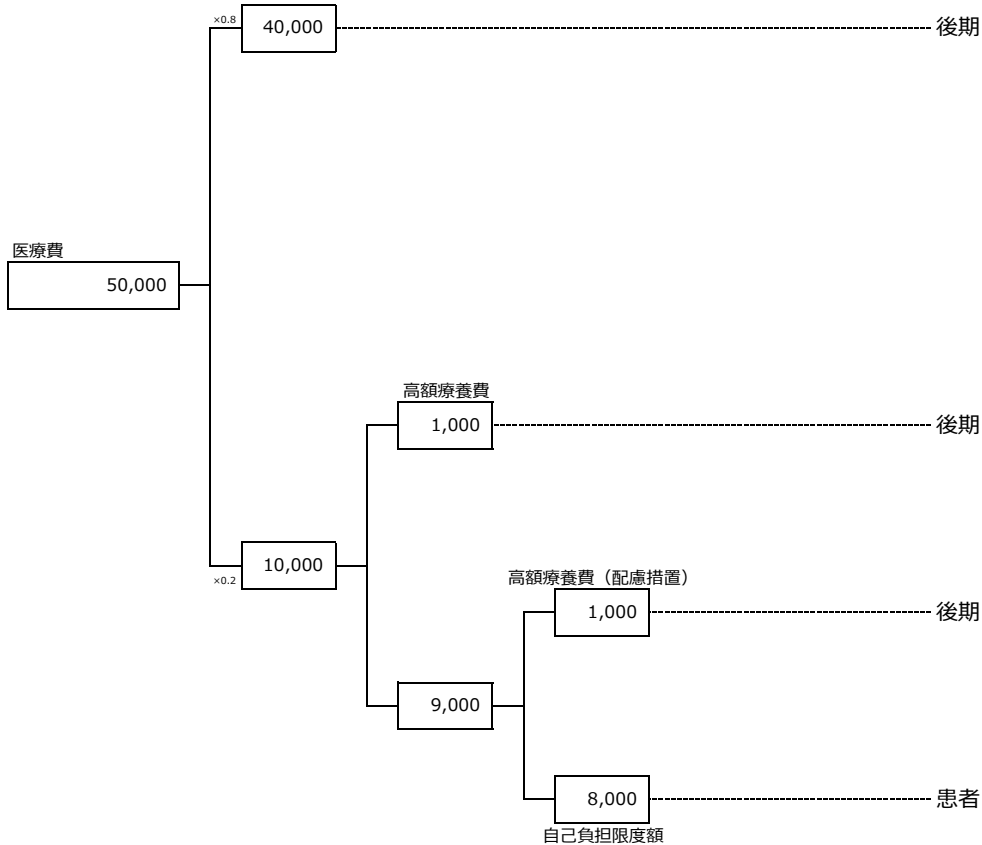
【事例7】後期高齢者2割負担外来（配慮措置）（75歳到達月）

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-									-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号①								公費受給 者番号①						
公費負担 者番号②								公費受給 者番号②						
氏名							特記事項	41：区力						
職務上の事由														
診療 実日数							保険 公①							
							公②							

療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
	公費 ①	5,000		8,000			
	公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

【療養の給付】



合計	
後期	42,000 円
(高額療養費再掲)	2,000 円)
公費	0 円
患者	8,000 円
合計	50,000 円

※高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置適用  
 ※75歳到達月のため、高額療養費限度額9,000円  
 自己負担限度額（配慮措置）  
 6,000円 + (50,000円 - 30,000円) × 0.1 = 8,000円 < 9,000円

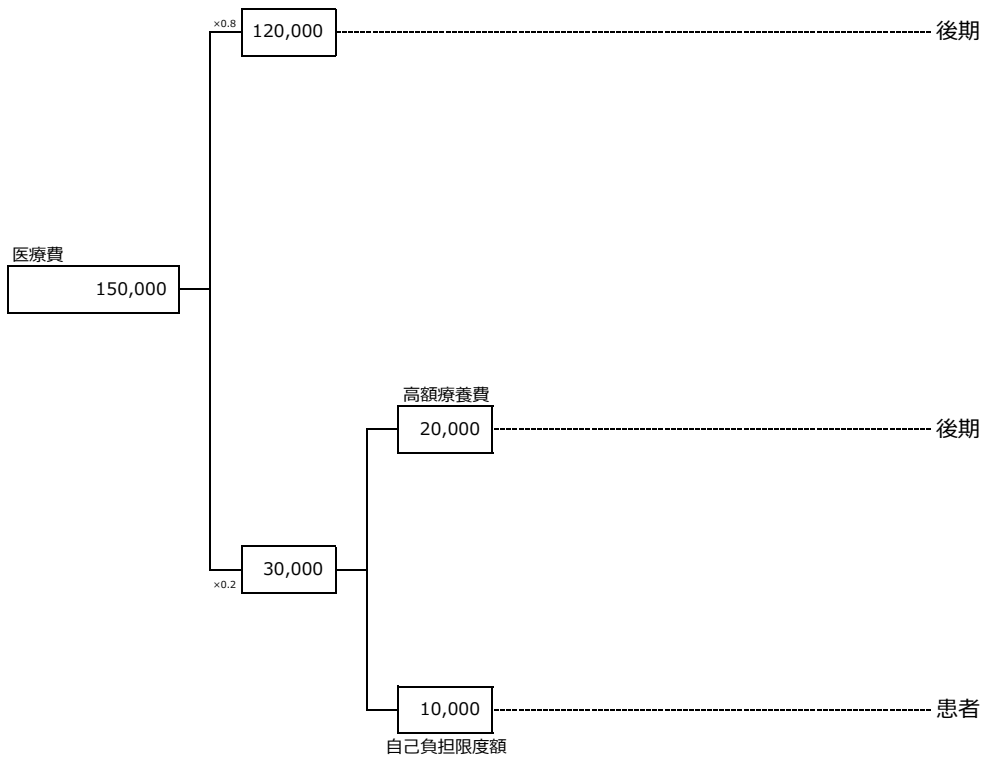
**【事例8】後期高齢者2割負担外来（マル長）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号①										公費受給 者番号①				
公費負担 者番号②										公費受給 者番号②				
氏名									特記事項	診療 実日数	保険 公①			
職務上の事由									02:長 41:区力		公②			

療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
	公費 ①	15,000		10,000			
	公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

**【療養の給付】**



合計	
後期	140,000 円
（高額療養費再掲	20,000 円）
公費	0 円
患者	10,000 円
合計	150,000 円

※特定疾病療養につき配慮措置適用外（特定疾病の取扱いについてはp.23参照）

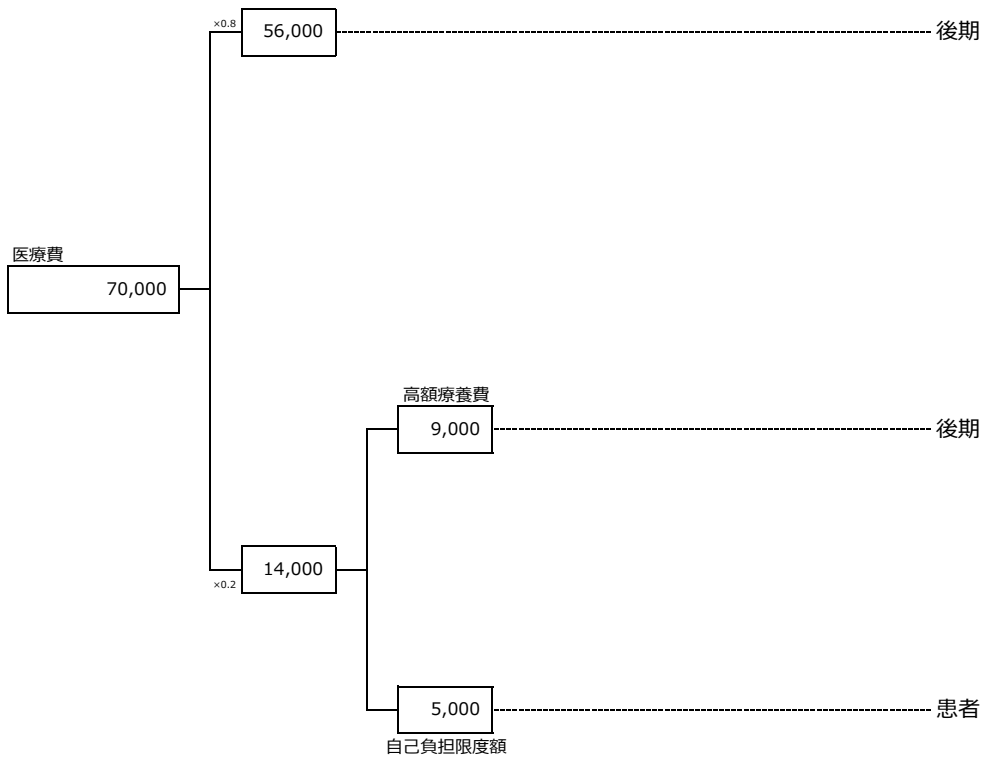
【事例9】後期高齢者2割負担外来（マル長）（75歳到達月）

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一			
-								-		保険者 番号	3	9				
公費負担 者番号(1)								公費受給 者番号(1)								
公費負担 者番号(2)								公費受給 者番号(2)								
氏名							特記事項									
職務上の事由							02:長 41:区力									
							診療 実日数	保険 公 ①								
							公 ②									

療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
	公費 ①	7,000		5,000			
	公費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

【療養の給付】



合計	
後期	65,000 円
（高額療養費再掲	9,000 円）
公費	0 円
患者	5,000 円
合計	70,000 円

※特定疾病療養につき配慮措置適用外（特定疾病の取扱いについてはp.23参照）  
 ※75歳到達月のため、マル長自己負担限度額5,000円

【事例10】後期高齢者2割負担外来（難病）

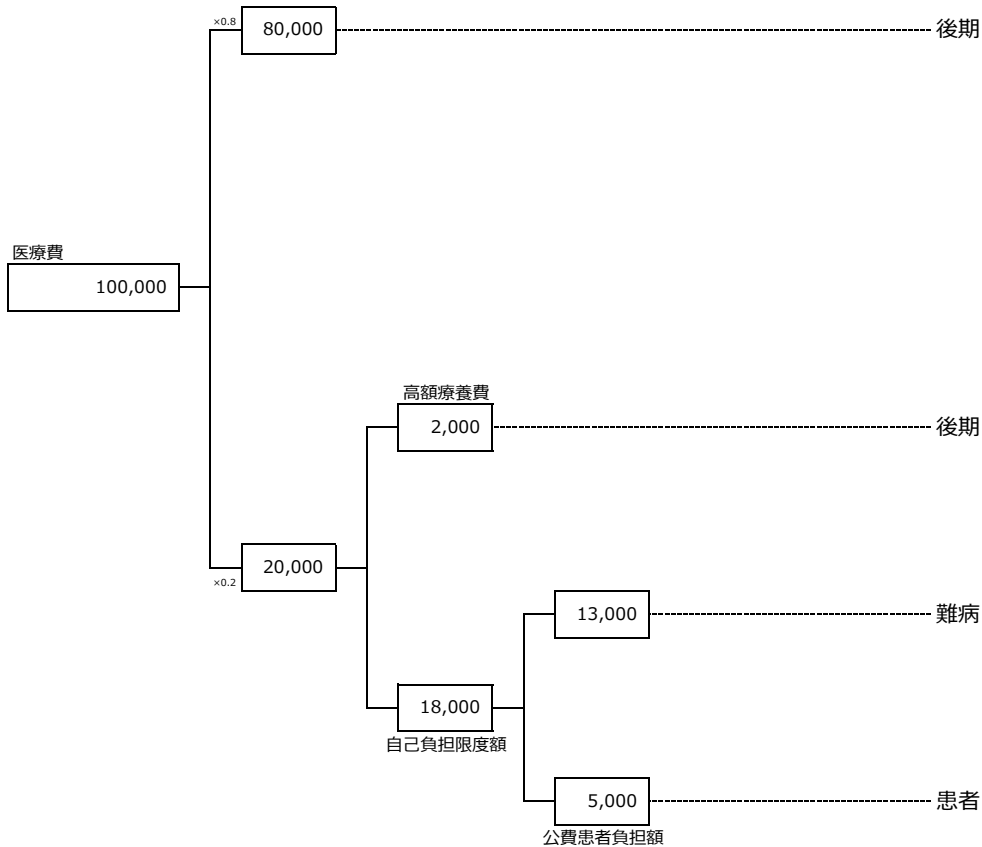
診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)	5	4								公費受給 者番号(1)				
公費負担 者番号(2)										公費受給 者番号(2)				
氏 名							特記事項							
職務上の事由							41：区力							
診療 実 日 数							保 険 公 ①							
							保 険 公 ②							

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一 部 負 担 金 額 円		
	公 費 ①	10,000		18,000		
	公 費 ②			5,000		
				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

※レセプト全体が公費併用の場合（保険単独医療が含まれない場合）

【療養の給付】



合計	
後期	82,000 円
（高額療養費再掲	2,000 円）
公費	13,000 円
患者	5,000 円
合計	100,000 円

※特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 （特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照）  
 ※公費患者負担額5,000円

【事例11】後期高齢者2割負担外来（難病）

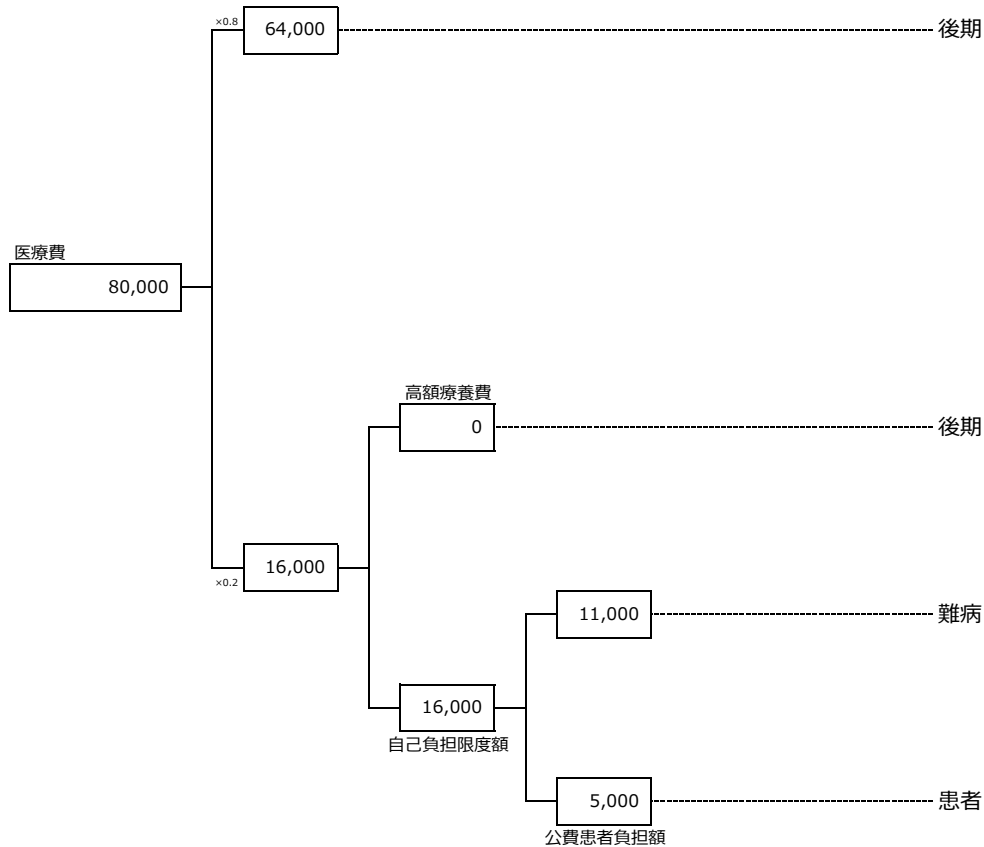
診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一	
-									-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)	5	4							公費受給 者番号(1)					
公費負担 者番号(2)									公費受給 者番号(2)					
氏名							特記事項							
職務上の事由							41：区力							
診療 実 日 数							保 険 公 ①							
							保 険 公 ②							

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一 部 負 担 金 額 円		
	公 費 ①	8,000		5,000		
	公 費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点

※レセプト全体が公費併用の場合（保険単独医療が含まれない場合）

【療養の給付】



合計	
後期	64,000 円
(高額療養費再掲)	0 円
公費	11,000 円
患者	5,000 円
合計	80,000 円

※特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 (特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費患者負担額5,000円

【事例12】後期高齢者2割負担外来（難病）（75歳到達月）

診療報酬明細書（医科入院外）										
-										
公費負担者番号①	5	4						公費受給者番号①		
公費負担者番号②								公費受給者番号②		
氏名							特記事項	41：区力		
職務上の事由										
診療日数							保険公①			
							保険公②			

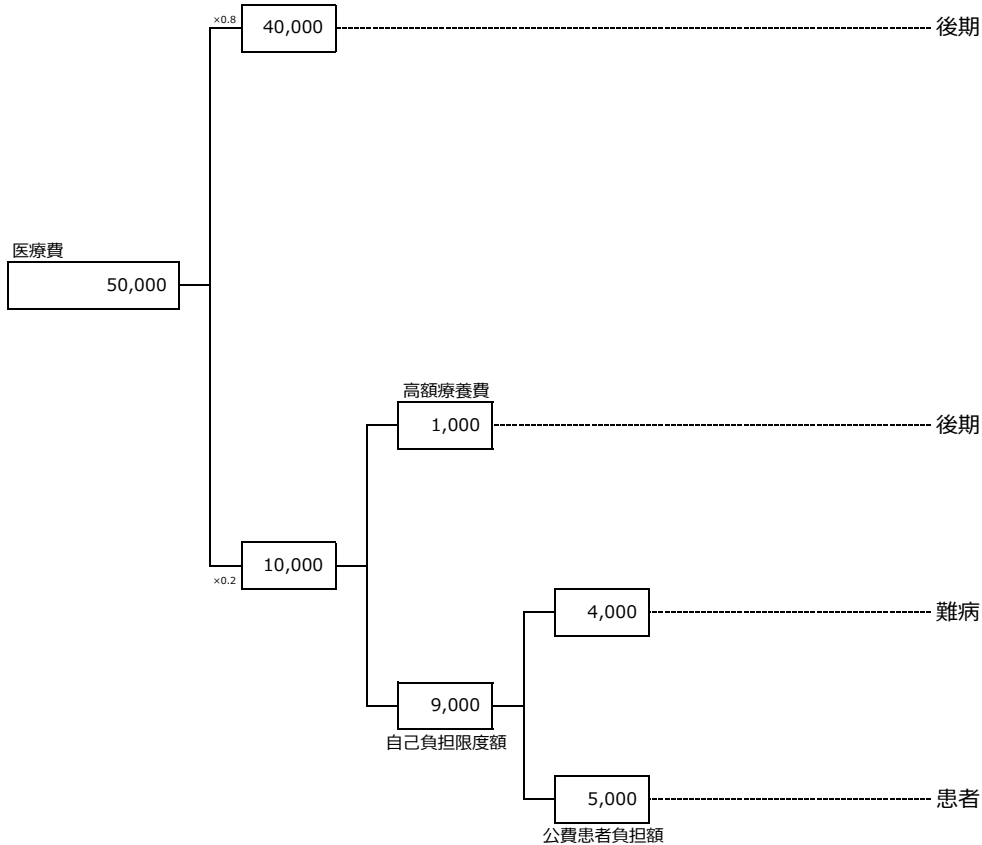
1 医科	3 後期	2 2併	8 高外
保険者番号	3 9		

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円	※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点
保険	5,000		9,000			
公費①			5,000			
公費②						

※レセプト全体が公費併用の場合（保険単独医療が含まれない場合）

【療養の給付】



合計	
後期	41,000 円
（高額療養費再掲	1,000 円）
公費	4,000 円
患者	5,000 円
合計	50,000 円

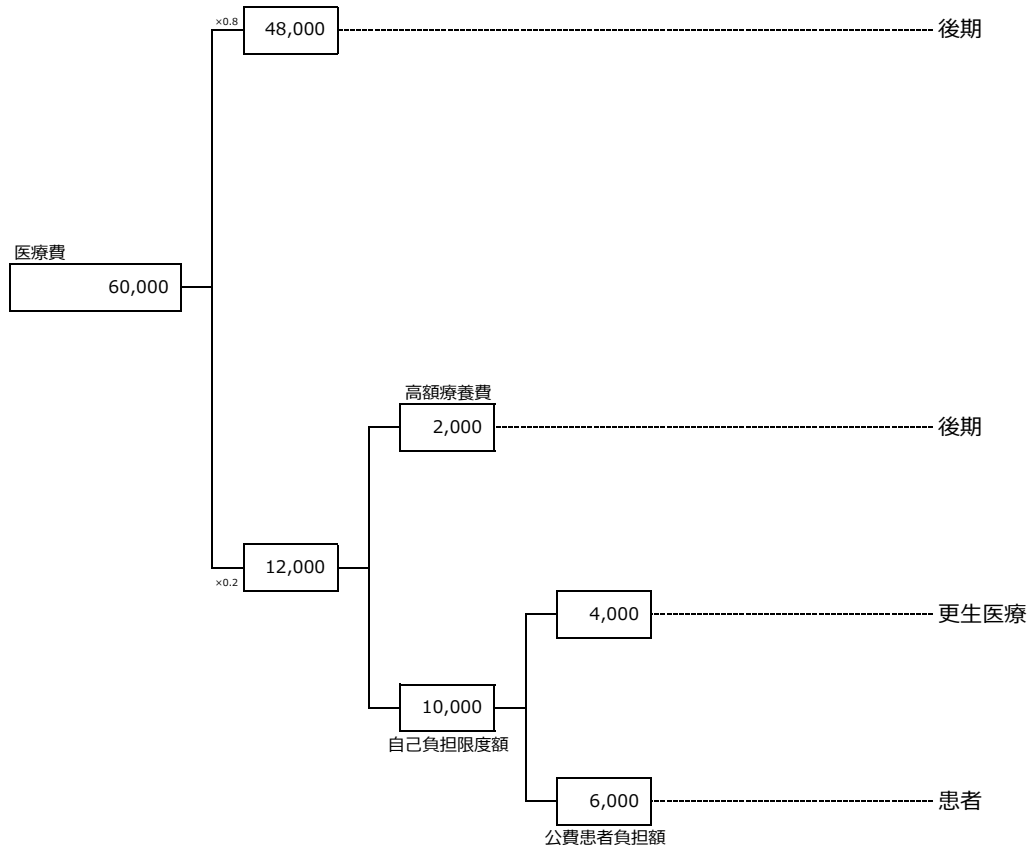
※特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 （特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照）  
 ※75歳到達月のため、高額療養費限度額9,000円  
 ※公費患者負担額5,000円



【事例14】後期高齢者2割負担外来（マル長）（更生医療）

診療報酬明細書（医科入院外）										
-										
公費負担者番号(1)	1	5						公費受給者番号(1)	-	
公費負担者番号(2)								公費受給者番号(2)		
氏名							特記事項	02:長 41:区力		
職務上の事由										
診療日数							保険			
							公(1)			
							公(2)			
請求点	6,000		※決定点			一部負担金額 円	10,000			
療養の給付	公費①					6,000				
	公費②					※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点		

【療養の給付】



合計	
後期	50,000 円
(高額療養費再掲)	2,000 円)
公費	4,000 円
患者	6,000 円
合計	60,000 円

※特定疾病療養につき配慮措置適用外  
(特定疾病の取扱いについてはp.23参照)

【事例15】後期高齢者2割負担外来（難病）

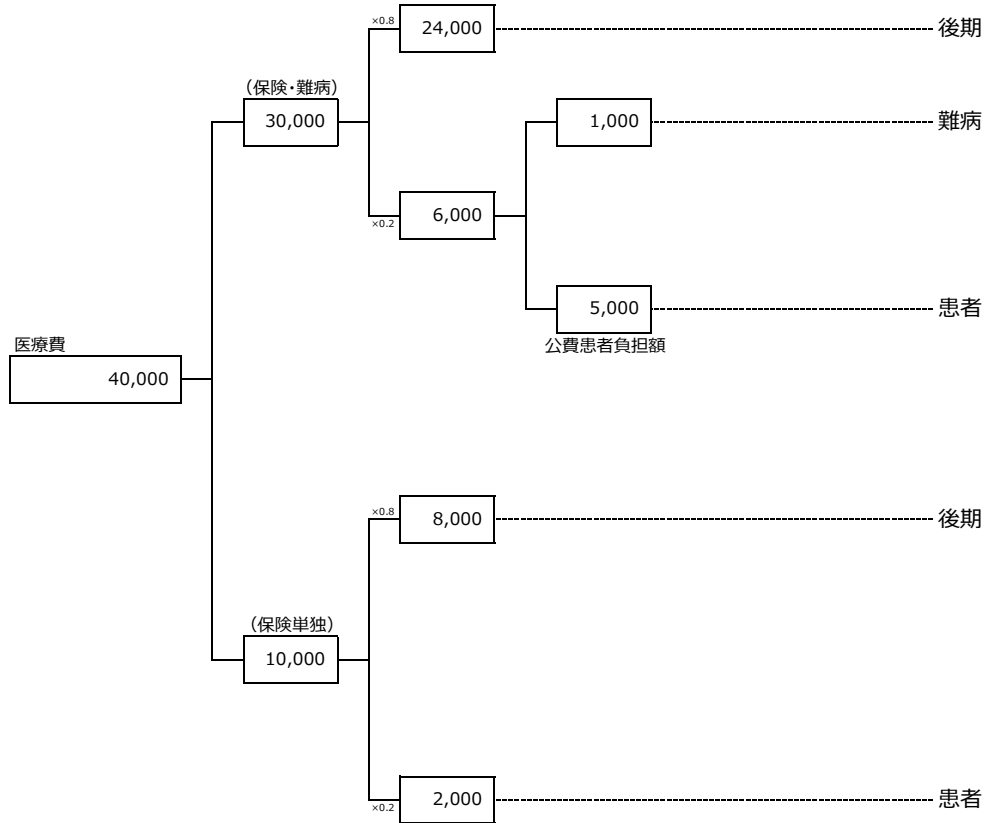
診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公費負担者番号①	5	4								公費受給者番号①			
公費負担者番号②										公費受給者番号②			
氏名									特記事項	診療 保険 実 日 数 公 ① 公 ②			
職務上の事由									41：区カ				

療養の給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円			
	公費①	4,000					
	公費②	3,000		5,000			
				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点	

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

【療養の給付】



合計	
後期	32,000 円
(高額療養費再掲)	0 円)
公費	1,000 円
患者	7,000 円
合計	40,000 円

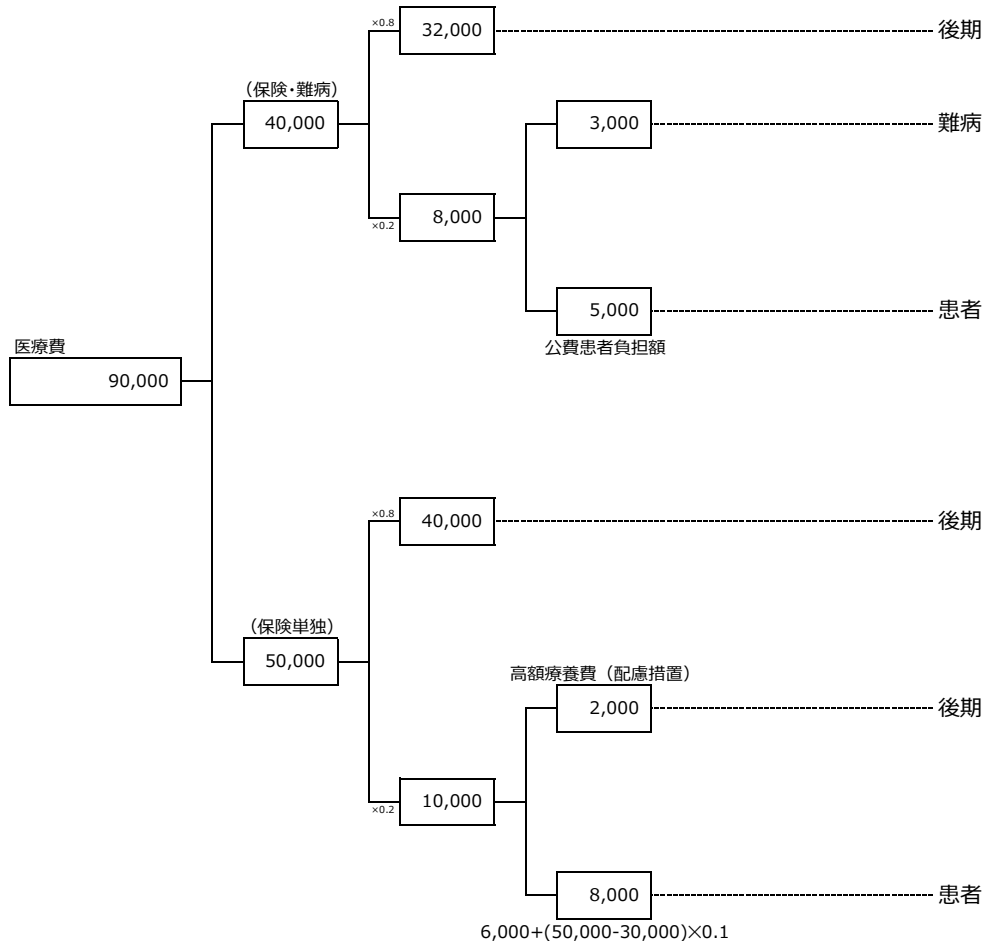
※公費①は、特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 (特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費患者負担額5,000円  
 ※保険単独分の医療費が30,000円未満のため配慮措置適用外

**【事例16】後期高齢者2割負担外来（難病）（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科 3 後期 2 2併 8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3 9
公費負担 者番号①	5	4								公費受給 者番号①	
公費負担 者番号②										公費受給 者番号②	
氏名		特記事項								診療 実日数	保 険 公 費
職務上の事由		41：区力									
療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円 ( 8,000 )							
	公 費 ①	9,000		16,000							
	公 費 ②	4,000		5,000							
				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点					

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

**【療養の給付】**



合計	
後期	74,000 円
(高額療養費再掲)	2,000 円)
公費	3,000 円
患者	13,000 円
合計	90,000 円

※公費①は、特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 (特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費患者負担額5,000円  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額 (配慮措置)  
 $6,000円 + (50,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 8,000円 < 18,000円$

【事例17】後期高齢者2割負担外来（難病）（配慮措置）

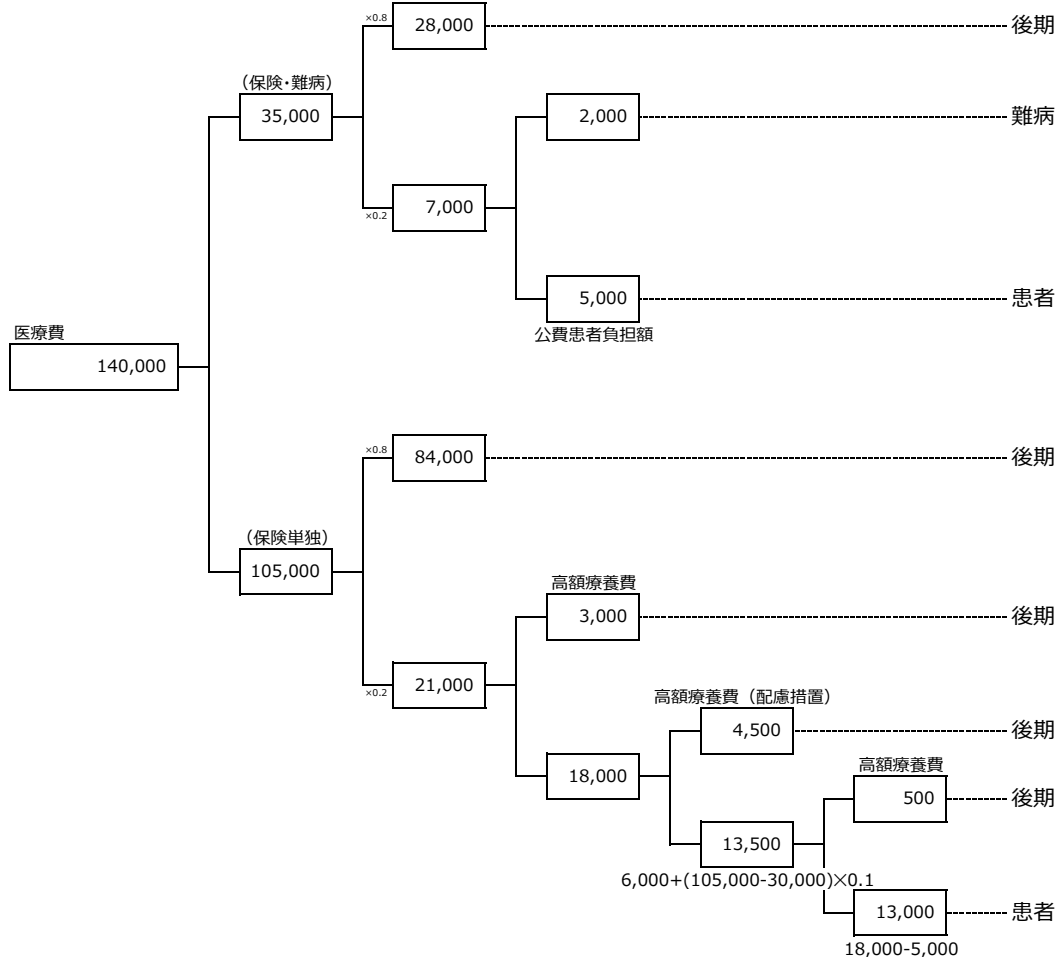
診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一
公費負担者番号①	5	4								公費受給者番号①			
公費負担者番号②										公費受給者番号②			
氏名									特記事項	41：区力			
職務上の事由													
診療実日数									保険				
									公				
									①				
									公				
									②				

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 (7,000)	円
保険	14,000		20,000	
公費①	3,500		5,000	
公費②				
			※高額療養費	円
			※公費負担点数	点
			※公費負担点数	点

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

【療養の給付】



合計	
後期	120,000 円
(高額療養費再掲)	8,000 円
公費	2,000 円
患者	18,000 円
合計	140,000 円

※公費①は、特定疾病給付対象療養につき配慮措置適用外  
 (特定疾病給付対象療養の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費患者負担額5,000円  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額 (配慮措置)  
 $6,000円 + (105,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 13,500円 < 18,000円$   
 ※高額療養費限度額と公費患者負担額の差分により、保険単独分の患者負担額を算出  
 $18,000円 - 5,000円 = 13,000円 < 13,500円$

**【事例18】後期高齢者2割負担外来（結核）（配慮措置）**

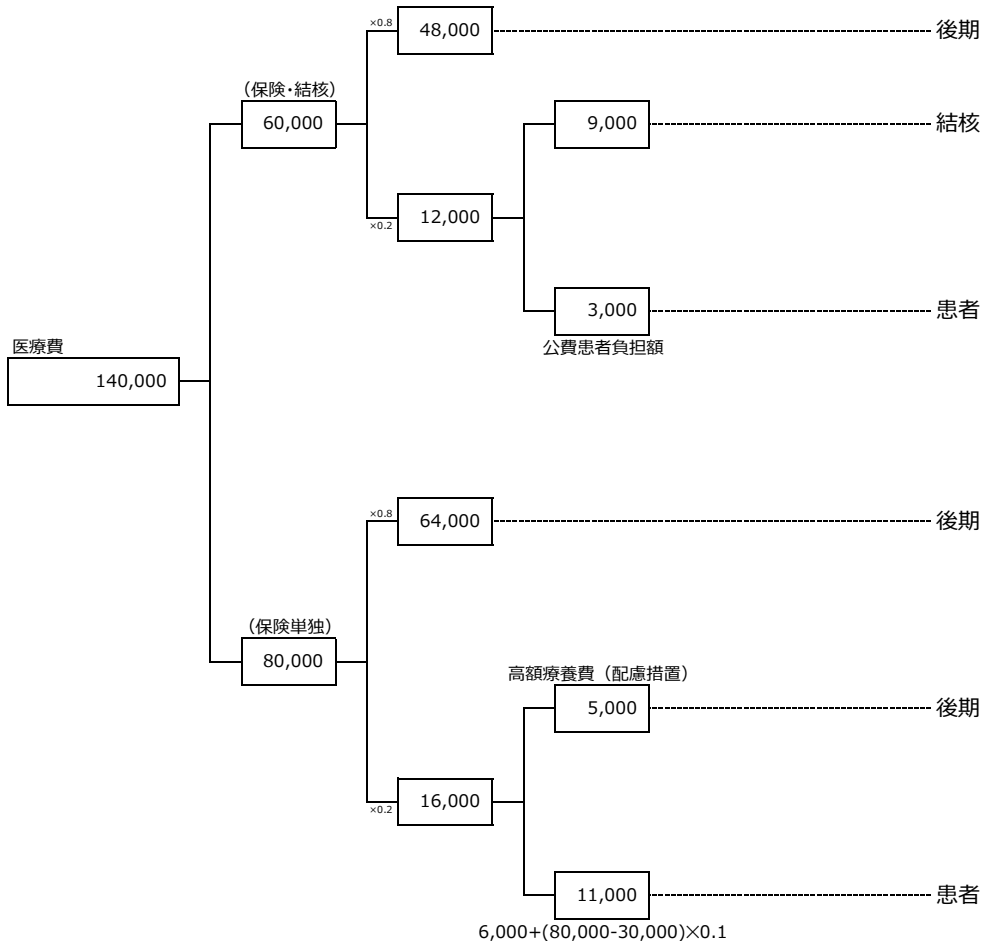
診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号①	1	0								公費受給 者番号①				
公費負担 者番号②										公費受給 者番号②				
氏 名								特記事項	41：区力					
職務上の事由														
診療 実 日 数								保 険 公 ①						
								保 険 公 ②						

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円 ( 12,000 )	
	公 費 ①	14,000		23,000	
	公 費 ②	6,000		14,000	
				※高額療養費 円	※公費負担点数 点
					※公費負担点数 点

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

**【療養の給付】**



合計	
後期	117,000 円
(高額療養費再掲)	5,000 円)
公費	9,000 円
患者	14,000 円
合計	140,000 円

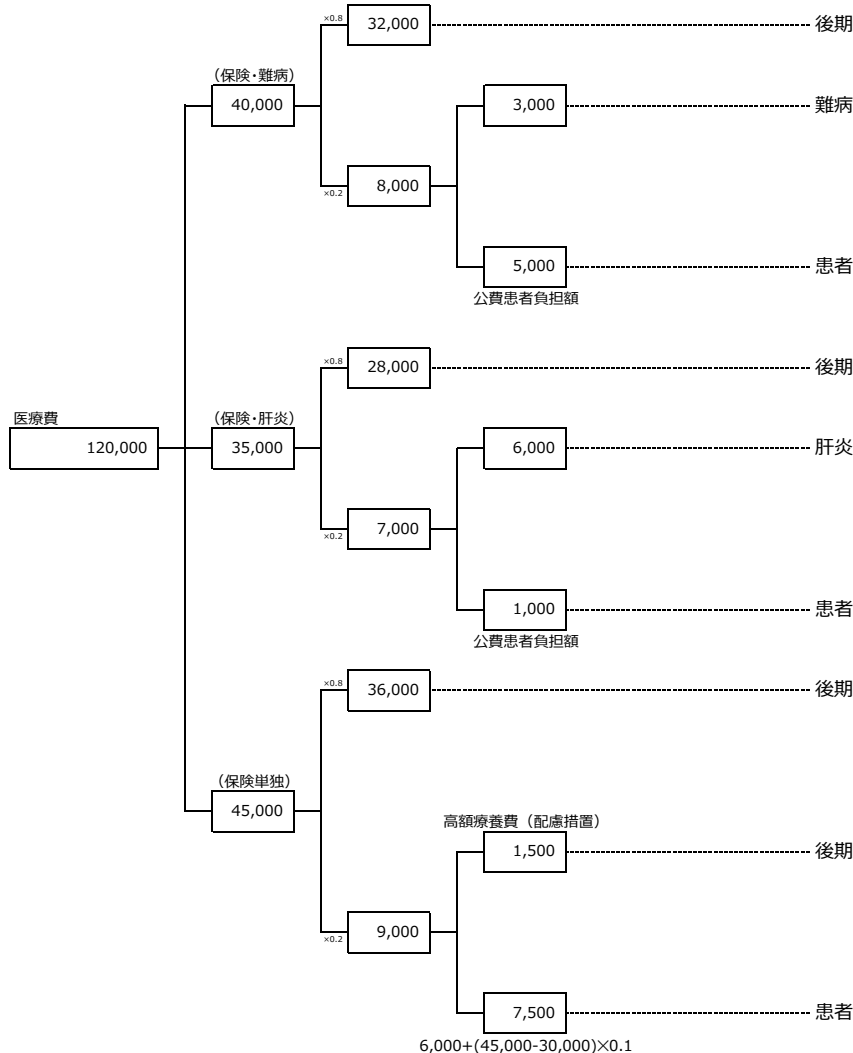
※公費①は、特定給付対象療養につき配慮措置適用外  
 (特定給付対象疾病の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費患者負担額3,000円(結核は医療費(公費併用分)の5%が患者負担)  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額(配慮措置)  
 $6,000円 + (80,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 11,000円 < 18,000円$

**【事例19】後期高齢者 2割負担外来（難病・肝炎）（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）																									
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>医科</td><td>3</td><td>後期</td><td>3</td><td>3併</td><td>8</td><td>高外一</td> </tr> <tr> <td>保険者 番号</td><td>3</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										1	医科	3	後期	3	3併	8	高外一	保険者 番号	3	9					
1	医科	3	後期	3	3併	8	高外一																		
保険者 番号	3	9																							
公費負担 割増率①	5	4						公費受給 割増率①																	
公費負担 割増率②	3	8						公費受給 割増率②																	
氏名							特記事項	診療 実 日 数	保 険 公 立 公 館																
職務上の事由							41：区カ																		
療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額 円 ( 8,000 ) ( 7,000 )																					
	公費 ①	12,000		22,500																					
	公費 ②	4,000		5,000																					
	公費 ②	3,500		1,000	※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点																		

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

**[療養の給付]**



合計		
後期	97,500	円
(高額療養費再掲)	1,500	円)
公費	9,000	円
患者	13,500	円
合計	120,000	円

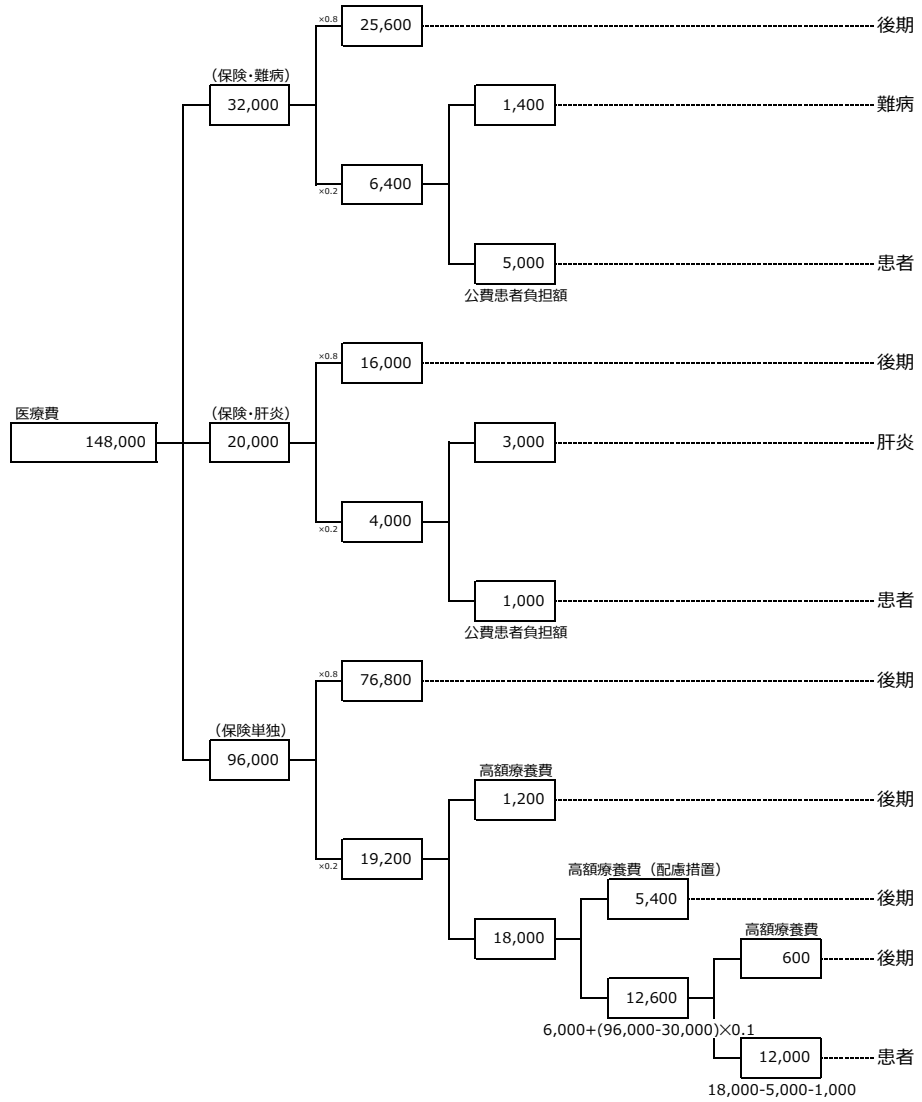
※公費①・②は、特定給付対象療養等につき配慮措置適用外  
 (特定給付対象療養等の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費①患者負担額5,000円、公費②患者負担額1,000円  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額 (配慮措置)  
 $6,000円 + (45,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 7,500円 < 18,000円$

**【事例20】後期高齢者2割負担外来（難病・肝炎）（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）									
1	医科	3	後期	3	3併	8	高外一		
保険者番号	3	9							
公費負担 表高給分	5	4						公費受給 表高給分	
公費負担 表高給分	3	8						公費受給 表高給分	
氏名								特記事項	
職務上の事由								41：区力	
診療 実 日 数								保 険 公 ① 公 ②	
保 険 の 給 付	請 求 点	※決定点	一部負担金額 円						
公費①	14,800		( 6,400 )						
公費②	3,200		( 4,000 )						
	2,000		22,400						
			※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点				

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

**【療養の給付】**



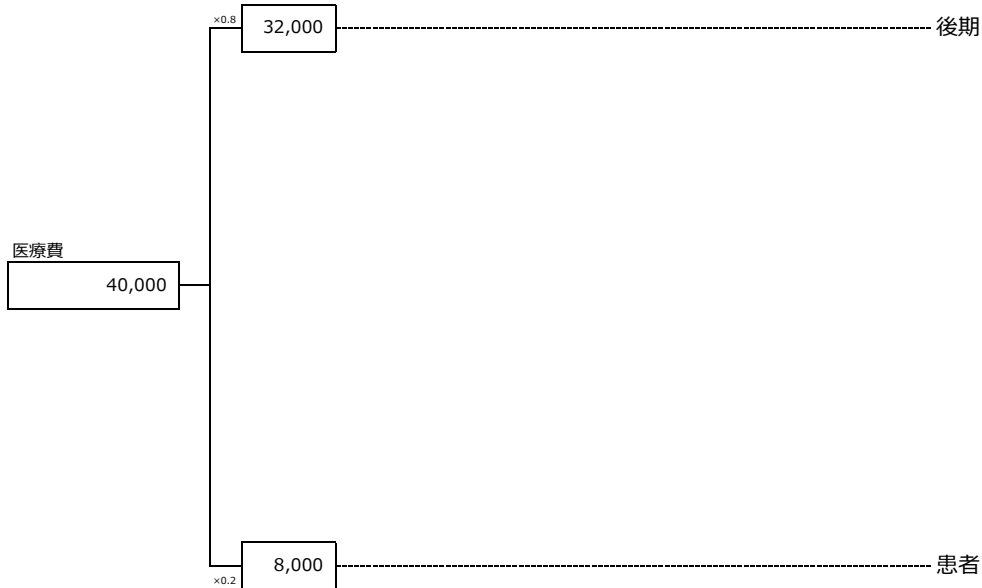
合計	
後期	125,600 円
(高額療養費再掲)	7,200 円)
公費	4,400 円
患者	18,000 円
合計	148,000 円

※公費①・②は、特定給付対象療養等につき配慮措置適用外  
 (特定給付対象療養等の取扱いについてはp.23参照)  
 ※公費①患者負担額5,000円、公費②患者負担額1,000円  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額（配慮措置）  
 $6,000円 + (96,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 12,600円 < 18,000円$   
 ※高額療養費限度額と公費患者負担額の差分により、保険単独分の患者負担額を算出  
 $18,000円 - 5,000円 - 1,000円 = 12,000円 < 12,600円$

【事例21】後期高齢者2割負担外来（マル長）

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	1 単独	8 高外一	
-									-	保険者 番号	3	9		
公費負担 者番号(1)								公費受給 者番号(1)						
公費負担 者番号(2)								公費受給 者番号(2)						
氏名							特記事項							
職務上の事由							02:長 41:区カ							
診療 実 日 数							保 険 公 ① 公 ②							
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	一部負担金額		円								
	公 費 ①	4,000												
	公 費 ②							※高額療養費	円	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点	

【療養の給付】



合計	
後期	32,000 円
（高額療養費再掲	0 円）
公費	0 円
患者	8,000 円
合計	40,000 円

※特定疾病療養につき配慮措置適用外（特定疾病の取扱いについてはp.23参照）  
 ※2割負担者であるため、自己負担額が1万円以下の場合も  
 特記事項「02長」を記載。（「後期高齢者医療制度における一部負担金の負担割合の見直しに係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載について」  
 （令和4年9月13日保医発0913第6号厚生労働省保険局医療課長通知）

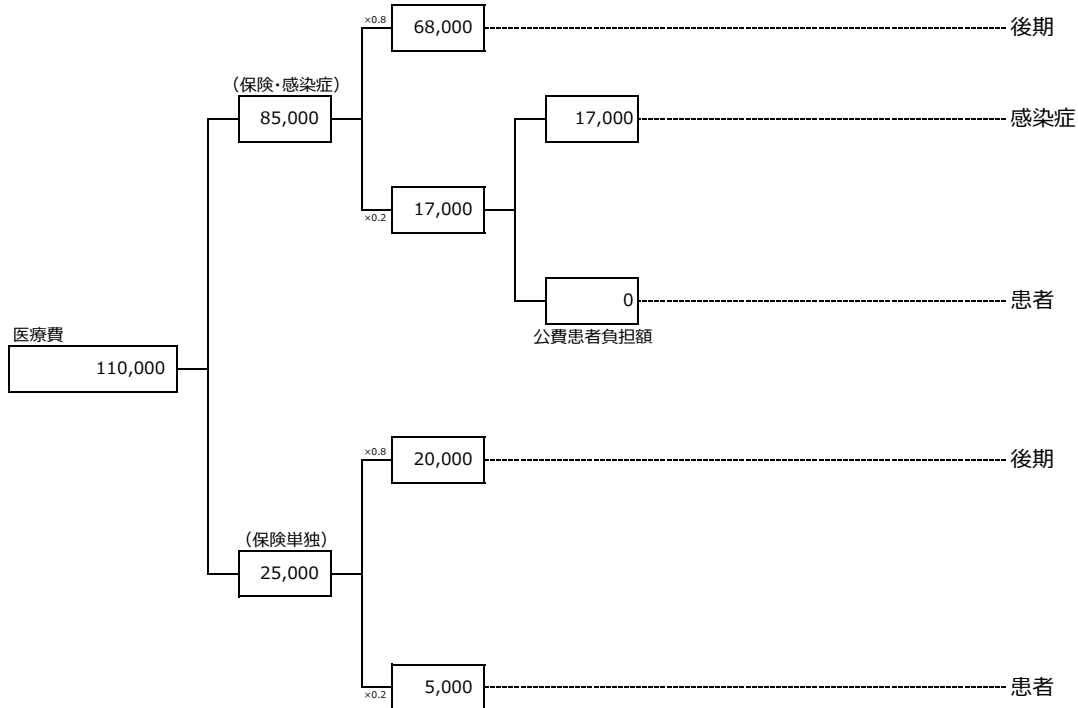


【事例22】後期高齢者2割負担外来（新型コロナウイルス感染症）

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科 3 後期 2 2併 8 高外一			
-										-			
公費負担者番号①		2		8						公費受給者番号①			
公費負担者番号②										公費受給者番号②			
氏名								特記事項					
職務上の事由								41：区力					
診療実日数										保険 公 ① 公 ②			
療養の給付		請求点		※決定点		一部負担金額 円							
保険		11,000											
公費①		8,500				0							
公費②								※高額療養費 円 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点					

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

【療養の給付】



合計	
後期	88,000 円
(高額療養費再掲)	0 円
公費	17,000 円
患者	5,000 円
合計	110,000 円

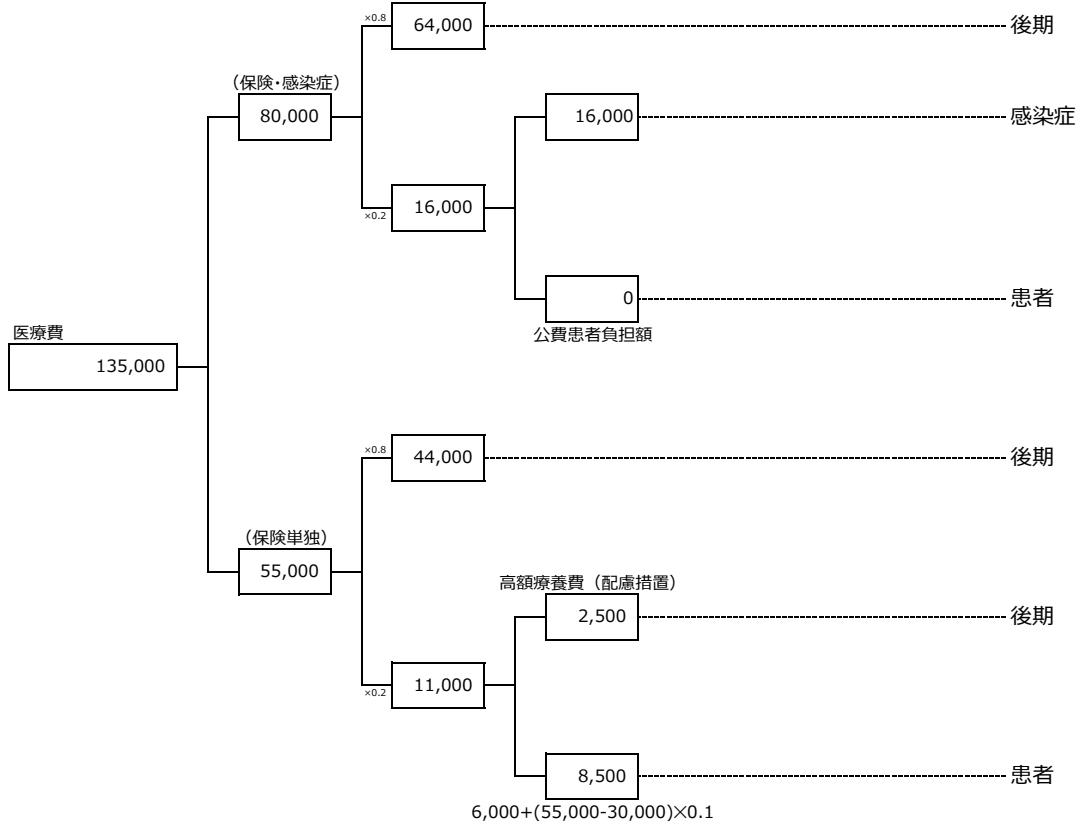
※特定給付対象療養につき配慮措置適用外（令和5年5月7日まで）  
 （特定給付対象療養等の取扱いについてはp.23参照）  
 ※新型コロナウイルス感染症治療薬に要した費用の全額を補助する公費につき  
 配慮措置適用外（令和5年5月8日から）  
 ※公費患者負担額0円  
 ※保険単独分の医療費が30,000円未満のため配慮措置適用外

**【事例23】後期高齢者2割負担外来（新型コロナウイルス感染症）（配慮措置）**

診療報酬明細書（医科入院外）										1 医科	3 後期	2 2併	8 高外一
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公費負担者番号①	2	8								公費受給者番号①			
公費負担者番号②										公費受給者番号②			
氏名									特記事項	診療 実 日 数			
職務上の事由									41：区力				
保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円										
療養の給付	13,500		( 16,000 ) 24,500										
公費①	8,000		0										
公費②					※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点						

※保険単独分と公費併用分があるレセプト

**[療養の給付]**



合計	
後期	110,500 円
(高額療養費再掲)	2,500 円
公費	16,000 円
患者	8,500 円
合計	135,000 円

※特定給付対象療養につき配慮措置適用外（令和5年5月7日まで）  
 （特定給付対象療養等の取扱いについてはp.23参照）  
 ※新型コロナウイルス感染症治療薬に要した費用の全額を補助する公費につき  
 配慮措置適用外（令和5年5月8日から）  
 ※公費患者負担額0円  
 ※保険単独分において、高額療養費限度額よりも配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用  
 自己負担限度額（配慮措置）  
 $6,000円 + (55,000円 - 30,000円) \times 0.1 = 8,500円 < 18,000円$

## (参考) 特定給付対象療養の取扱いについて

### 配慮措置について

- 窓口負担の見直しに伴い、1割負担から2割負担へ負担増となる被保険者について経過措置として、施行から3年間、一月（ひとつき）の負担を最大3,000円に抑える配慮措置を設ける。
- 配慮措置については、整備政令において、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「高確令」という。）第15条及び第16条において定められている高額療養費算定基準額を読み替える形で措置済。
  - ※ 具体的には、高額療養費算定基準額について、「6,000円＋（医療費－30,000円）×0.1」に読み替え。

### 特定給付対象療養の取扱いについて

- 制度ごとに窓口負担上限額が決まっている特定給付対象療養・特定疾病給付対象療養・マル長については、窓口負担割合が変更になることによる追加の本人負担が発生しないため、配慮措置を適用しない。
  - ※ 公費負担医療の窓口負担上限額に達しない者は、窓口で現物給付を受けられないが、窓口での支払額は高確令第15条第3項の「なお残る負担」として合算されるため、結果として配慮措置の対象となる。
- また、公費負担医療の中には、予防接種法に基づく副作用被害救済給付など、窓口では通常通り自己負担額を支払い、後に全額を償還払いするものがあるところ。
  - これらの者については、窓口やレセプトにおいて、通常の保険診療なのか公費負担医療なのか判定することができないため、全て通常の保険診療として扱い、配慮措置の対象とする。

日医発第268号（保険）  
令和5年4月28日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之  
(公印省略)

「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」  
にかかると疑義解釈資料の送付について（その2）

令和5年5月8日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にかかると疑義解釈につきましては、令和5年4月19日付け日医発第207号（保険）「「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」にかかると疑義解釈資料の送付について」により、ご連絡申し上げたところでありますが、今般、厚生労働省より疑義解釈資料（その2）が示されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

今般の疑義解釈資料においては、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医療機関が、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患者に対し、「罹患後症状のマネジメント（第2版）」を参考に診療（電話や情報通信機器を用いた診療を除く。）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、3月に1回に限り、特定疾患療養管理料（147点）を算定できる（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）旨等が示されております。

つきましては、貴会会員へのご対応等、よろしくお願い申し上げます。

<添付資料>

「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」にかかると疑義解釈資料の送付について（その2）

(令 5.4.27 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡  
令和5年4月27日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

「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」  
にかかると疑義解釈資料の送付について（その2）

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ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）を踏まえ、「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。以下、「3月31日事務連絡」という。）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日保険局医療課事務連絡。以下、「4月6日事務連絡」という。）において、診療報酬上の特例の見直し等について示したところであるが、これらの事務連絡に記載された内容等について、別添のとおり疑義解釈を取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図られたい。

(別添)

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こと。

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。

日医発第 290 号（保険）  
令和 5 年 5 月 2 日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之  
(公印省略)

厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 48）」の送付について

令和 4 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和 4 年 3 月 4 日付け（保 305）「令和 4 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、令和 4 年度診療報酬改定に関する Q & A「疑義解釈資料の送付について（その 48）」が発出されましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

**【添付資料】**

疑義解釈資料の送付について（その 48）

（令 5.4.28 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡  
令和5年4月28日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その48）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第54号)等については、「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日保医発0304第1号）等により、令和4年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添1及び別添2のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。



(別添1)

医科診療報酬点数表関係

【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）】

問1 令和3年5月12日付けで保険適用されたSARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2 抗原及びインフルエンザウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和5年4月28日付けで薬事承認された「富士ドライケム IMMUNO AG ハンディ COVID-19 / Flu」（富士フイルム株式会社）はいつから保険適用となるのか。

(答) 令和5年4月28日より保険適用となる。

(別添 2)

調剤報酬点数表関係

問 1 「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。以下、「3 月 31 日事務連絡」という。)の調剤報酬点数表 1. ③に示される服薬管理指導料の 1 又は 2 を算定する場合、書面による請求を行う保険薬局の診療報酬明細書等の記載等については、どのような取扱いとなるか。

(答) 書面による請求を行う保険薬局において、調剤行為名称を記載する場合においては、次に示す略号を用いて差し支えない。なお、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」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)によること。

調剤行為名称	略号
3 月 31 日事務連絡に示す服薬管理指導料 1 を算定した場合: 3 月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)(特例)	薬コ A
3 月 31 日事務連絡に示す服薬管理指導料 2 を算定した場合: 3 月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)(特例)	薬コ B
3 月 31 日事務連絡に示す服薬管理指導料 2 を算定した場合: 3 月以内に再度処方箋を持参した患者以外(特例)	薬コ C

日医発第291号（保険）  
令和5年5月2日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之  
(公 印 省 略)

### 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年度におけるデータ提出加算に係る具体的な取扱いについて、別添のとおり厚生労働省保険局医療課より事務連絡が発出されましたので取り急ぎご連絡申し上げます。

なお、令和4年度診療報酬改定において、下記の入院料等に係る施設基準の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床未満のものにあつては経過措置期間中である令和6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にご留意ください。

また、「A311」精神科救急急性期医療入院料につきましては、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されます。

なお、本件につきましては、今後、新たに届出を予定している医療機関を対象に説明会が開催されることになっており、その概要等は厚生労働省のホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_32827.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32827.html)) に掲載されておりますのでご案内致します。

併せまして、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「診療報酬改定に関する情報 <令和4年度>」に情報掲載を予定しております。

つきましては、貴会会員へのご対応等、よろしくお願い申し上げます。

### 記

- ・「A100」の「2」地域一般入院基本料
- ・「A105」の「3」専門病院入院基本料（13対1）
- ・「A106」障害者施設等入院基本料
- ・「A306」特殊疾患入院医療管理料
- ・「A309」特殊疾患病棟入院料
- ・「A310」緩和ケア病棟入院料

**【添付資料】**

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5.4.28 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事 務 連 絡  
令和 5 年 4 月 28 日

各地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

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

「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 において、区分番号「A 2 4 5」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「A 1 0 0」の「2」地域一般入院基本料、区分番号「A 1 0 5」の「3」専門病院入院基本料（13 対 1）、区分番号「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料、区分番号「A 3 0 6」特殊疾患入院医療管理料、区分番号「A 3 0 9」特殊疾患病棟入院料及び区分番号「A 3 1 0」緩和ケア病棟入院料に係る施設基準の 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 床未満のものにあつては経過措置期間中である令和 6 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「A 3 1 1」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、ご注意ください。

#### 記

1 データ提出加算の届出を希望する病院であつて、令和 5 年 4 月 1 日時点で D P C 対象病院又は D P C 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 を、令和 5 年 5 月 22 日、8 月 21 日、11 月 20 日又は令和 6 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。

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EF統合ファイル及びKファイルの作成は必要ない。また、入院EF統合ファイルは、試行データ作成対象月の入院症例全てについて作成すること。

	様式 40 の 5 届出期限	試行データ 作成対象月	様式 1 の作成対象症例		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、D P C 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、D P C 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の届出のみを行うことで当該加算を算定できる。

ただし、様式40の7の届出をする前に様式40の8の届出実績がある病院及び令和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D P C 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」

病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

②「様式 40 の 7」

病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局各都府県事務所又は指導監査課

③「様式 40 の 8」

病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局医療課

- (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 D P C 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。