

2023 年 10 月 1 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）**（未定稿）**

2023（令和 5）年 9 月 22 日作成、[2023 年 9 月 26 日修正](#) [9 月 27 日修正](#)、[9 月 29 日修正](#)、[10 月 3 日修正](#)、[11 月 8 日修正](#)、[12 月 22 日修正](#)

2023 年 10 月 1 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、「診療報酬上の臨時的な取り扱い」（9 月 15 日保険局医療課事務連絡）、「施設基準等に関する臨時的な取り扱い」（9 月 15 日保険局医療課事務連絡）、「公費支援の具体的内容」（9 月 15 日感染症対策本部ほか事務連絡）等で取り扱いが示された。

2023 年 9 月 30 日までは「診療報酬上の臨時的な取り扱い」（3 月 31 日保険局医療課事務連絡）、「施設基準等に関する臨時的な取り扱い」（4 月 6 日保険局医療課事務連絡）、「公費支援の具体的内容」（3 月 17 日感染症対策本部ほか事務連絡）等で取り扱われているが、10 月 1 日以降、これらの事務連絡は全て廃止され、9 月 15 日付事務連絡により取り扱うこととなる。

以下に、2023 年 9 月までの取り扱いを削除線で表記し、10 月 1 日以降新たな取り扱いとなる部分を下線で示した。

なお、10 月 1 日以降の取扱いは、下記通知に基づいて作成したが、今後出される通知等によってこの記載内容に修正を行うことがあるため、当分の間は、週 1 回程度は本文書に変更がないかどうかを保団連ホームページで確認いただきたい。

- (1) 「令和 5 年秋以降の新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和 5 年 9 月 15 日保険局医療課事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001147402.pdf>

- (2) 「令和 5 年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」（令和 5 年 9 月 15 日保険局医療課事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001147403.pdf>

- (3) 「新型コロナウイルス感染症の令和 5 年 10 月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和 5 年 9 月 15 日感染症対策本部ほか事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001147051.pdf>

- (4) 支払基金「医科診療行為マスター」

https://www.ssk.or.jp/smph/seikyushiharai/tensuhyo/kihonmasta/kihonmasta_01.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	外来診療の特例	<u>1 3</u>
IV	在宅診療の特例	<u>1 8</u>
V	入院の特例	<u>2 6</u>
VI	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…	<u>4 2</u>
VII	診断後 3 カ月経過、かつ罹患後症状が 2 カ月以上持続する患者の特例 …	<u>4 3</u>
VIII	施設基準の特例	<u>4 4</u>
IX	令和 5 年 9 月 15 日事務連絡による（疑義解釈）	<u>5 1</u>

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）

			9月末まで		10月1日以降	
PCR 検査・ 抗原検査	窓口負担		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		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	全額公費適用		1割負担の人(3,000 円) 2割負担の人(6,000 円) 3割負担の人(9,000 円)
			対象薬	・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) <u>※国が買い上げて希望医療機関に無償配分している中和抗体薬等については、薬剤費は発生しない。</u> ※処方せん料、調剤料、処方料は対象外		
		コロナ治療薬以外の入院治療		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	高額療養費自己負担額を最大で1万円減額	
				平均在院日数や手術の診療実績要件	(廃止)	
	施設基準の特例			月平均夜勤時間数及び職員不足(2023 年 12 月 31 日まで。ただし、10 月以降は地方厚生局等に届出を要件)		(2023 年 12 月 31 日で、廃止)
				定数超過入院 包括入院料における入院基本料の出来高算定		
		診療報酬の特例		2023 年3月 31 日事務連絡による特例で算定		2023 年9月 15 日事務連絡に基づく新たな特例で算定
	新型コロナワクチン接種費用			全額公費負担 (2024 年 3 月 31 日まで、その後は検討中)		

※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. 2023 年 10 月 1 日以降の公費負担の基本的な考え方

公費の種類には、以下の 2 種類がある。

- ・ コロナ治療薬の薬剤料の一部を補助する公費（治療薬の公費）
- ・ 入院の高額療養費の減額措置（入院診療費の一部を補助する公費：入院補助の公費）

(1) 入院・入院外とも下記に掲げるコロナ治療薬の薬剤料について

- ① 9 月末までは下記に掲げるコロナ治療薬の窓口負担の全額を公費負担（処方料、調剤料、処方箋料などは公費対象外）としていた。

- | |
|------------------------------|
| ・ 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） |

- ② 10 月 1 日以降は、上記に掲げるコロナ治療薬について、医療保険の窓口負担の徴収割合に応じて下記の負担を徴収する。※国が買い上げて希望医療機関に無償配分している中和抗体薬等については、薬剤費は発生しない。

1 割負担の人	3,000 円
2 割負担の人	6,000 円
3 割負担の人	9,000 円

- ③ 「生活保護単独の被保護者」については、外来、入院時ともに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（10 割）が公費支援の対象となる。ただし、高額療養費制度は対象でないことから、入院において高額療養費制度の自己負担限度額から原則 1 万円を減額した額を自己負担の上限とする措置については対象とならない。従って、入院においてコロナ治療薬を使用した場合は「治療薬の公費負担番号」を記載するが、「入院診療の公費負担番号」は記載しない。

(2) 入院の高額療養費制度の自己負担額の減額について

- ① 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 万円を減額した額を自己負担上限（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）としていた。
- ② 10 月 1 日以降は、入院の高額療養費制度の自己負担額（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）から原則 1 万円を減額した額を自己負担上限とする。

(3) 入院時にコロナ治療薬を使用した場合の取扱い

10 月 1 日以降入院については、はじめに新型コロナウイルス感染症治療薬を含む新型コロナウイルス感染症に係る全ての医療費からみた自己負担割合相当額が、医療保険各制度における高額療養費制度の自己負担額（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）から原則 1 万円を減額した額に達するかどうかを判断する。

ア. 達する場合には、新型コロナウイルス感染症に係る患者負担額は、医療保険各制度における高額療養費制度の自己負担限度額から原則 1 万円を減額した額を適用する（新型コロナウイルス感染症治療薬の医療費については、新型コロナウイルス感染症に係る入院の医療費に含める）。

イ. 達しない場合には、医療保険各制度における高額療養費制度の自己負担限度額から原則 1 万円を減額する措置は適用せず、新型コロナウイルス感染症治療薬の患者負担額についてのみ、自己負担上限額を、医療費の自己負担割合が 1 割の方で 3,000 円、2 割の方で 6,000 円、3 割の方で 9,000 円とする公費支援を適用する（治療薬を除いた新型コロナウイルス感染症に係る入院医療費は、公費支援を適用せず、医療保険として請求する）。

(4) 公費負担者番号に変更はなく、コロナ治療薬の公費は「28XX080X」、入院補助の公費は「28XX070X」のままである。

なお、入院において入院補助の公費を使用する場合は、コロナ治療薬の公費は使用せず、入院補助の公費を使用しない場合においてのみコロナ治療薬の公費を使用する。

また、入院補助の公費も適用にならず、コロナ治療薬の公費も使用しない場合は、公費は使わない。

公費のレセ記載通知および疑義解釈は、下記を参照いただきたい。

公費のレセ記載通知 <https://www.mhlw.go.jp/content/001151423.pdf>

疑義解釈 <https://www.mhlw.go.jp/content/001151389.pdf>

(5) 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、障害者施設において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

- ① 表記の場合は、10 月以降も行政検査として取り扱う。実施対象者は、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良い。また、対象施設も上記に準じる通所の事業所も対象として良い。
- ② 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。

2. 10 月 1 日以降の公費負担の保険請求（2024 年 3 月 31 日まで）

(1) 外来におけるコロナ治療薬の公費の請求方法

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。

<u>公費負担者番号</u>	<u>医療機関等の所在地に応じて公費負担者番号（12 頁のコロナ治療薬の公費の 8 桁）を記載する。（9 月までと同じ）</u>
<u>公費負担医療の 受給者番号</u>	<u>対象者すべて「9999996」（7 桁）を記載する （9 月までと同じ）</u>
<u>「療養の給付」欄</u>	<u>(1) 保険欄について</u>

	・「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1割負担は「3,000」、2割負担は「6,000」、3割負担は「9,000」と記載する。

② レセプト記載例（3割負担の場合）

初診料 288 点＋特定疾患療養管理料（100 床未満の病院）（特例）（10 月以降）147 点＋抗原検査料 300 点＋免疫学的検査判断料 144 点＋処方料 42 点＋調剤料 11 点＋**新型コロナウイルス治療薬 9,400 点**＋その他 168 点（**合計 10,500 点**）の場合

療養の給付	保険	請求点 10,500	※ 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 円 9,000
	公費②		※ 点	円 コロナ治療薬の患者負担を記入

※ 上記で3割負担の場合の窓口負担は、（10,500 点－9,400 点＝1,100 点）の3割＝3,300 円＋コロナ治療薬窓口負担 9,000 円＝合計 12,300 円

(2) 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（12 頁の入院診療の 8 桁）を記載（9 月までと同じ）
公費負担医療の受給者番号	対象者すべて「9999996」（7 桁）を記載（9 月までと同じ）
「特記事項」欄	・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、多才、多カ及び多キのうち、該当する略号を記載
「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 ・一部負担金額欄に、下記を記載 ○入院補助の公費の対象となる場合は、「コロナ治療薬を含めたコロナ入院医療の公費適用前的高額療養費自己

	<u>負担限度額」を記載する。</u> ○入院補助の公費の対象とならないが、コロナ治療薬を使用した場合は、「コロナ治療薬の本来負担額（3割負担なら薬価の3割）」を上段に（ ）で記載した上で、下段に「コロナ治療薬を含めたコロナ入院医療」の患者負担額を記載する。 (2) 公費欄 ○入院補助の公費の対象となる場合は、請求点数欄に「コロナ治療薬を含めたコロナ入院医療費の点数」を記載する。負担金額欄には「公費適用後の高額療養費自己負担限度額」を記載する。 ○入院補助の公費の対象とならないが、コロナ治療薬を使用した場合は、請求点数欄に「コロナ治療薬の点数」を記載する。負担金額欄には「コロナ治療薬に対する負担金額（3,000 円、6,000 円、9,000 円）」を記載する。
--	--

- ② レセプト記載例(コロナ治療薬9,400点＋治療薬を除くコロナ入院医療133,100点)
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医療費の3割が入院補助の所得区分における自己負担限度額（75,100 円）を超えるため入院補助の公費を適用する。

(保険欄) 治療薬を含めた全ての医療費の合計額 (公費①欄) コロナ治療薬を含めた入院医療を記入	療養の給付	保険	請求点 142,500	※ 決定点	一部負担金額 円 91,680
		公費①	142,500	※ 点	減額 割(円) 免除・支払猶予 円 75,100
		公費②		※ 点	円

（「保険」の「一部負担金額」欄の記載）

- 入院補助の公費の対象となるため、「コロナ治療薬を含めた入院補助の公費適用前的高額療養費自己負担限度額」を記載する。

（「公費」の「一部負担金額」欄の記載について）

- 入院補助の公費の対象となるため、「コロナ治療薬を含めた入院補助の公費適用後的高額療養費自己負担限度額」を記載する。

- ③ レセプト記載例（コロナ治療薬 9,400 点＋治療薬を除くコロナ入院医療 40,000 点）
 70 歳未満 3 割負担 限度額適用区分「区イ」
 ※ 新型コロナウイルス感染症に係る医療費の 3 割が入院補助の所得区分における自己負担限度額（162,400 円）を超えないため、コロナ治療薬の公費を適用する。

療養の給付	（保険欄） 治療薬を含めた 全ての医療費の 合計額	請求点 49,400	※ 決定点	一部負担金額 円 (28,200) 148,200
	（公費①欄） コロナ治療薬の み	9,400	※ 点	減額 割（円）免除・支払猶予 円 9,000
			※ 点	円

（「保険」の「一部負担金額」欄の記載）

○入院補助の公費の対象とならないが、コロナ治療薬を使用したので、「コロナ治療薬の本来負担額（3割負担の方は薬価の3割）」を上段に（ ）で記載した上で、下段に「コロナ治療薬を含めたコロナ入院医療費」の本来負担額（3割負担の方は入院医療費の3割）を記載する。

（「公費」の「一部負担金額」欄の記載について）

○入院補助の公費の対象とならないが、コロナ治療薬を使用したので、「コロナ治療薬の自己負担額（この方の場合9,000円）」を記載する。

編注 2023 年 11 月 7 日 保険局医療課事務連絡により、記載不要となりました。

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（7頁の治療薬の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 円 0
	公費②		※ 点	円 コロナ治療薬の患者負担（ゼロ）を記入

※ 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】

- 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）
- 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

(2) 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（7頁の入院診療の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	・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	(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 ・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 (2) 公費①欄（コロナ治療薬を除いた入院医療） ・「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 (3) 公費②について ・「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」 減額後自己負担限度 70,100円

新型コロナウイルス感染症に係る入院料など（102,500点） → 公費①

新型コロナウイルス感染症の治療薬（40,000点） → 公費②

（保険欄） 治療薬を含めた全ての医療費の合計額 （公費①欄） コロナ治療薬を除いた入院医療を記入 （公費②欄） 治療薬公費を記入	療養の給付	保険	請求点 142,500	※ 決定点	一部負担金額 (87,680) (81,430) 169,110	円
		公費①	102,500	※ 点	減額 割（円）免除・支払猶 70,100	円
		公費②	40,000	※ 点	0	円

（保険の一部負担金額の記載について）

コロナ治療薬の患者負担（ゼロ）を記入

公費による減額措置後の自己負担額を記入する。

○上段は、「コロナ治療薬を除いた入院医療の公費適用前の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の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。

（公費①の一部負担金欄の記載について）

公費による減額措置後の自己負担額を記入する。

(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%	<u>247,600 円</u> 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%	<u>162,400 円</u> 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%	<u>75,100 円</u> 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	<u>47,600 円</u> 37,600 円
オ	住民税非課税	3 万 5400 円	<u>25,400 円</u> 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%	<u>247,600 円</u> 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%	<u>162,400 円</u> 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%	<u>75,100 円</u> 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	<u>47,600 円</u> 37,600 円
低Ⅱ	住民税非課税	2 万 4600 円	<u>14,600 円</u> 4,600 円
低Ⅰ	住民税非課税 (所得が一定以下)	1 万 5000 円	<u>5,000 円</u> 0 円

公費負担者番号 入院診療：入院補助の公費一部補助 治療薬：治療薬の公費全額補助

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			

Ⅲ. 外来診療の特例

令和5年9月15日保険局医療課事務連絡2頁～ <https://www.mhlw.go.jp/content/001147402.pdf>

コロナ特例点数については、9月30日診療分までの診療行為名称・請求コードと、10月1日以降診療分の診療行為名称・請求コードが一部異なりますので、ご注意ください。

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（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（「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（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（「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。

9月までと 同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	C007-00	特別訪問看護指示加算（特例）	100	114058050

4. 患者の入院調整に係る評価（療養情報提供加算 100点 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、B009の注17に規定する療養情報提供加算の100分の200に相当する点数（100点）を算定できる。なお、入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対して
も同様の取扱いが可能である。~~「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。~~

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算1（入院調整）（特例）	950	113045850
	A999-00	乳幼児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	400	113046070
	A999-00	小児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	200	113046170
<u>10/1～</u>	<u>B009-00</u>	<u>療養情報提供加算（特例）（10月以降）</u>	<u>100</u>	<u>113046350</u>

- 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」

(1) 患者（疑いを含む）の診療評価（特定疾患療養管理料（100床未満の病院）（特例）（10月以降）~~院内トリージ実施料（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、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~~「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10.0~~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（9/15~~4/17~~日事務連絡）

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	B001-02	院内トリージ実施料（特例）	300	113045350
<u>10/1～</u>	<u>B000-00</u>	<u>特定疾患療養管理料（100床未満の病院）（特例）（10月以降）</u>	<u>147</u>	<u>113046250</u>

- 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。~~

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	B000-00	特定疾患療養管理料（100 床未満・療養指導）（特例）	147	113045550

- ~~② 当該点数は、病院・診療所を問わず算定できる。また、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。~~
- ~~④ 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、手術前医学管理料等を算定している点数であっても、別途算定できる。~~
- ~~⑤ 糖尿病など、特定疾患療養管理料の算定対象として別途厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に、治療計画に基づいて療養上必要な管理を行った場合は、「特定疾患療養管理料（100 床未満・療養指導）（特例）」とは別に、「特定疾患療養管理料（診療所の場合月 2 回 225 点）（100 床未満の病院の場合月 2 回 147 点）（100 床以上の病院の場合月 2 回 87 点）が算定できる。~~

(2)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であっても常態として診療応需の態勢をとっている場合は時間外加算等が算定できないが、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（5 点、3 点、1 点）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（夜間・早朝等加算 50 点 ~~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、A000 の注 9 に規定する夜間・早朝等加算の点数（50 点） ~~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、~~算定する。

※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 10.0.0.0 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（9/15 日 ~~4/17 日~~事務連絡）

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
<u>～9/30</u>	B000-00	特定疾患療養管理料（100 床未満の病院）（特例）	147	113045450
<u>10/1～</u>	<u>A999-00</u>	<u>夜間・早朝等加算（特例）（10 月以降）</u>	<u>50</u>	<u>113046650</u>

- ② 当該点数は病院・診療所を問わず算定できる。また、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。~~

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
<u>～9/30</u>	B000-00	特定疾患療養管理料（100 床未満・療養指導）（特例）	147	113045550

- ② ~~当該点数は、病院・診療所を問わず算定できる。また、上記(1)の点数「B000-00 特定疾患療養管理料（100 床未満の病院）（特例）113045450」（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。~~

(2) ~~3~~ 時間外加算等の算定の特例

- ① 「外来対応医療機関」の場合は、受入患者を限定しないことを公表していない場合であっても、前頁の 5 の「(2) ~~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

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。

8. 医療機関等における対応について

令和5年9月15日付新型コロナウイルス感染症対策本部ほか事務連絡「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」では、患者や医療機関への来訪者におけるマスクの着用については、「マスク着用の考え方の見直し等について」(令和5年2月10日付け事務連絡。以下「2月10日付け事務連絡」という。)の2において高齢者等重症化リスクの高い者への感染を防ぐため、マスク着用が効果的な次の場面では、マスクの着用を推奨することとされていることに改めて留意を求めている

- ① 医療機関受診時
- ② 高齢者等重症化リスクが高い者が多く入院・生活する医療機関や高齢者施設等への訪問時

IV. 在宅診療の特例

コロナ特例点数については、9月30日診療分までの診療行為名称・請求コードと、10月1日以降診療分の診療行為名称・請求コードが一部異なりますので、ご注意ください。

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（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
- イ 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

- 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、保険医療機関が上記①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。
- 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。

9月までと 同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	C007-00	特別訪問看護指示加算（特例）	100	114058050

4. 患者の入院調整に係る評価(療養情報提供加算 100 点 ~~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、B009 の注 17 に規定する療養情報提供加算の 100 分の 200 に相当する点数（100 点）を算定できる。なお、入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対して~~も同様の取扱いが可能である。~~~~「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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算 1（入院調整）（特例）	950	113045850
	A999-00	乳幼児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	400	113046070
	A999-00	小児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	200	113046170
<u>10/1～</u>	<u>B009-00</u>	<u>療養情報提供加算（特例）（10月以降）</u>	<u>100</u>	<u>113046350</u>

- 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

(1) 感染予防策に対する評価(看護配置加算 50 点 ~~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、看護配置加算の 100 分の 200 に相当する点数（50 点）を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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	B001-02	院内トリージ実施料（特例）	300	113045350
<u>10/1～</u>	<u>A999-00</u>	<u>看護配置加算（1日につき）（特例）（10月以降）</u>	<u>50</u>	<u>113046750</u>

※看護配置加算（特例）は、「患者の具合が悪く、1日複数回の往診等が必要となった場合は、複数回算定できる。上記の診療行為名称は近目中に「看護配置加算（特例）（10月以降）」に変更予定」である旨、9月26日に厚労省に確認した。

(2) 緊急往診等（院内トリアージ実施料 300 点）~~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訴えについて往診を緊急に求められて速やかに往診を実施した場合又は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を認め訪問診療を実施した場合は、院内トリアージ実施料（300 点）~~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。~~

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算 1（緊急の往診等）（特例）	950	180070050
	A999-00	乳幼児加算（外来診療・往診等）（特例）	400	180070570
	A999-00	小児加算（外来診療・往診等）（特例）	200	180070670
10/1～	B999-00	<u>院内トリアージ実施料（在宅）（緊急往診等）（特例）（10月以降）</u>	<u>300</u>	<u>180070850</u>
<u>9月までと同じ</u>	C000-00	緊急往診加算（在支診等以外）（特例）	325	114055150
	C000-00	緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）（特例）	750	114055250
	C000-00	緊急往診加算（在支診等）（特例）	650	114055350
	C000-00	緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）（特例）	850	114055450

- 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、院内トリアージ実施料（300 点）~~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。

<u>9月までと同じ</u>	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	C103-00	在宅酸素療法指導管理料（その他）（特例）	2,400	114055550

- 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。

<u>9月までと同じ</u>	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	C157-00	酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）（特例）	880	114055750
	C157-00	酸素ボンベ加算（その他）（特例）	3,950	114055650
	C158-00	酸素濃縮装置加算（特例）	4,000	114055850
	C159-00	設置型液化酸素装置加算（特例）	3,970	114055950
	C159-00	携帯型液化酸素装置加算（特例）	880	114056050

	C159-02	呼吸同調式デマンドバルブ加算（特例）	291	114056150
	C171-00	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
	C171-00	在宅酸素療法材料加算（その他）（特例）	100	114056350

- 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

※ 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（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
イ	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

- 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) 施設入所者に対する緊急往診（救急医療管理加算 1 **950 点** ~~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~~（**950 点** ~~2,850 点~~）が算定できる。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9/30	A205-00	救急医療管理加算 1（施設内療養・緊急	2,850	180070150

10/1～		の往診等) (特例)	950	
-------	--	------------	-----	--

(3) 施設入所者に対するオンライン診療（院内トリアージ実施料 300 点）救急医療管理加算 1—950 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、往診ではなく、看護職員とともに施設入所者に対してオンライン診療を実施した場合は、院内トリアージ実施料 (300 点) 救急医療管理加算 1—(950 点) が算定できる。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A999-00	救急医療管理加算 1 (オンライン) (特例)	950	180070250
10/1～	B999-00	<u>院内トリアージ実施料 (オンライン) (特例) (10 月以降)</u>	<u>300</u>	<u>180070950</u>

(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
<u>9 月までと同じ</u>	C000-00	緊急往診加算 (在支診等以外) (特例)	325	114055150
	C000-00	緊急往診加算 (機能強化した在支診等) (病床なし) (特例)	750	114055250
	C000-00	緊急往診加算 (在支診等) (特例)	650	114055350
	C000-00	緊急往診加算 (機能強化した在支診等) (病床あり) (特例)	850	114055450

- ② 新型コロナウイルス感染症に感染した入所者に、必要な感染予防策を講じた上で、介護老人福祉施設等の配置医師又は介護医療院等の併設保険医療機関の医師が往診等を実施する場合は、初・再診料、往診料等は別に算定できないが、看護配置加算の 100 分の 200 に相当する点数 院内トリアージ実施料 (300 点) を算定できる。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	B001-02	院内トリアージ実施料 (特例)	300	113045350
10/1～	A999-00	<u>看護配置加算 (1 日につき) (特例) (10 月以降)</u>	<u>50</u>	<u>113046750</u>

※ 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。

※ 看護配置加算 (特例) は、「患者の具合が悪く、1 日複数回の往診等が必要となった場合は、複数回算定できる。上記の診療行為名称は近目中に「看護配置加算 (特例) (10 月以降)」に変更予定」である旨、9 月 26 日に厚労省に確認した。

(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9月まで と同じ	C103-00	在宅酸素療法指導管理料(その他)(特例)	2,400	114055550
	C157-00	酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ)(特例)	880	114055750
	C157-00	酸素ボンベ加算(その他)(特例)	3,950	114055650
	C158-00	酸素濃縮装置加算(特例)	4,000	114055850
	C159-00	設置型液化酸素装置加算(特例)	3,970	114055950
	C159-00	携帯型液化酸素装置加算(特例)	880	114056050
	C159-02	呼吸同調式デマンドバルブ加算(特例)	291	114056150
	C171-00	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
	C171-00	在宅酸素療法材料加算(その他)(特例)	100	114056350

(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(100点 ~~250点~~)(訪問看護ステーションは特別管理加算 1,000円 ~~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、在宅移行管理加算の100分の40に相当する点数(100点) ~~(250点)~~

(訪問看護ステーションは特別管理加算の100分の40に相当する点数1,000円 ~~2,500円~~)を月1回算定できる。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の100分の40に相当する点数(100点) ~~(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9/30	C005-00	在宅移行管理加算(特例)	250	114056450
<u>10/1~</u>			<u>100</u>	

(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。

9月までと 同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	C005-00	緊急訪問看護加算（特例）	265	114056550

(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 の 100 分の 40 に相当する点数（208 点） ~~（520 点）~~（訪問看護ステーションは 2,080 円 ~~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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9/30 <u>10/1～</u>	C005-00	長時間訪問看護・指導加算（緊急）（特例）	520 <u>208</u>	114056650
9/30 <u>10/1～</u>	I 012-00	長時間精神科訪問看護・指導加算（緊急）（特例）	520 <u>208</u>	180070350

- 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 ~~2050~~ に相当する点数（104 点） ~~（260 点）~~（訪問看護ステーションは 1,040 円 ~~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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9/30 <u>10/1～</u>	C005-00	長時間訪問看護・指導加算（特例）	260 <u>104</u>	114056750
9/30 <u>10/1～</u>	I 012-00	長時間精神科訪問看護・指導加算（特例）	260 <u>104</u>	180070450

【参考】

ア 緊急の場合に算定する特例点数

- ・在宅移行管理加算（月 1 回） 100 点 ~~250 点~~
- ・緊急訪問看護加算 265 点
- ・長時間訪問看護・指導加算（時間を問わず 1 日につき 1 回） 208 点 ~~520 点~~

イ 計画に定めた訪問看護・指導を実施した場合に算定する特例点数

- ・在宅移行管理加算（月 1 回） 100 点 ~~250 点~~
- ・長時間訪問看護・指導加算（時間を問わず 1 日につき 1 回） 104 点 ~~260 点~~

(4) 14 日を超えて週 4 日以上 of 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 of 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 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)

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9月までと同じ	C005-00	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
	C005-00	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
	C005-00	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
	C005-00	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
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(保健師等2人・3日目まで)(特例)	580	114057250
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(保健師等2人・4日目以降)(特例)	680	114057350
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(保健師等3人・3日目まで)(特例)	293	114057450
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(保健師等3人・4日目以降)(特例)	343	114057550
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(准看護師2人・3日目まで)(特例)	530	114057650
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(准看護師2人・4日目以降)(特例)	630	114057750
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(准看護師3人・3日目まで)(特例)	268	114057850
	C005-00	訪問看護・指導料(同一)(准看護師3人・4日目以降)(特例)	318	114057950

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。

V. 入院の特例

コロナ特例点数については、9月30日診療分までの診療行為名称・請求コードと、10月1日以降診療分の診療行為名称・請求コードが一部異なりますので、ご注意ください。

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、下記枠内の入院料において鼻腔・咽頭拭い液採取料を包括している場合には鼻腔・咽頭拭い液採取料がは、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（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
- イ 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

- 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(療養情報提供加算 100点 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、B009の注17に規定する療養情報提供加算の100分の200に相当する点数（100点）を算定できる。なお、入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対しても同様の取扱いが可能である。~~「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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
9/30	A205-00	救急医療管理加算1（入院調整）（特例）	950	113045850
	A999-00	乳幼児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	400	113046070
	A999-00	小児加算（救急医療管理加算）（入院調整）（特例）	200	113046170
10/1～	B009-00	療養情報提供加算（特例）（10月以降）	100	113046350

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の100分の20に相当する点数（50点）~~（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の100分の50に相当する点数（125点）~~（250点）~~と併算定できる。

5/8～	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（リハビリ）（特例）	265	190291950
10/1～			50	

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）~~

※9月15日付疑義解釈で「令和5年10月1日以降は、当該患者の入院日にかかわらず、変更後の特例に基づいて算定すること」とされている。

【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（軽度でも入院加算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 2-1（1日+840点1,900点） ※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） ※特例によらないA205 救急医療管理加算と併算定可 A210の2 二類感染症患者入院診療加算（1日+125点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	当該病棟の入院基本料等	A205 救急医療管理加算 2-1 （1日+1,260点 2,850点 ）

管理を要する中等症以上	院基本料等	※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） ※特例によらないA205 救急医療管理加算と併算定可 A210 の 2 二類感染症患者入院診療加算（1日+125点 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）
-------------	-------	---

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算1（中等症以上）（特例）	1,900	190291750
10/1～	A205-00	救急医療管理加算2（中等症以上）（特例）（10月以降）	840	190300550
～9/30	A205-00	救急医療管理加算1（中等症以上・呼吸不全管理）（特例）	2,850	190291850
10/1～	A205-00	救急医療管理加算2（中等症以上・呼吸不全）（特例）（10月以降）	1260	190300650
9月までと同じ	A205-00	乳幼児加算（救急医療管理加算）	400	190100170
	A205-00	小児加算（救急医療管理加算）	200	190145370
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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

(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+125点 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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は療養病棟入院基本料等を算定する場合				
9月まで	A101-00	在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟	350	190291450

と同じ		入院基本料) (特例)		
9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算 (入院感染対策) (特例)	250	190292150
10/1~			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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
下記は一般病棟の特別入院基本料を算定する場合 (その場合は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する)				
9月までと同じ	A100-00	一般病棟特別入院基本料 (療養病床) (特例)	607	190291350

(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+125点 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、下記の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28頁の(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。

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

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は障害者施設等入院基本料を算定する場合				
9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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
下記は一般病棟の急性期一般入院料6又は地域一般入院料を算定する場合（その場合は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する）				
9月までと同じ	A100-00	急性期一般入院料 6 （特例）	1, 382	190290950
	A100-00	地域一般入院料 2 （特例）	1, 153	190291150
	A100-00	地域一般入院料 3 （特例）	988	190291250

【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。

9月まで と同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	A236-02	ハイリスク妊娠管理加算（特例）	1,200	190292450

(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。

9月まで と同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	A237-00	ハイリスク分娩管理加算（特例）	3,200	190292550

【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 1.215 倍の点数を算定する。

			入院期間	点数
A300 救命救急入院料	救命救急入院料 1		入院 3 日以内	<u>12,268 点</u> 15,335 点
			4 日以上 7 日以内	<u>11,100 点</u> 13,875 点
			8 日以上 14 日以内	<u>9,476 点</u> 11,846 点
	救命救急入院料 2		入院 3 日以内	<u>14,162 点</u> 17,703 点
			4 日以上 7 日以内	<u>12,823 点</u> 16,029 点
			8 日以上 14 日以内	<u>11,245 点</u> 14,057 点
	救命救急入院料 3	イ 救命救急入院料	入院 3 日以内	<u>12,268 点</u> 15,335 点
			4 日以上 7 日以内	<u>11,100 点</u> 13,875 点
			8 日以上 14 日以内	<u>9,476 点</u> 11,846 点
		ロ 広範囲熱傷	入院 3 日以内	<u>12,268 点</u> 15,335 点

	救命救急入院料4	イ 救命救急入院料	4日以上7日以内	11,100点	13,875点
			8日以上14日以内	9,982点	12,477点
			入院3日以内	14,162点	17,703点
		ロ 広範囲熱傷	4日以上7日以内	12,823点	16,029点
			8日以上14日以内	11,245点	14,057点
			入院3日以内	14,162点	17,703点
			4日以上7日以内	12,823点	16,029点
			8日以上14日以内	11,245点	14,507点
15日以上60日以内	9,982点	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		入院7日以内	17,053点	21,317点
			8日以上14日以内	15,160点	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	17,053点	21,317点
			8日以上14日以内	15,160点	18,950点
		ロ 広範囲熱傷	入院7日以内	17,053点	21,317点
			8日以上60日以内	15,400点	19,250点
	特定集中治療室管理料3		入院7日以内	11,636点	14,546点
			8日以上14日以内	9,742点	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	11,636点	14,546点
			8日以上14日以内	9,742点	12,177点
		ロ 広範囲熱傷	入院7日以内	11,636点	14,546点
			8日以上60日以内	9,982点	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		8,226点	10,283点
		ハイケアユニット入院医療管理料2		5,069点	6,336点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料				7,216点	9,020点
A301-4 小児特定集中治療室管理料			入院7日以内	19,580点	24,476点
			8日以上	17,053点	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		12,647点	15,809点	
	新生児特定集中治療室管理料2		10,121点	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		8,857点	11,072点	
	新生児集中治療室管理料		12,647点	15,809点	
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料				6,836点	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「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」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	<u>250 点</u> 500 点
A300 救命救急入院料 2	2 対 1	<u>500 点</u> 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	<u>250 点</u> 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	<u>500 点</u> 1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 1	2 対 1	<u>500 点</u> 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	<u>500 点</u> 1,000 点
A301 特定集中治療室管理料 3	2 対 1	<u>500 点</u> 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	<u>500 点</u> 1,000 点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 1	4 対 1	<u>250 点</u> 500 点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 2	5 対 1	<u>250 点</u> 500 点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	3 対 1	<u>375 点</u> 750 点
A301-4 小児特定集中治療室管理料	2 対 1	<u>500 点</u> 1,000 点
A302 新生児特定集中治療室管理料	3 対 1	<u>375 点</u> 750 点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	3 対 1	<u>375 点</u> 750 点

注 4) 診療行為名称及び請求コード

① 区分 A300-00 救命救急入院料

診療行為名称	点数	請求コード
救命救急入院料 1 (3 日以内) (特例)	<u>12,268 点</u> 15,335	190293550
救命救急入院料 1 (4 日以上 7 日以内) (特例)	<u>11,100 点</u> 13,875	190293650
救命救急入院料 1 (8 日以上 14 日以内) (特例)	<u>9,476 点</u> 11,846	190293750
救命救急入院料 1 (上限延長) (特例)	<u>9,476 点</u> 11,846	190294750
救命救急入院料 2 (3 日以内) (特例)	<u>14,162 点</u> 17,703	190293850
救命救急入院料 2 (4 日以上 7 日以内) (特例)	<u>12,823 点</u> 16,029	190293950
救命救急入院料 2 (8 日以上 14 日以内) (特例)	<u>11,245 点</u> 14,057	190294050
救命救急入院料 2 (上限延長) (特例)	<u>11,245 点</u> 14,057	190294850
救命救急入院料 3 (イ・(1)) (特例)	<u>12,268 点</u> 15,335	190294150
救命救急入院料 3 (イ・(2)) (特例)	<u>11,100 点</u> 13,875	190294250
救命救急入院料 3 (イ・(3)) (特例)	<u>9,476 点</u> 11,846	190294350
救命救急入院料 3 (イ・上限延長) (特例)	<u>9,476 点</u> 11,846	190294950
救命救急入院料 3 (ロ・3 日以内) (特例)	<u>12,268 点</u> 15,335	190292750
救命救急入院料 3 (ロ・4 日～7 日) (特例)	<u>11,100 点</u> 13,875	190292850
救命救急入院料 3 (ロ・8 日～60 日) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190292950
救命救急入院料 3 (ロ・上限延長) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190292650
救命救急入院料 4 (イ・(1)) (特例)	<u>14,162 点</u> 17,703	190294450
救命救急入院料 4 (イ・(2)) (特例)	<u>12,823 点</u> 16,029	190294550
救命救急入院料 4 (イ・(3)) (特例)	<u>11,245 点</u> 14,057	190294650
救命救急入院料 4 (イ・(3)・上限延長) (特例)	<u>11,245 点</u> 14,057	190295050
救命救急入院料 4 (ロ・3 日以内) (特例)	<u>14,162 点</u> 17,703	190293150
救命救急入院料 4 (ロ・4 日～7 日) (特例)	<u>12,823 点</u> 16,029	190293250
救命救急入院料 4 (ロ・8 日～14 日) (特例)	<u>11,245 点</u> 14,057	190293350
救命救急入院料 4 (ロ・15 日～60 日) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190293450
救命救急入院料 4 (ロ・上限延長) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190293050
入院感染対策 (救命救急入院料 1 及び 3) (特例)	<u>250 点</u> 500	190295150
入院感染対策 (救命救急入院料 2 及び 4) (特例)	<u>500 点</u> 1000	190295250

② 区分 A301-00 特定集中治療室管理料

診療行為名称	点数	請求コード
特定集中治療室管理料 1 (イ) (特例)	<u>17,053 点</u> 21,317	190296250
特定集中治療室管理料 1 (ロ) (特例)	<u>15,160 点</u> 18,950	190296350
特定集中治療室管理料 1 (ロ・上限延長) (特例)	<u>15,160 点</u> 18,950	190297050
特定集中治療室管理料 2 (イ・(1)) (特例)	<u>17,053 点</u> 21,317	190296450
特定集中治療室管理料 2 (イ・(2)) (特例)	<u>15,160 点</u> 18,950	190296550
特定集中治療室管理料 2 (イ・(2)・上限延長) (特例)	<u>15,160 点</u> 18,950	190297150
特定集中治療室管理料 2 (ロ・7 日以内) (特例)	<u>17,053 点</u> 21,317	190295750
特定集中治療室管理料 2 (ロ・8 日～60 日) (特例)	<u>15,400 点</u> 19,250	190295850

特定集中治療室管理料 2 (ロ・上限延長) (特例)	<u>15,400 点</u> 19,250	190295650
特定集中治療室管理料 3 (イ) (特例)	<u>11,636 点</u> 14,546	190296650
特定集中治療室管理料 3 (ロ) (特例)	<u>9,742 点</u> 12,177	190296750
特定集中治療室管理料 3 (ロ・上限延長) (特例)	<u>9,742 点</u> 12,177	190297250
特定集中治療室管理料 4 (イ・(1)) (特例)	<u>11,636 点</u> 14,546	190296850
特定集中治療室管理料 4 (イ・(2)) (特例)	<u>9,742 点</u> 12,177	190296950
特定集中治療室管理料 4 (イ・(2)・上限延長) (特例)	<u>9,742 点</u> 12,177	190297350
特定集中治療室管理料 4 (ロ・7日以内) (特例)	<u>11,636 点</u> 14,546	190296050
特定集中治療室管理料 4 (ロ・8日～60日) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190296150
特定集中治療室管理料 4 (ロ・上限延長) (特例)	<u>9,982 点</u> 12,477	190295950
入院感染対策 (特定集中治療室管理料) (特例)	<u>500 点</u> 1000	190297450

③ 区分 A301-02 ハイケアユニット入院医療管理料

診療行為名称	点数	請求コード
ハイケアユニット入院医療管理料 1 (特例)	<u>8,226 点</u> 10,283	190297850
ハイケアユニット入院医療管理料 1 (上限延長) (特例)	<u>8,226 点</u> 10,283	190297950
ハイケアユニット入院医療管理料 2 (特例)	<u>5,069 点</u> 6,336	190298050
ハイケアユニット入院医療管理料 2 (上限延長) (特例)	<u>5,069 点</u> 6,336	190298150
入院感染対策 (ハイケアユニット入院医療管理料) (特例)	<u>250 点</u> 500	190298250

④ 区分 A301-03 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

診療行為名称	点数	請求コード
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (特例)	<u>7,216 点</u> 9,020	190298450
脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (上限延長) (特例)	<u>7,216 点</u> 9,020	190298550
入院感染対策 (脳卒中ケアユニット) (特例)	<u>375 点</u> 750	190298650

⑤ 区分 A301-04 小児特定集中治療室管理料

診療行為名称	点数	請求コード
小児特定集中治療室管理料 (イ) (特例)	<u>19,580 点</u> 24,476	190298750
小児特定集中治療室管理料 (ロ) (特例)	<u>17,053 点</u> 21,317	190298850
小児特定集中治療室管理料 (ロ・上限延長) (特例)	<u>17,053 点</u> 21,317	190298950
入院感染対策 (小児特定集中治療室管理料) (特例)	<u>500 点</u> 1000	190299050

⑥ 区分 A302-00 新生児特定集中治療室管理料

診療行為名称	点数	請求コード
--------	----	-------

新生児特定集中治療室管理料 1 (特例)	<u>12,647 点</u> 15,800	190299150
新生児特定集中治療室管理料 1 (上限延長) (特例)	<u>12,647 点</u> 15,800	190299350
新生児特定集中治療室管理料 2 (特例)	<u>10,121 点</u> 12,651	190299250
新生児特定集中治療室管理料 2 (上限延長) (特例)	<u>10,121 点</u> 12,651	190299450
入院感染対策(新生児特定集中治療室管理料)(特例)	<u>375 点</u> 750	190299550

⑦ 区分 A303-00 総合周産期特定集中治療室管理料

診療行為名称	点数	請求コード
総合周産期特定集中治療室管理料(母体胎児)(特例)	<u>8,857 点</u> 11,072	190299650
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)	<u>8,857 点</u> 11,072	190299750
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)(特例)	<u>12,647 点</u> 15,800	190299850
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児・上限延長)(特例)	<u>12,647 点</u> 15,800	190299950
入院感染対策(総合周産期特定集中治療室管理料)(特例)	<u>375 点</u> 750	190300050

⑧ 区分 A303-02 新生児治療回復室入院医療管理料

診療行為名称	点数	請求コード
新生児治療回復室入院医療管理料(特例)	<u>6,836 点</u> 8,546	190300150
新生児治療回復室入院医療管理料(上限延長)(特例)	<u>6,836 点</u> 8,546	190300250

(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+<u>125 点</u> 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 **28 頁の(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

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は小児入院医療管理料を算定する場合				
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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
下記は一般病棟の急性期一般入院料 6 又は地域一般入院料 3 を算定する場合（その場合は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する）				
9月までと同じ	A100-00	急性期一般入院料 6（特例）	1,382	190290950
	A100-00	地域一般入院料 3（特例）	988	190291250

(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 + 125 点 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）

※ 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、**28 頁の(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、**28 頁の(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合				
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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
下記は一般病棟の地域一般入院料 3 又は特別入院基本料を算定する場合（その場合				

は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する)				
9月まで と同じ	A100-00	地域一般入院料 3 (特例)	988	190291250
	A100-00	一般病棟特別入院基本料 (療養病床) (特例)	607	190291350

(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+ <u>125 点</u> 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)

※ 「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、**28 頁の(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、**28 頁の(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は地域包括ケア病棟入院料を算定する場合				
9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算 (入院感染対策) (特例)	250	190292150
10/1~			<u>125</u>	
9月まで と同じ	A220-02	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
	A220-02	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
	A308-03	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
下記は一般病棟の地域一般入院料 1・2 又は特別入院基本料を算定する場合 (その場合は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する)				
9月まで と同じ	A100-00	地域一般入院料 1 (特例)	1,159	190291050
	A100-00	地域一般入院料 2 (特例)	1,153	190291150

	A100-00	一般病棟特別入院基本料（療養病床） （特例）	607	190291350
--	---------	---------------------------	-----	-----------

(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28頁の(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は緩和ケア病棟入院料を算定する場合				
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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
	A220-02	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
下記は一般病棟の急性期一般入院料6を算定する場合（その場合は、一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する）				
9月までと同じ	A100-00	急性期一般入院料6（特例）	1,382	190290950

(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28頁の(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は精神療養病棟入院料を算定する場合				
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
10/1～			125	
9月までと同じ	A220-02	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

	A220-02	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
下記は精神病棟特別入院基本料を算定する場合（その場合は、(1)の一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する）				
<u>9月までと同じ</u>	A103-00	精神病棟特別入院基本料（特例）	561	190291550

(7) 上記以外の特定入院料（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	A 210 の 2 二類感染症患者入院診療加算（1 日 + <u>125 点</u> 250 点） A 220-2 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、**28 頁の(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。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
下記は、(1)～(7)以外の特定入院料を算定する場合				
9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（入院感染対策）（特例）	250	190292150
<u>10/1～</u>			<u>125</u>	
<u>9月までと同じ</u>	A220-02	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
	A220-02	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
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する場合は、(1)の一般病棟入院基本料等を算定する場合の救急医療管理加算、二類感染症患者入院診療加算、二類感染症患者療養環境特別加算を算定する。				

【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在院した場合、14 日を限度として 1 日につき救急医療管理加算 2 (420 点) ~~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 2 (840 ～1,260 点) ~~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、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
 ニ. 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

(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
 ニ. 在宅医療を受けている者

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算1(施設外への入院等・14日まで)(特例)	950	190290850
10/1～	A205-00	救急医療管理加算2(施設外入院・14日)(特例)(10月以降)	420	190300450

【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。

VI. 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 14 日 ~~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 200 ~~300~~ に相当する点数 (500 点) ~~(750 点)~~ を算定できる。

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A210-00	二類感染症患者入院診療加算（転院） （特例）	750	190292050
<u>10/1～</u>			<u>500</u>	

- ~~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。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。~~

~~※ 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。~~

	区分	診療行為名称	点数	請求コード
～9/30	A205-00	救急医療管理加算 1（転院）（特例）	950	190295550
	A205-00	乳幼児加算（救急医療管理加算）	400	190100170
	A205-00	小児加算（救急医療管理加算）	200	190145370

- ~~②③~~ 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. 診断後3カ月経過、かつ罹患後症状が2カ月以上持続する患者の特例

- ① 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リスト」(※)に掲載されている医療機関において、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、「特定疾患療養管理料(100床未満・罹患後症状持続)(特例)」(147点)を、令和5年5月8日より令和6年3月31日までに限り、3月に1回に限り算定できる。

※ 都道府県によって、「コロナ後遺症」又は「罹患後症状」など表記が異なる。

- ② 罹患後症状に悩む方の診療を行う医療機関においては、「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う。
- ③ 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も算定できる。ただしこの場合は、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。

9月まで と同じ	区分	診療行為名称	点数	請求コード
	B000-00	特定疾患療養管理料(100床未満・罹患後症状持続)(特例)	147	113045950

VIII. 施設基準の特例

※令和5年9月15日保険局医療課事務連絡 <https://www.mhlw.go.jp/content/001147403.pdf> より

※令和5年12月22日保険局医療課事務連絡 <https://www.mhlw.go.jp/content/001182822.pdf>

(1) 9月30日で施設基準の特例が終了する「平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件」及び「手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績に係る要件」について、特例により届出を行わなかった医療機関の地方厚生（支）局への報告

「平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件」及び「手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績に係る要件」については、令和5年9月30日をもって終了する。

令和5年9月30日までの間に対象医療機関等であった医療機関が、当該期間に施設基準を満たさなくなり、令和5年4月6日事務連絡の~~った場合に~~特例により届出を行な~~って~~いなかった~~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）局へ別紙様式2（53頁参照）により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。

(2) 12月31日まで施設基準の特例が延長される「月平均夜勤時間数」、「看護要員の数及び比率等」について、特例により届出を行わなかった医療機関の地方厚生（支）局への報告

「月平均夜勤時間数」、「看護要員の数及び比率等」については、対象となる保険医療機関の要件が狭められた上で、2023年12月31日まで特例が延長される。

これらについて10月以降に、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くてもよいこととされた保険医療機関は、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足したことを別紙様式1（52頁参照）に記載し、各地方厚生（支）局に報告しなければならないこととなった。

※(2)の「月平均夜勤時間数」、「看護要員の数及び比率等」については、2024年3月31日まで施設基準の特例が延長されることとなった。

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（**2025 年 4 月 5 日に 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 **2024 年 3 月 31 日をもって廃止される。**~~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ている。
- 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 10 月 1 日以降も継続する。**~~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ⅰ～ⅲのいずれかに掲げる「対象医療機関」に限る)~~

~~ⅰ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関等~~

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

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

~~※ ⅰ～ⅲに該当する保険医療機関等については、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病棟、他の保険医療機関等に職員を派遣した病棟及び感染し出勤できない職員が在籍する病棟だけでなく、それ以外の病棟においても、同様の取扱いとする。なお、ⅰ～ⅲに該当する期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。~~

3-1 2023年9月30日で終了する特例

(1) 下記①～⑤に掲げる特例は、令和5年9月30日をもって終了する。

- ① 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。
- ② 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（なお、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）
- ③ 看護職員夜間配置加算、病棟薬剤業務実施加算等の要件のうち、各病棟への配置要件について、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。
- ④ 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。
- ⑤ 臨時の医療施設開設の特例（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、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）

(2) 上記(1)の①に掲げる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、令和5年9月30日までの間に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、当該機関については、以下ア又はイにより算出できる。

ア．対象医療機関（48 頁 41 頁上段の i ～ iii）に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

例 1：令和 5 年（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
●	●	●	○	○	○	○	○	★	★	★	○	○	○	○

○：通常の実績の扱いのとおり、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（48 頁 41 頁上段の i ～ iii）に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

例 2：令和 5 年（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
												■	■	○
														(注)

○：通常の実績の扱いのとおり、実績を求める対象とする月

■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

（注）令和 5 年 10 月以降は、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関等であっても、通常の実績の扱いが必要であり、実績を求める対象とする期間から控除できない。

例 3：令和 5 年（ある年の）5 月から 10 月 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
○	○	○	○	○	○	■	■	■	■	■	○ (注)

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月

■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

(注) 令和5年10月以降は新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関等であっても、通常の取扱いが必要であり、実績を求める対象とする期間から控除できない。

(上記の下記に掲げる特例措置は、下記 i ～ iii のいずれかに掲げる「対象医療機関」に限る)

- i 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関等
 - ii i に該当する保険医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等（市町村等の要請により新型コロナワクチン対応を行った保険医療機関を含む。）
 - iii 新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等
- ※ i ～ iii に該当する保険医療機関等については、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病棟、他の保険医療機関等に職員を派遣した病棟及び感染し出勤できない職員が在籍する病棟だけではなく、それ以外の病棟においても、同様の取扱いとする。なお、i ～ iii に該当する期間については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。

3-2 対象となる保険医療機関の要件が狭められた上で、2024年3月31日2023年12月31日まで終了時期が延長された特例

以下の特例については、該当する場合に各地方厚生（支）局へ別紙様式1（52頁参照）により報告を求めることとした上で、令和6年3月31日5年12月31日まで延長された。

10月以降特例の対象となるのは、「新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関」である。なお、(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。

(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、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関（41頁上段のi～iii）については、「報告の対象となった最初の月」から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい。

なお、令和6年1月~~10月~~の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月~~10月~~、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月~~10月~~から3月~~12月~~の期間を指す。

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別紙様式1(52頁参照)に記載し、各地方厚生(支)局に報告する記録し、保管しておく。

また、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6年3月31日~~5年12月31日~~~~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) 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及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関~~(41頁上段のⅰ～ⅲ)~~については、「報告の対象となった最初の月」から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい。

なお、令和6年1月~~10月~~の実績に1割以上の変動があった場合又は1月~~10月~~及び2月~~11月~~の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月~~10月~~、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月~~10月~~から3月~~12月~~の期間を指す。

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別紙様式1(52頁参照)に記載し、各地方厚生(支)局に報告する記録し、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)、(2)~~(41頁上段のⅰ～ⅲ)~~~~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。

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別紙様式 1 (52 頁参照) に記載し、各地方厚生（支）局に報告する記録し、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。~~

3-3. 2023 年 10 月 1 日以降も継続するもので、廃止期限が定められていないもの

- ① 新型コロナ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。
- 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。

Ⅸ. 令和5年9月15日事務連絡による疑義解釈「その他の診療報酬の取扱いについて」

問1 B000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）又はA000の注2に規定する夜間・早朝等加算の点数（50点）を算定する場合に必要な感染予防策とは具体的にどのようなものを想定されているか。

（答）「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第10.0版」及び一般社団法人日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版」等に示す内容に沿って、院内感染防止等に留意した対応を行うこと。

問2 別添1の各項において、「B000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数（147点）を算定できる」とあるが、当該特例については、診療所又は許可病床数が100床以上の病院においても算定可能か。

（答）可能。

問3 新型コロナウイルス感染症患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行い、診療情報提供料（I）を算定する場合、B009の注17に規定する療養情報提供加算の100分の200に相当する点数（100点）を算定できるとされているが、当該医療機関が入院調整を行わず、各都道府県・保健所設置市・特別区、医療関係団体、他医療機関、あるいは外部業者等が入院調整を実施した場合に算定は可能か。

（答）不可。

問4 別添1の9に示すB009の注17に規定する療養情報提供加算の100分の200に相当する点数（100点）について、「「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」にかかる疑義解釈資料の送付について」（令和5年4月17日厚生労働省医療課事務連絡）問6において、「当該医療機関が入院調整を行わず、各都道府県・保健所設置市・特別区、医療関係団体、他医療機関、あるいは外部業者等が入院調整を実施した場合は算定できない旨示されたが、当該医療機関が、各都道府県・保健所設置市・特別区、医療関係団体、他医療機関、あるいは外部業者等に入院調整業務を依頼した場合は算定できないのか。

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

問5 令和5年10月1日から新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬の臨時的な取扱いが変更されるが、令和5年9月30日以前より入院している患者における令和5年10月1日以降の特例の算定について、どのように考えればよいか。

（答）令和5年10月1日以降は、当該患者の入院日にかかわらず、変更後の特例に基づいて算定すること。

別紙様式1

理由書

0. 基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
電話番号	

1. 基本診療料の施設基準通知の第3の1を満たさなくなった施設基準

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

2. 報告の対象となった最初の月

令和	年	月
----	---	---

3. 新型コロナウイルス感染症患者の受入及び職員の感染等の状況

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

令和 年 月 日

(法人名)

(開設者名)

別紙様式 2

入院基本料及び特定入院料の施設基準に関する状況について
自己点検結果

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

〔記載上の注意〕

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

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	急1, 急2, 急3, 急4, 急5, 急6, 地1, 地2, 地3
療養病棟入院基本料	1, 2
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1

- 4 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。（斜線の入院料は記載不要です。）

救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2, 3, 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2, 3, 4, 5
地域包括ケア病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料	1, 2, 3, 4
地域包括ケア入院医療管理料	1, 2, 3, 4
特殊疾患病棟入院料	1, 2
緩和ケア病棟入院料	1, 2
精神科救急急性期医療入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2
特定一般病棟入院料	1, 2

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