

2023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の取り扱いの概要（医科）

2023（令和5）年4月18日（未定稿）

2023年5月8日以降の新型コロナウイルス感染症患者の取り扱いについて、感染症対策推進本部事務連絡（令和5年3月17日、令和5年3月29日最終改正）、保険局医療課事務連絡（令和5年3月31日）、（令和5年4月6日）等で取り扱いが示された。

「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」に関してこれまで出されていた事務連絡はすべて廃止され、2023年5月8日以降は、令和5年3月31日の事務連絡により、施設基準の特例は4月6日付事務連絡により、取り扱うこととなった。

以下に、2023年5月8日以降の取り扱いの概要を紹介する。

なお、この概要は、下記に基づいて作成した。

- 令和5年3月17日 新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う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4月11日最終改正）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001086594.pdf>

別紙（Q&A）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001086586.pdf>

- 令和5年3月31日 保険局医療課事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

- 令和5年4月6日 保険局医療課事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001085532.pdf>

- 令和5年3月20日 保医発 0320 第1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」

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

- 「COVID-19 診療の手引き」（第9版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf>

最新版の自治体・医療機関向けの厚生労働省事務連絡は、下記を参照いただきたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00416.html

I	新型コロナ感染症に係る医療の取扱いに関するスケジュール（概要）	2
II	公費負担の取り扱い	3
III	電話や情報通信機器を用いた診療等の特例的取り扱い	9
IV	外来診療の特例	1 2
V	在宅診療の特例	1 6
VI	入院の特例	2 1
VII	施設基準の特例	3 1
VIII	特例点数の診療行為名称及び請求コード一覧	3 6
IX	診療報酬上の臨時的な取扱いにかかる疑義解釈	4 1

I 新型コロナウイルス感染症に係る医療の取扱いに関するスケジュール（概要）

新型コロナウイルス感染症に係る医療の取扱いに関するスケジュールの概要を下記に示した。

詳細は、次頁のII以降を参照されたい。なお、5月8日以降も指定難病等の公費の指定医療機関以外であっても指定難病等の公費の取り扱いが可能である。

		～5月7日	5月8日～9月末	10月1日以降
PCR 検査・ 抗原検査	窓口負担	公費適用	保険診療窓口負担徴収(特例終了)	
	包括点数の取扱い	検査料及び判断料は、包括されずに別に算定できる		
コロナ治療	窓口負担	コロナ治療薬以外の入院外	公費適用	保険診療窓口負担徴収(特例終了)
		コロナ治療薬(入院・入院外とも)	公費適用 ・経口薬(ラゲブリオ、パキロビッド、ゾコーバ) ・点滴薬(ベクルリー) ・中和抗体薬(ゼビュディ、ロナプリーブ、エバシエルド)	今後検討(未定)
		コロナ治療薬以外の入院	5月7日まで	保険診療窓口負担徴収(特例終了)
	5月7日までに入院の場合、コロナによる入院の終了又は5月31日までのいずれか短い期間について公費適用		保険診療窓口負担徴収(特例終了)	
		—	高額療養費自己負担額を最大で2万円減額	今後検討(未定)
	施設基準の特例	これまでの特例	特例の取扱いが一部変更	定数超過など一部のみ
	診療報酬の特例	これまでの特例点数を算定	2023年3月31日付事務連絡に基づく新たな特例点数を算定	
	電話・情報通信機器による診療	～7月31日		8月1日以降
施設基準の届出なく初・再診料等を算定(一部5月7日で終了)		施設基準の届出必要(特例終了)		
新型コロナワクチン接種費用		2023年度中		2024年度
		全額公費負担		今後検討(未定)
退院基準・解除基準		入院	発症から10日経過し、かつ症状軽快後72時間経過	(療養解除基準はなくなる) ※入院及び退院の可否は、患者の症状により入院等の必要性を医学的に判断する。
		入院外	発症から7日かつ症状軽快後24時間経過	

※検査料・判断料とは下記を指す

- 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、SARSCoV-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(「SARS-CoV-2核酸検出等」)700点及び微生物学的検査判断料150点
- 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、ARS-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(「SARS-CoV-2抗原検出等」)560点、420点、300点及び免疫学的検査判断料144点

Ⅱ. 公費負担の取り扱い

1. 5月8日以降の公費負担の基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に関する検査及び治療に関する公費負担は原則として 2023 年 5 月 7 日で終了し、5 月 8 日以降は保険診療として一部負担金を徴収する。

下記に掲げるものは公費負担が継続するが、①、②は 2023 年 9 月 30 日まででとされ、その後の取り扱いは今後検討される。

- ① **入院及び入院時食事療養・入院時生活療養**の窓口負担に対する公費は、5 月 7 日をもって廃止し、5 月 8 日以降は保険診療として一部負担金を徴収する。なお、入院については、9 月末までは入院の高額療養費制度の自己負担額から最大 2 万円を減額した額（6 頁の表を参照）を自己負担上限とする（入院中の食事代は高額療養費の適用対象ではないので減額対象とはならない）。

ただし、5 月 7 日までに新型コロナウイルス感染症で入院した患者については、コロナによる入院の終了又は 5 月末日までのいずれか短い期間について公費適用が継続される。

- ② **入院・入院外とも下記に掲げるコロナ治療薬**について、9 月末までは公費負担を継続する。ただし、公費の対象は薬剤料のみであり、処方料、調剤料、処方箋料などは公費対象とはならない。

- ・経口薬（ラゲブリオ、パキロビッド、ゾコーバ）
- ・点滴薬（ベクルリー）
- ・中和抗体薬（ゼビュディ、ロナプリーブ、エバシエルド）

- ③ **重症化リスクが高い者が多く入院・入所する医療機関、高齢者施設、障害者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を都道府県等が実施する場合は、行政検査として取り扱う**こととしている。実施対象者については、これまでと同様、従事者に加えて、自治体が必要と判断する場合には、新規入所者等を対象として差し支えない。また、対象施設についても上記に準じる通所の事業所についても対象として差し支えない。

5 月 8 日以降については、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、国から無償で配布してきた抗原定性検査キット等の物資の無償配布を行わなくなる点について、ご留意いただきたい。追って、実施計画や実績報告等の詳細について別途事務連絡でお示しするので、御承知おきいただきたい。

地方単独事業として実施している集中的検査について、引き続き、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の活用が可能である。

令和 5 年 3 月 17 日感染症対策推進本部事務連絡（令和 5 年 4 月 11 日最終改正）「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」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001086594.pdf>

同事務連絡別紙（Q&A）<https://www.mhlw.go.jp/content/001086586.pdf>

2. 5月8日以降の公費負担の保険請求

(1) 外来における新型コロナウイルス感染症治療薬の請求方法

- ① 通常の公費請求と同様に、公費併用レセプトとしてレセプト1枚で請求する。

公費負担者番号	医療機関等の所在地に応じて公費負担者番号（次々頁の8桁）を記載する。
公費負担医療の受給者番号	対象者すべて「9999996」（7桁）を記載する
「療養の給付」欄	(1) 保険欄について ・「請求」の項に、コロナ治療薬を含めた総点数を記載 (2) 公費欄について ・「請求」の項に、実際に算定したコロナ治療薬の点数を記載 ・「一部負担金額」の項には「0」と記載する。

- ② レセプト記載例

初診料 288点＋院内トリアージ実施料 300点＋抗原検査料 300点＋免疫学的検査判断料 144点＋療養上の指導（B000の2準用）147点＋処方料 42点＋調剤料 11点＋**新型コロナ治療薬 9,400点**＋その他（合計10,800点）の場合

療養の給付	保険	請求点 10,800	※ 決 定 点	一部負担金額 円
	公費①	9,400	※ 点	減額 割 (円) 免除・支払猶予 0 円
	公費②		※ 点	円

※ 上記で3割負担の場合の窓口負担は、10,800点－9,400点＝1,400点（3割＝4,200円）

【5月分の請求について】

- ① 5月7日診療分までは、検査公費や外来公費を使用（負担なし）
② 5月8日診療分以降は、一部負担割合を徴収
ただし、5月8日以降に治療薬を投与した場合は、薬剤料についてのみ公費適用

(3) 入院における新型コロナウイルス感染症治療薬及び高額療養費の請求方法

① 通常の公費請求と同様に、公費併用レセプトとしてレセプト1枚で請求する。

公費負担者番号	医療機関等の所在地の公費負担者番号（次頁の8桁）を記載
公費負担医療の受給者番号	対象者すべて「9999996」（7桁）を記載
「特記事項」欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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、該当する略号を記載
「療養の給付」欄	<p>(1) 保険欄について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「請求」の項に、コロナ治療薬を含めた総点数を記載 ・一部負担金額欄に、下記を記載 () コロナ治療薬を除いた入院医療の公費適用前的高額療養費自己負担限度額 () コロナ治療薬の公費適用前的高額療養費自己負担限度額 上記合計額 公費適用前的高額療養費自己負担限度額 <p>(2) 公費①欄（コロナ治療薬を除いた入院医療）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「請求」の項に、コロナ治療薬を除いた入院医療の点数を記載 ・「一部負担金額」の項には、公費適用後的高額療養費自己負担限度額を記載 <p>(3) 公費②について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「請求」の項に、コロナ治療薬の点数を記載 ・「一部負担金額」の項には「0」と記載

② レセプト記載例

70歳未満3割負担 限度額適用区分「区ウ」

新型コロナウイルス感染症に係る入院料など（102,500点）

新型コロナウイルス感染症の治療薬（40,000点）

療養の給付	保険	請求点 142,500	※ 決定点	一部負担金額 円 (87,680) (81,430) 169,110 減額 割 (円) 免除・支払猶予
	公費①	102,500	※ 点	円 70,100
	公費②	40,000	※ 点	円 0

（保険の一部負担金額の記載について）

○上段は、「コロナ治療薬を除いた入院医療の公費適用前的高額療養費自己負担限度

額」であり、70歳未満の「区分ウ」の高額療養費自己負担限度額は、「医療費総額－267,000円の1%＋80,100円」なので、コロナ治療薬を除いた入院医療（102,500点×10円＝1,025,000円）から267,000円を引き、その1%（7,580円）＋80,100円＝87,680円を、（ ）で記載する。

○中段は、「コロナ治療薬の公費適用前的高額療養費自己負担限度額」であり、上段と同様に、コロナ治療薬（40,000点×10円＝400,000円）から267,000円を引き、その1%（1,330円）＋80,100円＝81,430円を、（ ）で記載する。

○下段は、上段と下段の合計額を記載する。

(70歳未満の高額療養費自己負担限度額一覧)

区分	所得	高額療養費自己負担限度額	公費による減額措置後の自己負担額
ア	年収約1,160万円～ 健保:標報83万円以上 国保:旧ただし書き所得901万円超	25万2600円＋(医療費－84万2000円)×1%	242,600円
イ	年収約770～約1,160万円 健保:標報53万～79万円 国保:旧ただし書き所得600万～901万円	16万7400円＋(医療費－55万8000円)×1%	157,400円
ウ	年収約370～約770万円 健保:標報28万～50万円 国保:旧ただし書き所得210万～600万円	8万100円＋(医療費－26万7000円)×1%	70,100円
エ	～年収約370万円 健保:標報26万円以下 国保:旧ただし書き所得210万円以下	5万7600円	37,600円
オ	住民税非課税	3万5400円	15,400円

(70歳以上の高額療養費自己負担限度額一覧)

区分	所得	高額療養費自己負担限度額	公費による減額措置後の自己負担額
Ⅲ	年収約1,160万円～ 健保:標報83万円以上 国保・後期:課税所得690万円以上	25万2600円＋(医療費－84万2000円)×1%	242,600円
Ⅱ	年収約770～約1,160万円 健保:標報53万～79万円 国保・後期:課税所得380万円以上	16万7400円＋(医療費－55万8000円)×1%	157,400円
Ⅰ	年収約370～約770万円 健保:標報28万～50万円 国保・後期:課税所得145万円以上	8万100円＋(医療費－26万7000円)×1%	70,100円
一般	～年収約370万円 健保:標報26万円以下 国保・後期:課税所得145万円未満	5万7600円	37,600円
低Ⅱ	住民税非課税	2万4600円	4,600円
低Ⅰ	住民税非課税 (所得が一定以下)	1万5000円	0円

公費負担者番号

入院診療：一部補助

治療薬：全額補助

都道府県	公費負担者番号		都道府県	公費負担者番号	
北海道	入院診療	28010700	滋賀県	入院診療	28250702
	治療薬	28010809		治療薬	28250801
青森県	入院診療	28020709	京都府	入院診療	28260701
	治療薬	28020808		治療薬	28260800
岩手県	入院診療	28030708	大阪府	入院診療	28270700
	治療薬	28030807		治療薬	28270809
宮城県	入院診療	28040707	兵庫県	入院診療	28280709
	治療薬	28040806		治療薬	28280808
秋田県	入院診療	28050706	奈良県	入院診療	28290708
	治療薬	28050805		治療薬	28290807
山形県	入院診療	28060705	和歌山県	入院診療	28300705
	治療薬	28060804		治療薬	28300804
福島県	入院診療	28070704	鳥取県	入院診療	28310704
	治療薬	28070803		治療薬	28310803
茨城県	入院診療	28080703	島根県	入院診療	28320703
	治療薬	28080802		治療薬	28320802
栃木県	入院診療	28090702	岡山県	入院診療	28330702
	治療薬	28090801		治療薬	28330801
群馬県	入院診療	28100709	広島県	入院診療	28340701
	治療薬	28102804		治療薬	28340800
埼玉県	入院診療	28110708	山口県	入院診療	28350700
	治療薬	28110807		治療薬	28350809
千葉県	入院診療	28120707	徳島県	入院診療	28360709
	治療薬	28120806		治療薬	28360808
東京都	入院診療	28132702	香川県	入院診療	28370708
	治療薬	28132801		治療薬	28370807
神奈川県	入院診療	28140705	愛媛県	入院診療	28380707
	治療薬	28140804		治療薬	28380806
山梨県	入院診療	28190700	高知県	入院診療	28390706
	治療薬	28190809		治療薬	28390805
新潟県	入院診療	28150704	福岡県	入院診療	28400703
	治療薬	28150803		治療薬	28400802
富山県	入院診療	28160703	佐賀県	入院診療	28410702
	治療薬	28160802		治療薬	28410801
石川県	入院診療	28170702	長崎県	入院診療	28420701
	治療薬	28170801		治療薬	28420800
福井県	入院診療	28180701	熊本県	入院診療	28430700
	治療薬	28180800		治療薬	28430809
長野県	入院診療	28200707	大分県	入院診療	28440709
	治療薬	28200806		治療薬	28440808
岐阜県	入院診療	28210706	宮崎県	入院診療	28450708
	治療薬	28210805		治療薬	28450807
静岡県	入院診療	28220705	鹿児島県	入院診療	28460707
	治療薬	28220804		治療薬	28460806
愛知県	入院診療	28230704	沖縄県	入院診療	28470706
	治療薬	28230803		治療薬	28470805
三重県	入院診療	28240703			
	治療薬	28240802			

【5月分の保険請求】

- ① 新型コロナウイルス感染症により5月7日までに入院した方は、5月31日（5月31日前に治療が終了した場合はその時点）まで、4月までと同様に一部負担金について公費で支給される。
この場合、5月分の公費負担者番号は保健所ごとの公費負担者番号を使用するが、受給者番号は「9999996」（7桁）を記載する。この方は、入院医療費の全額が公費対象となるため、治療薬公費は使用しない。
- ② 新型コロナウイルス感染症により5月8日以降に入院した方は、高額療養費の最大2万円げんがくおよび薬剤費公費が2023年9月末までに限り支給される。10月以降の取扱いは今後検討される。

Ⅲ. 電話や情報通信機器を用いた診療等の特例的取り扱い（2023年7月31日まで）

令和5年3月31日保険局医療課事務連絡4頁～ <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

1. 電話や情報通信機器を用いた診療等における「初診料」に係る特例

- ① 2023年7月31日までに限り、「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準」の届出がない場合も、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は、A000 初診料の注2に規定する点数（214点）及び注6から注9の加算が算定できる。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できる。
- ※ 「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準」の届出を地方厚生局に行っている場合は、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。
- ② 2023年8月1日以降も、初診から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は、2023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」の届出を地方厚生局に行わなければならない。この場合、A000 初診料の注1ただし書きに規定する点数（251点）等を算定できる。

2. 電話や情報通信機器を用いた診療等における「再診料」「外来診療料」に係る特例

- ① 2023年7月31日までに限り、「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準」の届出がない場合も、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い、電話等再診料（73点）及び電話等再診料の注4から注7又は注11の加算、又は外来診療料（74点）及び外来診療料の注7から注9の加算を算定できる。この場合、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できる。

なお、外来診療料を算定する場合は、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。診療録への記載は電話等再診料の規程に基づく。

また、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（下記参照）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。

対面で通院・在宅精神療法を算定していた患者に対する電話や情報通信機器を用いた診療の場合も、当該点数を算定できる。

B000 特定疾患療養管理料、B001・1 ウイルス疾患指導料、B001・5 小児科療養指導料、B001・6 てんかん指導料、B001・7 難病外来指導管理料、B001・8 皮膚科特定疾患指導管理料、B001・18 小児悪性腫瘍患者指導管理料、B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料、B001・23 がん患者指導管理料、B001・24 外来緩和ケア管理料、B001・25 移植後患者指導管理料、B001・27 糖尿病透析予防指導管理料、B001・31 腎代替療法指導管理料、B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料、B001-9 療養・就労両立支援指導料、B005-6 がん治療連携計画策定料2、B005-6-4 外来がん患者在宅連携

指導料、B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料、B008-2 薬剤総合評価調整管理料

- ② **2023年8月1日以降**も、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対し、情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行い、上記①の点数を算定する場合は2023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」の届出を地方厚生局に行う。この場合、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。

3. 訪問看護予定者への電話や情報通信機器を用いた看護指導に係る特例

2023年7月31日までに限り、訪問看護を予定していた患者等が、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で訪問看護・指導が実施できず、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、「訪問看護・指導体制充実加算」の施設基準の届出の有無にかかわらず訪問看護・指導体制充実加算(150点)が算定できる。ただし、当該月に訪問看護・指導を1日以上提供している必要がある。

この場合、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算定できる。なお、「訪問看護・指導体制充実加算」を算定している場合は、当該加算を別途算定できる。

電話等による病状確認や療養指導等は、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し、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。

この取り扱いは、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・指導料に共通である。

4. 「B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料」に係る特例

2023年7月31日までに限り、当該患者の疾患の状態等を考慮した上で治療上必要と判断した場合に限り、電話や情報通信機器を用いて結果を説明しても算定できる。このとき、治療方針等について記載した文書を後日患者に渡す。

5. 施設内療養に対するオンライン診療の特例(2023年8月以降も継続)

介護医療院若しくは介護老人保健施設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入所者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合に、施設又は医療機関の看護職員とともに入所者に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。「なお、当該医療機関の看護職員が当該施設に赴いて対応する場合、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を別に算定できない(4月17日事務連絡)」

6. 感染症法の位置づけ変更後の療養

5月8日以降は、感染力を考慮した療養解除基準はなくなる。なお、「感染症法上の位置づけ変更後の療養について(令和5年4月14日)」で次の内容が示されている。

- ① 5月8日以降は法律に基づく外出自粛は求められないこと。
- ② 外出を控えることが推奨される期間。
 - ア 発症日を0日とし5日間は外出を控える。
 - イ 5日目も症状が続く場合は、軽快後24時間程度経過するまで外出を控える。
- ③ 周りの方への配慮
 - ア 10日が経過するまでは不織布マスクの使用をするなど配慮する
 - イ 10日経過後も症状が続く場合はマスクの着用など咳エチケットに配慮する。

IV. 外来診療の特例

令和5年3月31日保険局医療課事務連絡2頁～ <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

1. 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 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、手術前医学管理料を算定する患者に対し、下記の検査及び判断料を算定できる。なお、鼻腔・咽頭拭い液採取料は、包括される。また、微生物学的検査判断料又は免疫学的検査判断料は月1回に限り算定できる点数であることに留意する。

ア. SARS-CoV-2 核酸検出等（700点）及び微生物学的検査判断料（150点）

イ. SARS-CoV-2 抗原検出等（560点、420点、300点）及び免疫学的検査判断料（144点）

- ② 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。

2. 抗ウイルス剤に係る特例

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。

3. 特別訪問看護指示書の特例

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り、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。

4. 患者の入院調整に係る評価（救急医療管理加算1 950点）の算定

- ① 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、「救急医療管理加算の施設基準」の届出の有無にかかわらず、救急医療管理加算1（950点）を算定できる。なお、患者が6歳未満の場合は乳幼児加算（400点）、15歳未満の場合は小児加算（200点）を加算できる。
- ② 当該点数は、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、算定できる。

5. 受入患者を限定しないことを公表している「外来対応医療機関（従前の診療・検査医療機関と同様）」

(1) 患者（疑いを含む）の診療評価（院内トリアージ実施料 300点）の算定

- ① 受入患者を限定しないことを公表している「外来対応医療機関」（診療・検査医療機関を含む）であって、新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）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は、「院内トリージ実施料」の届出がない場合であっても「院内トリージ実施料」(300点)を、初診・再診や受診の時間帯を問わず算定できる。

※必要な感染予防策とは「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第9.0版」及び一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版」等に示す内容に沿って、院内感染防止等に留意した対応を行うこと(4/17日事務連絡)

- ② 上記300点は、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も別途算定ができる。
- ③ 8月末までの間に受入患者を限定しないことを公表する形に移行する場合も、上記300点を算定できる。「受入患者を限定しない形での受け入れを開始する時期(例令和5年〇月から)を示した文書を院内に掲示すること(4/17日事務連絡)」

(2) 患者への療養指導の評価(B000の2 許可病床数100床未満の病院 147点)の算定

- ① 外来の新型コロナウイルス感染症患者に対し、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「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 当該点数は、上記1の①院内トリージ実施料(300点)との併算定が可能である。
- ③ 当該点数は外来でのみ算定できるものであり、往診、訪問診療及び電話や情報通信機器を用いた診療の場合は算定できない。

(3) 時間外加算等の算定

- ① 医療機関が表示する診療時間以外の時間に発熱患者等の診療を実施する場合は、A000初診料の注7から注9までの加算又はA001再診料注5から注7の加算若しくはA002外来診療料の注8及び注9の加算は、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、新型コロナウイルス感染症患者(疑いを含む)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。
- ② 新型コロナウイルス感染症患者(疑いを含む)の診療等のため医療機関が表示する診療時間を超えて診療等を実施する等、診療時間の変更を要する場合であっても、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の表示診療時間を、当該医療機関における診療時間とみなしてよい。
- ③ 外来対応医療機関で新型コロナウイルス感染症患者(疑いを含む)の診療等のため

診療時間の変更が生じた場合、A001 再診料の注 10 の時間外対応加算に係る届出の変更は不要である。

6. 受入患者を限定しないことを公表している「外来対応医療機関」を除く、全ての医療機関

(1) 患者（疑いを含む）の診療評価（B000 の 2 許可病床数 100 床未満 147 点）の算定

- ① 受入患者を限定しないことを公表している「外来対応医療機関」を除く全ての医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）に対し、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施する場合は、B000 の 2 「許可病床数 100 床未満の病院の 147 点」を初診・再診や受診の時間帯を問わず、算定できる。

※必要な感染予防策とは「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第 9.0 版」及び一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 5 版」等に示す内容に沿って、院内感染防止等に留意した対応を行うこと（4/17 日事務連絡）

- ② 当該点数は、小児かかりつけ診療料など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も別途算定ができる。

(2) 患者への療養指導の評価（B000 の 2 許可病床数 100 床未満の病院 147 点）の算定

- ① 外来の新型コロナウイルス感染症患者に対し、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 「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 当該点数は、上記(1)の点数（147 点）と併算定できる。

- ③ 当該点数は外来でのみ算定できるものであり、往診、訪問診療及び電話や情報通信機器を用いた診療の場合は算定できない。

(3) 時間外加算等の算定の特例

- ① 受入患者を限定しないことを公表している「外来対応医療機関」の場合は、前頁の 5 の「(3)時間外加算等の算定」の①～③が適用される。

- ② 「外来対応医療機関」以外の場合は、時間外加算等の算定の特例は設定されていない。（コロナ特例によらず、通常の診療報酬の時間外加算等の要件を満たせば時間外加算等が算定できる）

7. 感染症法の位置づけ変更後の療養

5 月 8 日以降は、感染力を考慮した療養解除基準はなくなる。なお、「感染症法上の位置づけ変更後の療養について（令和 5 年 4 月 14 日）」で次の内容が示されている。

- ① 5 月 8 日以降は法律に基づく外出自粛は求められないこと。
- ② 外出を控えることが推奨される期間。

- ア 発症日を0日とし5日間は外出を控える。
 - イ 5日目も症状が続く場合は、軽快後24時間程度経過するまで外出を控える。
- ③ 周りの方への配慮
- ア 10日が経過するまでは不織布マスクの使用をするなど配慮する
 - イ 10日経過後も症状が続く場合はマスクの着用など咳エチケットに配慮する。

V. 在宅診療の特例

1. 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 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、下記の検査及び判断料を実施した場合も別途算定できる。なお、鼻腔・咽頭拭い液採取料は、包括される。また、微生物学的検査判断料又は免疫学的検査判断料は月1回に限り算定できる点数であることに留意する。
 - ア. SARS-CoV-2 核酸検出等（700点）及び微生物学的検査判断料（150点）
 - イ. SARS-CoV-2 抗原検出等（560点、420点、300点）及び免疫学的検査判断料（144点）
- ② 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、保険医療機関が下記の検査及び判断料を実施した場合も別途算定できる。なお、鼻腔・咽頭拭い液採取料は、包括される。また、微生物学的検査判断料又は免疫学的検査判断料は月1回に限り算定できる点数であることに留意する。
 - ア. SARS-CoV-2 核酸検出等（700点）及び微生物学的検査判断料（150点）
 - イ. SARS-CoV-2 抗原検出等（560点、420点、300点）及び免疫学的検査判断料（144点）
- ③ 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。

2. 抗ウイルス剤に係る特例

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。

3. 特別訪問看護指示書の特例

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り、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。

4. 患者の入院調整に係る評価（救急医療管理加算1 950点）の算定

- ① 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、「救急医療管理加算の施設基準」の届出の有無にかかわらず、救急医療管理加算1（950点）を算定できる。
- ② 当該点数は、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、算定できる。

5. 往診・訪問診療についての特例

令和5年3月31日保険局医療課事務連絡11頁～ <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

(1) 感染予防策に対する評価（院内トリージ実施料 300点）の算定

新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）に対し、必要な感染予防策を講じた上で往診等を実施した場合は、施設基準の届出の有無にかかわらず「院内トリージ実施料」（300点）を、初診・再診や時間帯を問わず算定できる。

なお、外来対応医療機関であるか否かを問わず算定できる。

(2) 救急医療管理加算1（950点）の算定

- ① 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に関連した往診又は訪問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。なお、患者が6歳未満の場合は乳幼児加算400点、15歳未満の場合は小児加算200点を加算できる。また、緊急往診加算（325点、650点、750点、850点）の算定要件を満たす場合は、当該加算を併算定して良い。
- ② 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、2人目以降の往診料は算定できないが、救急医療管理加算1（950点）は診察した患者すべてに算定できる。また、患者が6歳未満の場合は乳幼児加算400点、15歳未満の場合は小児加算200点を加算して良い。

(3) 在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」（2,400点）及び各種加算の算定

- ① 新型コロナウイルス感染症患者に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。
- ② 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。
- ③ 「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点数を算定するものに在宅酸素療法を行う場合も同様である。
- ④ 上記を算定する場合は、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。

6. 施設内療養者に対する往診等に係る特例

令和5年3月31日保険局医療課事務連絡12頁～ <https://www.mhlw.go.jp/content/001083715.pdf>

※ 下記における用語は次の通り。

- ・「介護医療院等」＝介護医療院若しくは介護老人保健施設
- ・「介護老人福祉施設等」＝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

(1) 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 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、保険医療機関が実施した下記の検査及び判断料は算定できる。なお、鼻腔・咽頭拭い液採取料は、算定できない。また、微生物学的検査判断料又は免疫学的検査判断料は月 1 回に限り算定できる点数であることに留意する。

ア. SARS-CoV-2 核酸検出等 (700 点) 及び微生物学的検査判断料 (150 点)

イ. SARS-CoV-2 抗原検出等 (560 点、420 点、300 点) 及び免疫学的検査判断料 (144 点)

- ② 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。

(2) 救急医療管理加算 1 (2,850 点の算定)

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であって、新型コロナウイルス感染症に関連した往診を緊急に求められ実施した場合は、救急医療管理加算 1 の 100 分の 300 に相当する点数 (2,850 点) が算定できる。

(3) 介護老人保健施設の配置医師又は介護医療院等の併設医療機関の医師による場合

- ① 新型コロナウイルス感染症に感染した入所者であって、新型コロナウイルス感染症に関連した往診を緊急に求められ、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実施した場合は、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。
- ② 新型コロナウイルス感染症に感染した入所者に対して、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、院内トリアージ実施料 (300 点) を算定できる。
- ※ 特養等の配置医師が特別の必要があつて診療した場合は初・再診料、往診料が別に算定できる。

(4) 在宅酸素療法に係る指導管理 (2,400 点の算定)

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) 抗ウイルス剤に係る特例

- ① 介護療養病床等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、新型コロナウイルス感染症の効能・効果を有する抗ウイルス剤を投与した場合、「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。
- ② ただし、調剤料や注射実施料等の算定は、特に定めのない限り、別に算定できない。

7. 訪問看護の特例

(1) 在宅移行管理加算（250点）（訪問看護ステーションは特別管理加算2,500円）

新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）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訪問看護を行った場合は、在宅移行管理加算（250点）（訪問看護ステーションは特別管理加算2,500円）を月1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、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) 緊急訪問看護加算（265点）（訪問看護ステーションは2,650円）

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）（訪問看護ステーションは2,650円）が算定できる。

(3) 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

- ① 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）（訪問看護ステーションは5,200円）又は長時間精神科訪問看護・指導加算（520点）（訪問看護ステーションは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。
- 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）（訪問看護ステーションは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。

(4) 14日を超えて週4日以上訪問看護・指導が必要な場合

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。（訪問看護ステーションは、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）

8. 感染症法の位置づけ変更後の療養

5月8日以降は、感染力を考慮した療養解除基準はなくなる。なお、「感染症法上の位置づけ変更後の療養について（令和5年4月14日）」で次の内容が示されている。

- ① 5月8日以降は法律に基づく外出自粛は求められないこと。
- ② 外出を控えることが推奨される期間。
 - ア 発症日を0日とし5日間は外出を控える。
 - イ 5日目も症状が続く場合は、軽快後24時間程度経過するまで外出を控える。

③ 周りの方への配慮

- ア 10日が経過するまでは不織布マスクの使用をするなど配慮する
- イ 10日経過後も症状が続く場合はマスクの着用など咳エチケットに配慮する。

VI. 入院の特例

1. 新型コロナウイルスの検査に係る特例

- ① 検査等を包括する下記枠内の入院料を算定する場合でも、ア及びイの検査料及び判断料は算定できる。ただし、鼻腔・咽頭拭い液採取料は、算定できない。また、各判断料は月1回に限り算定できる点数であることに留意する。

ア. SARS-CoV-2 核酸検出等 (700 点) 及び微生物学的検査判断料 (150 点)

イ. SARS-CoV-2 抗原検出等 (560 点、420 点、300 点) 及び免疫学的検査判断料 (144 点)

- ア. 療養病棟入院基本料
- イ. 障害者施設等入院基本料 (注5の特定入院基本料又は注6の点数に限る)
- 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
- フ. DPC 算定病棟
- ヘ. 特定機能病院

- ② 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。

2. 抗ウイルス剤に係る特例

- ① 療養病棟入院基本料等や特定入院料など投薬を包括している入院料においても、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の効能・効果を有する抗ウイルス剤を投与した場合は、「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H I V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。
- ② ただし、調剤料や注射実施料等は、特に定めのない限り、別に算定できない。

3. 患者の入院調整に係る評価（救急医療管理加算1 950点）の算定

- ① 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、「救急医療管理加算の施設基準」の届出の有無にかかわらず、救急医療管理加算1（950点）を算定できる。
- ② 当該点数は、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、算定できる。
- ③ 当該点数は、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となる。

4. 疾患別リハビリテーションを実施した場合

入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で「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）等を参照した上で、H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料を算定する場合に、二類感染症患者入院診療加算（250点）を1日につき1回算定できる。

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。

新型コロナ感染症患者に対するA210の2二類感染症患者入院診療加算（1日+250点）と併算定できる。

5. 新型コロナウイルス感染症患者の入院時の特例

- ① 令和5年5月8日以降に入院した患者は、下記の特例に基づいて算定する。
- ② 令和5年5月7日以前より新型コロナウイルス感染症の治療のために入院している患者について、令和5年5月31日までの間は、変更前（5月7日まで）の特例により算定する。なお、5月7日以前より入院している患者であっても6月1日以降は、入院日にかかわらず、下記の特例に基づいて算定する。

（4月17日事務連絡）

【5-1. 入院基本料算定医療機関の場合】

(1) A100 一般病棟入院基本料、A102 結核病棟入院基本料、A103 精神病棟入院基本料、A108 有床診療所入院基本料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
中等症以上（軽度でも入院加療の必要がある患者を含む）	当該病棟の入院基本料等	A205 救急医療管理加算1（1日+1,900点） ※救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱） ※継続的な診療が必要な場合は15日以降も算定可能（継続的な診療が必要と判断した理由を摘要欄に記載） A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）
呼吸不全管理を要する中等症以上	当該病棟の入院基本料等	A205 救急医療管理加算1（1日+2,850点） ※救急医療管理加算（診療報酬上臨時的取扱・呼吸不全管理） ※継続的な診療が必要な場合は15日以降も算定可能（継続的な診療が必要と判断した理由を摘要欄に記載） A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

(2) A101 療養病棟入院基本料、A109 有床診療所療養病床入院基本料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	当該病棟の入院基本料等	在宅患者支援療養病床初期加算（14日間、1日+350点） A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※新型コロナウイルス感染症患者は、医療区分3に該当する。

※新型コロナウイルス感染症患者を、都道府県から受け入れ病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合、一般病床とみなして、一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料を算定することが出来る。なお、この場合は、A100 一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定することとなるので、出来高払いとなり、**上記(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等**が算定できる。

(3) A106 障害者施設等入院基本料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	当該病棟の入院基本料等※	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※下記の左に掲げる障害者施設等入院基本料を算定する病棟は、右に掲げる点数をそれ

ぞれ算定することとして差し支えない。その場合は(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

障害者施設等入院基本料の種別	算定することとして差し支えない点数
7対1入院基本料又は10対1入院基本料	急性期一般入院料 6
13対1入院基本料	地域一般入院料 2
15対1入院基本料	地域一般入院料 3

【5-2. ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算の算定】

(1) A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

新型コロナウイルスに感染した妊婦の入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合は、A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき1,200点）が算定できる。なお、1入院につき10日を限度として算定し、10日を超えても更に入院による管理が医学的に必要とされる場合は引き続き算定できる。ただし、継続的な診療が必要と判断された理由について摘要欄に記載する。

(2) A237 ハイリスク分娩管理加算

新型コロナウイルスに感染した妊産婦の分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合は、A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき3,200点）が算定できる。なお、1入院につき8日を限度として算定し、8日を超えても更に入院による管理が医学的に必要とされる場合は引き続き算定できる。ただし、継続的な診療が必要と判断された理由について摘要欄に記載する。

【5-3. 特定入院料を算定する場合】

(1) 重症患者をA300～A303-2の治療室管理算定病棟で受け入れた場合

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを行う病院における「A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4 小児特定集中治療室管理料、A302 新生児特定集中治療室管理料、A303 総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料」において「重症」の新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを行った場合は、通常の診療報酬の1.5倍の点数を算定する。

		入院期間	2023年5月8日～
A300 救命救急入院料	救命救急入院料 1	入院3日以内	15,335点
		4日以上7日以内	13,875点
		8日以上14日以内	11,846点
	救命救急入院料 2	入院3日以内	17,703点
		4日以上7日以内	16,029点
		8日以上14日以内	14,057点
救命救急 イ 救命救急入	入院3日以内	15,335点	

	入院料 3	院料	4 日以上 7 日以内	13,875 点
			8 日以上 14 日以内	11,846 点
		ロ 広範囲熱傷	入院 3 日以内	15,335 点
			4 日以上 7 日以内	13,875 点
			8 日以上 14 日以内	12,477 点
	救命救急入院料 4	イ 救命救急入院料	入院 3 日以内	17,703 点
			4 日以上 7 日以内	16,029 点
			8 日以上 14 日以内	14,057 点
		ロ 広範囲熱傷	入院 3 日以内	17,703 点
			4 日以上 7 日以内	16,029 点
8 日以上 14 日以内			14,507 点	
A301 特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	入院 7 日以内	21,317 点	
		8 日以上 14 日以内	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	入院 7 日以内	21,317 点
			8 日以上 14 日以内	18,950 点
		ロ 広範囲熱傷	入院 7 日以内	21,317 点
			8 日以上 60 日以内	19,250 点
	特定集中治療室管理料 3	入院 7 日以内	14,546 点	
		8 日以上 14 日以内	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	入院 7 日以内	14,546 点
			8 日以上 14 日以内	12,177 点
		ロ 広範囲熱傷	入院 7 日以内	14,546 点
			8 日以上 60 日以内	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	入院 7 日以内		24,476 点	
	8 日以上		21,317 点	
A302 新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1		15,809 点	
	新生児特定集中治療室管理料 2		12,651 点	
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料		11,072 点	
	新生児集中治療室管理料		15,809 点	
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料			8,546 点	

注 1) 特定集中治療室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「E CMO」という。）を必要とする状態である場合や、E CMOは離脱したものの人工呼吸器からの離脱が困難であるために特定集中治療室管理料等を算定する病室での管理が医学的に必要とされる場合」には、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してよい。なお、この場合、継続的な診療が必要と判断した理由を摘要欄に記載する。

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。

注2) 上記に加え、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してよい。なお、この取扱いは、令和3年2月26日以降適用される。なお、この場合、継続的な診療が必要と判断した理由を摘要欄に記載する。

注3) 看護配置に応じて、1日につき下記に掲げる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。

	看護配置	点数
A300 救命救急入院料 1	4 対 1	500 点
A300 救命救急入院料 2	2 対 1	1,000 点
A300 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室管理料	4 対 1	500 点
A300 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室管理料	2 対 1	1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 1	2 対 1	1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 2 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料	2 対 1	1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 3	2 対 1	1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 4 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料	2 対 1	1,000 点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 1	4 対 1	500 点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 2	5 対 1	500 点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	3 対 1	750 点
A302 新生児特定集中治療室管理料	3 対 1	750 点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	3 対 1	750 点

(2) A307 小児入院医療管理料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	小児入院医療管理料算定病棟	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※ 15歳未満（20歳未満の小児慢性特定疾病医療支援対象者を含む）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は下記の入院料を算定できる。その場合は上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

小児入院医療管理料の種別	算定することとして差し支えない点数
小児入院医療管理料1～4	急性期一般入院料6
小児入院医療管理料5	地域一般入院料3

(3) A308 回復期リハビリテーション病棟入院料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	回復期リハビリテーション病棟入院料	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※1 回復期リハビリテーション病棟も「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」こととなり、一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は13対1又は15対1の看護配置（看護師比率4割以上）を求めていることから、A100一般病棟入院基本料の地域一般入院基本料3により出来高で算定しても差し支えない。なお、A100一般病棟入院基本料の地域一般入院基本料で算定する場合は、上記4-1の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

療養病床の回復期リハビリテーション病棟の場合は、医療法上の病床種別が療養病床であるため、療養病棟入院基本料の特例に基づきA100一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定し、上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等を算定しても良い。

(4) A308-3 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点） 在宅患者支援病床初期加算（14日間、1日+300点）

※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」とされている。一般病床の地域包括ケア病棟に入院の場合は13対1の看護配置（看護師比率7割以上）を求めていることから、A100 一般病棟入院基本料の地域一般入院基本料により出来高で算定しても差し支えない。なお、A100 一般病棟入院基本料の地域一般入院基本料で算定する場合は、上記4-1の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

療養病床の地域包括ケア病棟の場合は、医療法上の病床種別が療養病床であるため、療養病棟入院基本料の特例に基づきA100 一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定し、上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等を算定しても良い。

(5) A310 緩和ケア病棟入院料算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	緩和ケア病棟入院料	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※ 緩和ケア病棟入院料を算定する病棟は、急性期一般入院料6（1,382点）を算定できる。その場合は上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

(6) A312 精神療養病棟入院料

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	精神療養病棟入院料	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点） A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※ 精神療養病棟入院料を算定する病棟は、精神療養病棟入院基本料における特別入院基本料（561点）を算定することができる。その場合は上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

(7) 上記以外の特典入院料（A305 一類感染症患者入院医療管理料を除く）算定病棟

重症度	算定入院料	コロナ患者に算定できる加算
全患者	当該病棟の特定入院料	A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+250点）」 A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日個室+300点、陰圧室+200点）

※ 「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」こととなる。なお、その場合は、上記3の(1)に掲げる一般病棟入院基本料等を算定する病棟の加算等が算定できる。

【5-4. リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟の評価】

下記①に該当する病棟（回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟が想定されるが、下記①を満たせばこれらの限らない）に下記②に掲げる新型コロナウイルス感染症患者が入院した場合、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中等症以上の患者に算定する救急医療管理加算1（1,900点又は2,850点）と併算定して差し支えない。

①（病棟の要件）

- 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（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）
 - 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
- 二点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。

※地域の介護保険施設等とは、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所が該当する。また、連携とは下記が想定されている。

- ・介護保険施設等からの電話等による相談への対応ができること
- ・介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合について、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合に往診を実施できること
- ・やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合において、オンライン診療ができること
- ・介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染し、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の要否の判断及び必要に応じた入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）ができること

（4月17日事務連絡）

②（医師の判断による入院が必要とされた新型コロナウイルス感染症患者の要件）

- イ. 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
 - ロ. 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
 - ハ. 認知症対応型共同生活介護等を受けている者
- 二. 在宅医療を受けている者

【5-5. 退院基準】

5月8日以降は退院基準は示されず、入院及び退院については、患者の症状により入院等の必要性を判断する。

6. 新型コロナウイルス感染症から回復した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。なお、当該患者が6歳未満の場合は乳幼児加算(400点)、15歳未満の場合は小児加算(200点)を加算できる。

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。

※ 結果として入院14日

までは750点+950点が算定でき、15日~60日までは750点が算定できる。

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。

Ⅶ. 施設基準の特例

※令和5年4月6日保険局医療課事務連絡 <https://www.mhlw.go.jp/content/001085532.pdf> より

【特例により届出を行わなかった対象医療機関等における報告】

対象医療機関等が、施設基準等を満たさなくなった場合に特例により届出を行わなかった場合、令和5年10月における入院基本料及び特定入院料の施設基準に関する状況について自己点検を行い、令和5年11月17日までに各地方厚生（支）局へ当該点検結果を報告しなければならない。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必要がある。

報告様式については、別途示される予定である。

1. A001 再診料の注12 地域包括診療加算及び B001-2-9 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

(2023年4月6日から2年を経過した日に特例措置を終了)

- ① 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は、届出を辞退する必要はない。
- ② ただし、研修が受けられるようになった場合には、速やかに研修を受講し、遅滞なく届出を行う。

2. 定数超過入院

- ① 定数超過入院の特例措置は当面の間継続される。ただし2023年5月8日以降は、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）等を受け入れたことにより、定数超過となった場合に限られる。
- ② ただし、「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」扱いは、2023年9月30日をもって終了する。
- ③ 上記①及び②により定数超過入院した際の入院料の算定は次の通りとなる。

ア 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。

イ 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。

- ウ 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
- a) 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。
 - b) 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。

3. 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の特例措置

(2023年9月30日で、下記の全ての特例措置が終了)

(下記に掲げる特例措置は、下記①～③のいずれかに該当する医療機関に限る)

- ① 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
- ② ①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。)
- ③ 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

(1) 月平均夜勤時間数

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、上記①～③に該当する場合は、変更の届出を行わなくてもよい。

この場合、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておく。

(2) 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率、看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率

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」)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動があった場合においても上記①～③に該当する場合は、変更の届出を行わなくてもよい。

なお、この場合、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておく。

(3) DPC 対象病院への参加基準

DPC 対象病院について DPC 制度への参加基準を満たさなくなった場合においても上記①～③に該当する場合は、「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」の届出を行わなくてもよい。

なお、この場合、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておく。

(4) 患者及び利用者の診療実績等に係る要件

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を満たさなくなった場合においても上記①～③に該当する場合は、直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい。

(5) 特定入院料等の届出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

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）においても上記①～③に該当する場合は、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。

【上記①～③の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。

ア. 上記①～③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. 上記①～③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
												■	■	○

○：通常の実績を求めるとおり、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	
○	○	○	○	○	○	■	■	■	○	○	○	

○：通常の実績を求めるとおり、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」の、(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、下記のア～ウを比較して最も高い値を用いる。

ア 上記①～③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

イ 上記①～③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

ウ 通常と同様の取扱いをした場合

4. 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おける看護職員夜間配置加算、病棟薬剤業務実施加算等 (2023年9月30日で特例措置終了)

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. 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病棟薬剤業務実施加算の施設基準を満たさなくなった場合 (2023年9月30日で特例措置終了)

病棟薬剤業務実施加算において、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。

6. 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の月平均夜勤時間数の取り扱い (2023年9月30日で特例措置終了)

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。

7. 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超過 (2023年9月30日で特例措置終了)

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。

8. 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 (2023年9月30日で特例措置終了)

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。

9. 臨時の医療施設開設の取扱いについて

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、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の規定（各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する）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。

VIII. 特例点数の診療行為名称及び請求コード一覧

区分	診療行為名称	点数	請求コード
A	初診料（文書による紹介がない患者の場合）（初減）（特例）	214	111016150
A	電話等再診料（特例）	73	112026750
A	外来診療料（特例）	74	112026850
B	院内トリアージ実施料（特例）	300	113045350
B	特定疾患療養管理料（100床未満の病院）（特例）	147	113045450
B	特定疾患療養管理料（100床未満・療養指導）（特例）	147	113045550
B	慢性疾患等の診療（特例）	147	113045650
A	救急医療管理加算1（入院調整）（特例）	950	113045850
C	訪問看護・指導体制充実加算（特例）	150	114055050
C	緊急往診加算（在支診等以外）（特例）	325	114055150
C	緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）（特例）	750	114055250
C	緊急往診加算（在支診等）（特例）	650	114055350
C	緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）（特例）	850	114055450
C	在宅酸素療法指導管理料（その他）（特例）	2400	114055550
C	酸素ボンベ加算（その他）（特例）	3950	114055650
C	酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）（特例）	880	114055750
C	酸素濃縮装置加算（特例）	4000	114055850
C	設置型液化酸素装置加算（特例）	3970	114055950
C	携帯型液化酸素装置加算（特例）	880	114056050
C	呼吸同調式デマンドバルブ加算（特例）	291	114056150
C	在宅酸素療法材料加算（チアノーゼ型先天性心疾患）（特例）	780	114056250
C	在宅酸素療法材料加算（その他）（特例）	100	114056350
C	在宅移行管理加算（特例）	250	114056450
C	緊急訪問看護加算（特例）	265	114056550
C	長時間訪問看護・指導加算（緊急）（特例）	520	114056650
C	長時間訪問看護・指導加算（特例）	260	114056750
C	在宅患者訪問看護・指導料（保健師等・週3日目まで）（特例）	580	114056850
C	在宅患者訪問看護・指導料（保健師等・週4日目以降）（特例）	680	114056950
C	在宅患者訪問看護・指導料（准看護師・週3日目まで）（特例）	530	114057050
C	在宅患者訪問看護・指導料（准看護師・週4日目以降）（特例）	630	114057150
C	訪問看護・指導料（同一）（保健師等2人・3日目まで）（特例）	580	114057250
C	訪問看護・指導料（同一）（保健師等2人・4日目以降）（特例）	680	114057350
C	訪問看護・指導料（同一）（保健師等3人・3日目まで）（特例）	293	114057450
C	訪問看護・指導料（同一）（保健師等3人・4日目以降）（特例）	343	114057550

C	訪問看護・指導料（同一）（准看護師2人・3日目まで）（特例）	530	114057650
C	訪問看護・指導料（同一）（准看護師2人・4日目以降）（特例）	630	114057750
C	訪問看護・指導料（同一）（准看護師3人・3日目まで）（特例）	268	114057850
C	訪問看護・指導料（同一）（准看護師3人・4日目以降）（特例）	318	114057950
C	特別訪問看護指示加算（特例）	100	114058050
A	救急医療管理加算1（緊急の往診等）（特例）	950	180070050
A	救急医療管理加算1（施設内療養・緊急の往診等）（特例）	2850	180070150
A	救急医療管理加算1（オンライン）（特例）	950	180070250
I	長時間精神科訪問看護・指導加算（緊急）（特例）	520	180070350
I	長時間精神科訪問看護・指導加算（特例）	260	180070450
A	乳幼児加算（外来診療・往診等）（特例）	400	180070570
A	小児加算（外来診療・往診等）（特例）	200	180070670
B	精神疾患の精神療法（特例）	147	180070750
A	救急医療管理加算1（14日まで）（特例）	950	190290850
A	急性期一般入院料6（特例）	1382	190290950
A	地域一般入院料1（特例）	1159	190291050
A	地域一般入院料2（特例）	1153	190291150
A	地域一般入院料3（特例）	988	190291250
A	一般病棟特別入院基本料（療養病床）（特例）	607	190291350
A	在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料）（特例）	350	190291450
A	精神病棟特別入院基本料（特例）	561	190291550
A	救急医療管理加算1（中等症以上）（特例）	1900	190291750
A	救急医療管理加算1（中等症以上・呼吸不全管理）（特例）	2850	190291850
A	二類感染症患者入院診療加算（リハビリ）（特例）	250	190291950
A	二類感染症患者入院診療加算（転院）（特例）	750	190292050
A	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
A	二類感染症患者療養環境特別加算（個室）（入院感染対策）（特例）	300	190292250
A	二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室）（入院感染対策）（特例）	200	190292350
A	ハイリスク妊娠管理加算（特例）	1200	190292450
A	ハイリスク分娩管理加算（特例）	3200	190292550
A	救命救急入院料3（口・上限延長）（特例）	12477	190292650
A	救命救急入院料3（口・3日以内）（特例）	15335	190292750
A	救命救急入院料3（口・4日～7日）（特例）	13875	190292850
A	救命救急入院料3（口・8日～60日）（特例）	12477	190292950
A	救命救急入院料4（口・上限延長）（特例）	12477	190293050

A	救命救急入院料4（口・3日以内）（特例）	17703	190293150
A	救命救急入院料4（口・4日～7日）（特例）	16029	190293250
A	救命救急入院料4（口・8日～14日）（特例）	14057	190293350
A	救命救急入院料4（口・15日～60日）（特例）	12477	190293450
A	救命救急入院料1（3日以内）（特例）	15335	190293550
A	救命救急入院料1（4日以上7日以内）（特例）	13875	190293650
A	救命救急入院料1（8日以上14日以内）（特例）	11846	190293750
A	救命救急入院料2（3日以内）（特例）	17703	190293850
A	救命救急入院料2（4日以上7日以内）（特例）	16029	190293950
A	救命救急入院料2（8日以上14日以内）（特例）	14057	190294050
A	救命救急入院料3（イ・（1））（特例）	15335	190294150
A	救命救急入院料3（イ・（2））（特例）	13875	190294250
A	救命救急入院料3（イ・（3））（特例）	11846	190294350
A	救命救急入院料4（イ・（1））（特例）	17703	190294450
A	救命救急入院料4（イ・（2））（特例）	16029	190294550
A	救命救急入院料4（イ・（3））（特例）	14057	190294650
A	救命救急入院料1（上限延長）（特例）	11846	190294750
A	救命救急入院料2（上限延長）（特例）	14057	190294850
A	救命救急入院料3（イ・上限延長）（特例）	11846	190294950
A	救命救急入院料4（イ・（3）・上限延長）（特例）	14057	190295050
A	入院感染対策（救命救急入院料1及び3）（特例）	500	190295150
A	入院感染対策（救命救急入院料2及び4）（特例）	1000	190295250
A	救急医療管理加算1（転院）（特例）	950	190295550
A	特定集中治療室管理料2（口・上限延長）（特例）	19250	190295650
A	特定集中治療室管理料2（口・7日以内）（特例）	21317	190295750
A	特定集中治療室管理料2（口・8日～60日）（特例）	19250	190295850
A	特定集中治療室管理料4（口・上限延長）（特例）	12477	190295950
A	特定集中治療室管理料4（口・7日以内）（特例）	14546	190296050
A	特定集中治療室管理料4（口・8日～60日）（特例）	12477	190296150
A	特定集中治療室管理料1（イ）（特例）	21317	190296250
A	特定集中治療室管理料1（口）（特例）	18950	190296350
A	特定集中治療室管理料2（イ・（1））（特例）	21317	190296450
A	特定集中治療室管理料2（イ・（2））（特例）	18950	190296550
A	特定集中治療室管理料3（イ）（特例）	14546	190296650
A	特定集中治療室管理料3（口）（特例）	12177	190296750
A	特定集中治療室管理料4（イ・（1））（特例）	14546	190296850

A	特定集中治療室管理料4（イ・（2））（特例）	12177	190296950
A	特定集中治療室管理料1（ロ・上限延長）（特例）	18950	190297050
A	特定集中治療室管理料2（イ・（2）・上限延長）（特例）	18950	190297150
A	特定集中治療室管理料3（ロ・上限延長）（特例）	12177	190297250
A	特定集中治療室管理料4（イ・（2）・上限延長）（特例）	12177	190297350
A	入院感染対策（特定集中治療室管理料）（特例）	1000	190297450
A	ハイケアユニット入院医療管理料1（特例）	10283	190297850
A	ハイケアユニット入院医療管理料1（上限延長）（特例）	10283	190297950
A	ハイケアユニット入院医療管理料2（特例）	6336	190298050
A	ハイケアユニット入院医療管理料2（上限延長）（特例）	6336	190298150
A	入院感染対策（ハイケアユニット入院医療管理料）（特例）	500	190298250
A	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（特例）	9020	190298450
A	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（上限延長）（特例）	9020	190298550
A	入院感染対策（脳卒中ケアユニット）（特例）	750	190298650
A	小児特定集中治療室管理料（イ）（特例）	24476	190298750
A	小児特定集中治療室管理料（ロ）（特例）	21317	190298850
A	小児特定集中治療室管理料（ロ・上限延長）（特例）	21317	190298950
A	新生児特定集中治療室管理料1（特例）	15809	190299150
A	新生児特定集中治療室管理料2（特例）	12651	190299250
A	新生児特定集中治療室管理料1（上限延長）（特例）	15809	190299350
A	新生児特定集中治療室管理料2（上限延長）（特例）	12651	190299450
A	入院感染対策（新生児特定集中治療室管理料）（特例）	1000	190299550
A	総合周産期特定集中治療室管理料（母体胎児）（特例）	11072	190299650
A	総合周産期特定集中治療室管理料（母体胎児・上限延長）（特例）	11072	190299750
A	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）（特例）	15809	190299850
A	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・上限延長）（特例）	15809	190299950
A	入院感染対策（総合周産期特定集中治療室管理料）（特例）	750	190300050
A	新生児治療回復室入院医療管理料（特例）	8546	190300150
A	新生児治療回復室入院医療管理料（上限延長）（特例）	8546	190300250
A	在宅患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）（特例）	300	190300350

IX. 診療報酬上の臨時的な取扱いにかかる疑義解釈

事務連絡

令和5年4月17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） 御中
後期高齢者医療主管課（部）

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」
にかかる疑義解釈資料の送付について

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

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

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

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

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

(答) 現時点では、令和5年1月1日以降に新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナウイルス感染症患者（院内クラスターにより感染した患者など当該医療機関に入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。）に対する入院医療の提供の実績がある医療機関が該当する。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問8は廃止する。

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

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

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

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

(答) 現時点では、外来対応医療機関（「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）の2.

(3)において示す発熱患者等の診療に対応する医療機関をいう。）であって、その旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない又は受入患者を限定しない形に令和5年8月末までに移行することとしているものが該当する。

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

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

（答）不可。

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

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

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

（答）そのとおり。

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

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

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

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

(答) 具体的には以下のような体制を想定している。

- ・ 介護保険施設等からの電話等による相談への対応ができること
- ・ 介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合について、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合に往診を実施できること
- ・ やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合において、オンライン診療ができること
- ・ 介護保険施設等に入所する者が新型コロナウイルス感染症に感染し、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の可否の判断及び必要に応じた入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)ができること

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

問 11 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療環境体制加算、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所及び在宅療養支援歯科診療所の施設基準に規定する研修について、オンライン会議システムやWEB配信を含むe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。オンライン会議システムやe-learning形式等を活用して研修を実施する場合、出席状況の確認、研修時間の確保、受講者からの質問への対応、研修内容の理解度の確認等が行えるような形式で実施すること。

例えば、

- ・ オンライン会議システムを活用する場合、受講者は原則としてカメラをオンにし、主催者が出席状況を確認できるようにする。
- ・ e-learning形式の場合、主催者が、受講者の学習時間、進捗状況を含め受講前後のテスト等の実施により研修の完了を把握する。
- ・ 受講者からの質問等について、オンライン会議システムの場合は、チャットシステムや音声発信を用いることや、e-learning形式の場合は、別途質問を受け付け、回答できるような運用を行い、必要に応じ質問・回答について研修会のWebページに掲載する。

などが考えられる。

問 12 特定薬剤管理指導加算 2 の施設基準において、「保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会」に保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加することが求められているが、当該研修会はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施されるものでも差し支えないか。

(答) よい。

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

(答) 令和 5 年 5 月 31 日までの間は、変更前の特例に基づいて算定すること。

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