

東都医保発第710号
(地区第400号)
令和5年6月6日

地区医師会
医療保険担当理事 殿

公益社団法人
東京都医師会
理事 黒瀬 巖
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症の5類感染症への移行に伴う診療報酬上の特例等に関する整理
(詳細版)

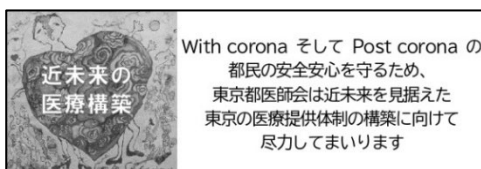
平素は本会事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

5月8日以降の新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例等につきましては、変更点が多く範囲も多岐にわたるため本会にて情報を整理し、5月2日付東都医保発第415号(地区第251号)にて簡易版の資料をお示ししたところですが、その後も疑義解釈等が発出されましたので、下記通知の内容を整理した詳細版を別添のとおり作成いたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただき、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

発信日	発信番号	地区番号	文書名(略称)
R5.03.16	3441	1853	医療提供体制の構築
R5.03.29	3566	1928	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
R5.04.05	23	14	診療報酬上の臨時的な取扱い
R5.04.12	116	65	施設基準等に関する臨時的な取扱い
R5.04.24	289	189	疑義解釈
R5.05.01	402	244	疑義解釈(その2)
R5.05.19	573	327	5類移行後の処方箋の記載
R5.05.22	588	339	疑義解釈(その3)
R5.05.23	604	347	疑義解釈(その4)
R5.05.24	612	349	「医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の改正(Q&Aの追加)
R5.06.02	700	396	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



(公社)東京都医師会 事業部 医療保険課
TEL : 03-3294-8838(直) FAX : 03-3292-7097
▽新型コロナウイルス感染症の保険適用に関する情報
<https://www.tokyo.med.or.jp/17904>

外来

(1) コロナ感染症患者・疑い患者に必要な感染予防策を講じた上での診療に係る特例

●B001-02 院内トリアージ実施料（特例）…**受入患者を限定しない外来対応医療機関**

300点 請求コード：113045350 ※同じ300点でも5/7以前のコードと異なります

●B000-00 特定疾患療養管理料（100床未満の病院）（特例）…**上記以外の医療機関**

147点 請求コード：113045450

5/8以降の特例	備考
<p>① 受入患者を限定しない外来対応医療機関において、感染症患者（疑いを含む）を診療した場合は、院内トリアージ実施料（300点）を算定できる。施設基準の届出は不要。</p> <p>令和5年8月末までの間に受入患者を限定しない「外来対応医療機関」に移行する場合も、院内トリアージ実施料（300点）を算定できる。この場合、<u>受入開始時期を示した文書を院内掲示する必要がある。</u></p> <p>② ①以外の医療機関は、B000の2に規定する点数（147点）を算定する。（診療所、100床以上の病院も算定可能）</p> <p>③ 初・再診料等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①及び②は同様に算定できる。</p>	<p>これまで感染症患者（疑いを含む）を診療した場合、初診・再診や、受診の時間帯を問わず、往診等の場合も含め、院内トリアージ実施料（300点）が算定可能であったが、5/8以降は①受入患者を限定しない外来対応医療機関（300点）と②それ以外の医療機関（147点）に区別される。</p> <p>初・再診料が包括される医学管理料（地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料又は在宅がん医療総合診療料）を算定する患者であっても従前のとおり算定できる。</p>
<p>④ 感染症患者及び疑い患者に対して往診等を実施する場合、院内トリアージ実施料（300点）を算定できる。</p>	<p><変更なし></p>
<p>⑤ 高齢者施設等に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した場合、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。</p>	<p><変更なし></p>

(2) コロナ感染症患者の療養指導に係る特例

●B000-00 特定疾患療養管理料（100床未満・療養指導）（特例）

147点 請求コード：113045550

5/8以降の特例	備考
<p>① コロナ感染症患者に対し、外来診療（往診、訪問診療、電話や情報通信機器を用いた診療を除く。）において、重症化した場合の対応等の療養上の指導を実施した場合にB000の2に規定する点数（147点）を発症日から起算して7日以内に限り算定できる。指導内容の要点を診療録に記載すること。（診療所、100床以上の病院も算定可能）</p> <p>② (1)①の院内トリアージ実施料（300点）又は(1)②に示すB000の2に規定する点数（147点）との併算定は可能。</p>	<p>これまで、感染症患者に対し外来診療を実施した場合、当該患者に対して主として診療を行っている保険医療機関において、1日につき1回救急医療管理加算1（950点）を算定できたが、5/8以降は147点に減点され、算定可能な期間が設けられた。</p> <p>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、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ついても算定可能。</p>

参考:(1)(2)の併算定

区分	療養指導を行わなかった場合	療養指導を行った場合
受入患者を限定しない外来対応医療機関	・院内トリアージ実施料(300点)	・院内トリアージ実施料(300点) ・特定疾患療養管理料(療養指導特例)(147点)
上記以外	・特定疾患療養管理料(特例)(147点)	・特定疾患療養管理料(特例)(147点) ・特定疾患療養管理料(療養指導特例)(147点)

(3) コロナ感染症患者の入院調整に係る特例

●A205-00 救急医療管理加算1(入院調整)(特例)

950点 請求コード:113045850

5/8以降の特例	備考
<p>新型コロナウイルス感染症患者について、<u>入院調整を行った上で</u>、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、<u>診療情報提供料(I)を算定する場合</u>、救急医療管理加算1(950点)を算定できる。なお、入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対しても同様の取扱いが可能である。</p> <p>小児科外来診療料等の診療情報提供料(I)に係る費用が含まれる場合においても、上記と同様に救急医療管理加算1(950点)を算定できる。</p> <p>また、本取扱いについては、救急医療管理加算の施設基準を満たしているものとし届出は不要。</p> <p>当該医療機関が入院調整を行わず(医療機関が依頼した場合を含む)、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は算定できない。</p>	<p><新設></p> <p>本加算は当該患者の入院調整を行った上で診療情報提供料(I)を算定する場合に算定可能。診療情報提供料(I)はレセプトの摘要欄への記載事項(算定日等)があるので注意すること。</p> <p>なお、入院調整を電話等で実施し、入院医療機関に対し、診療情報提供書をFAX等で送付した場合であっても算定可能かは、現在、東京都医師会として関東信越厚生局に疑義照会中。</p>

(4) 診療時間以外の診察に係る特例

5/8以降の特例	備考
<p>① 外来対応医療機関として、表示する診療時間以外の時間に発熱患者等の診療等を実施した場合、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算、小児科標榜特例加算、夜間・早朝加算初診料については算定できる。</p> <p>同様に休日又は深夜に診察を実施する場合、当該保険医療機関を「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関等とみなし、休日加算又は深夜加算について、<u>新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者</u>については算定できる。</p>	<p>5 類移行以前の通知では休日加算等は診療・検査医療機関が休日や深夜に「発熱患者等」を診療した場合に算定可能とされていたが、今回の通知では、「新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者」と、対象が限定されている。</p> <p>現在、東京都医師会として関東信越厚生局へ疑義照会中。</p>

<p>② 外来対応医療機関として、もともと表示する診療時間を超えて新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者の診療を実施する等、診療時間の変更を要する場合であっても、指定される以前より表示していた診療時間を医療機関の診療時間とみなすことは可能。</p> <p>③ 外来対応医療機関において、診療時間の変更が生じた場合、再診料の時間外対応加算等に係る届出の変更は不要。</p>	
--	--

(5) 外来医療費の自己負担軽減特例（公費の取扱）

5/8 以降の特例	備考
<p>① 5月8日以降は、感染症の患者が外来で新型コロナウイルス感染症治療薬の処方(薬局での調剤を含む。以下同じ。)を受けた場合、その薬剤費について、全額を公費支援の対象とする。</p> <p>当該薬剤を処方する際の手技料(処方箋料、処方料、調剤料等)は公費支援対象とはならない。</p>	<p>これまで新型コロナウイルス感染症に関する検査料、治療は全て公費支援の対象であったが、5/8 以降、治療薬の薬剤費のみ公費支援対象となる。</p>
<p>② 対象となる治療薬は、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」に限る。</p> <p>国から無償で配分している薬剤については、引き続き、薬剤費は発生しない。本措置については、<u>9月末までの措置</u>となる。</p>	<p>これまで新型コロナ感染症の患者に使用した薬剤(解熱剤等)は全て公費支援対象であったが、5/8 以降、新型コロナウイルス感染症の効能効果がある薬のみ公費支援対象となる。</p>

※公費支援対象となる治療薬の院外処方については P13「院外処方箋の記入」を参照

(6) コロナ罹患後症状（後遺症）の治療

●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点 請求コード：113045950

5/8 以降の特例	備考
<p>都道府県が公表している罹患後症状に悩む方の診療を行っている医療機関のリストに掲載されている医療機関が、新型コロナウイルス感染症患者と診断された後3か月以上経過し、かつ罹患後症状が2か月以上持続している患者に対し、「罹患後症状のマネジメント(第2版)」を参考に診療し、必要に応じて精密検査や専門医への紹介を行った場合、3月に1回に限り、特定疾患療養管理料(100床未満・罹患後症状持続)(特例)(147点)を算定できる。(診療所、100床以上の病院も算定可能)</p>	<p>【R6年3/31終了】</p> <p><新設></p> <p>東京都では「コロナ後遺症対応医療機関」*が該当する。外来対応医療機関とは別に登録が必要なことに注意。</p> <p>※電話や情報通信機器を用いた診療では算定不可。</p> <p>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</p>

<p>患者自ら検査キットを用いて検査を実施し陽性であったが、医療機関を受診せずに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、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、算定にあたっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が感染した時期及びその確認方法について記載が必要。</p>	<p>つけ診療料、生活習慣病管理料、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ついても算定可能。</p>
---	--

*東京都の「コロナ後遺症対応医療機関」のリストや所在地は以下から確認できる。

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/corona_portal/link/iryokikan.html

(7) 廃止された主な臨時的な取扱い

- 救急医療管理加算 1 (診療報酬上臨時的取扱) (外来・中和抗体薬) 2,850 点

電話や情報通信機器を用いた診療

(1) 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例の期限について

令和5年7月31日で終了

5/8以降の特例	備考
電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例については、以下(2)や(3)で示す特例を含め、令和5年7月31日をもって終了する。	7月31日をもって終了となるため、初診から電話等での診察、医師からの電話再診、電話再診での処方箋発行は出来ない。

(2) 初・再診料等に係る特例

- A000-00 初診料（文書による紹介がない患者の場合）（初減）（特例）
214点 請求コード：111016150 ※5/7以前のコードと異なります
- A001-00 電話等再診料（特例）
73点 請求コード：112026750 ※5/7以前のコードと異なります
- A002-00 外来診療料（特例）
74点 請求コード：112026850

5/8以降の特例	備考
① 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療について、初診料の注2に規定する点数(214点)を算定できる。また、処方箋料等についても算定可能。	【7/31 終了】 <変更なし>
② 慢性疾患等を有する定期受診患者に対し、電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合には、電話等再診料(73点)又は外来診療料(74点)を算定できる。処方箋料等についても算定できる。外来診療料を算定する場合、診療報酬明細書の摘要欄に電話等による当該診療日を記載すること。	【7/31 終了】 外来診療料の取扱いについては、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、電話再診料又は外来診療料を算定できる。
③ 令和5年8月以降も情報通信機器を用いた診療を行う場合、初診料、再診料、外来診療料の注1ただし書きに規定する点数を算定できるよう、情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を令和5年7月31日までに届け出ること。(届出を行ったとしても電話のみの診療は不可)	<新設>

(3) その他加算に係る特例

- B000-00 慢性疾患等の診療（特例）
147点 請求コード：113045650 ※注意：5/7以前のコードと異なります
- B000-00 精神疾患の精神療法（特例）
147点 請求コード：180070750 ※注意：5/7以前のコードと異なります
- C005-00 訪問看護・指導体制充実加算（特例）
150点 請求コード：114055050 ※注意：5/7以前のコードと異なります

5/8 以降の特例	備考
<p>① 慢性疾患又は精神疾患を有する定期受診患者に対して、以前より対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等に基づく管理を行う患者に対し、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合は、B000 の 2 の点数(147 点)を月1回に限り算定できる。(診療所、100 床以上の病院も算定可能)</p>	<p>【7/31 終了】 管理料等とは、令和4年度診療報酬改定以前に「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されていた、特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料を指す。</p>
<p>② (2)①及び②に示す初診料、電話等再診料、外来診療料を算定する場合、乳幼児加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算、小児科標榜特例加算、夜間・早朝等加算、(再診については明細書発行体制等加算を含む。)はそれぞれの要件を満たせば算定できる。</p>	<p>【7/31 終了】 <変更なし></p>
<p>③ 精神疾患を有する定期受診患者に対して、以前より対面診療において治療計画のもと精神療法を継続的に行い、通院・在宅精神療法を算定していた患者に対し、電話や情報通信機器を用いた診療においても、当該計画に基づく精神療法を行う場合は B000 の 2 の点数(147 点)を月1回に限り算定できる。(診療所、100 床以上の病院も算定可能)</p>	<p>【7/31 終了】 <変更なし></p>
<p>④ その月に訪問看護・指導を1日以上提供している当該患者等からの要望等で、医師による指示下、看護職員が電話等による療養指導等を行った場合は、訪問看護・指導体制充実加算(150 点)のみを算定できる。医師の指示、患者等の同意及び電話等による対応の内容について記録に残すこと。</p> <p>なお、当該保険医療機関が訪問を予定していた日数に応じて、月1回に限らず、電話等による対応を行った日について算定できる。すでに当該加算を算定している患者も、当該加算を算定できる。</p> <p>また、本取扱の施設基準の届出は不要。</p>	<p>【7/31 終了】 <変更なし></p>
<p>⑤ 「B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料」について、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可能。後日、治療方針等に係る文書を患者に渡すこと。</p>	<p>【7/31 終了】 <新設></p>

(4) 介護医療院等又は介護老人福祉施設等に入所する感染患者に対し、看護職員とともに実施するオンライン診療に係る特例

●A999-00 救急医療管理加算1（オンライン）（特例）

950点 請求コード：180070250

5/8以降の特例	備考
<p>① 介護医療院等又は介護老人福祉施設等に入所する感染患者からの求めに応じ、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。</p>	<p><新設> この場合の看護職員はオンライン診療を実施する医療機関の看護職員でも施設等の看護職員でも可。また、電話診療では算定できない。</p>

(5) 廃止された主な臨時的な取扱い

○コロナ陽性患者に対する電話や情報通信機器を用いた診療に対する評価

- ・二類感染症患者入院診療加算（電話等初診料・診療報酬上臨時的取扱）250点
- ・二類感染症患者入院診療加算（電話等再診料・診療報酬上臨時的取扱）250点

○電話や情報通信機器を用いたニコチン依存症管理に対する評価

- ・ニコチン依存症管理料1（初回）（診療報酬上臨時的取扱）147点
- ・ニコチン依存症管理料1（5回目）（診療報酬上臨時的取扱）155点

検査

(1) 検査に係る特例

5/8 以降の特例	備考
<p>① DPC 病院でも検査料・判断料を出来高算定可</p> <p>② 特定機能病院でも検査料・判断料を出来高算定可</p> <p>③ 規定の入院料 注3 を算定する場合も検査料・判断料を出来高算定可</p> <p>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、又は在宅がん医療総合診療料を算定する場合も検査料・判断料を出来高算定可</p> <p>⑤ 介護医療院等でも検査料・判断料を出来高算定可</p> <p>⑥ ①～⑤を算定する場合において、微生物学的検査判断料及び免疫学的検査判断料は月1回に限り算定することができる。また、検査を実施した日時及び検査実施の理由等について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>	<p style="text-align: center;"><変更なし></p> <p>該当するコロナ検査は注1 注2</p> <p>なお、核酸検出、抗原検出について、明細書への医学的根拠の記載は、臨時的な取扱い以前から、点数表の検査料において規定されており、新型コロナウイルス感染症が 5 類に移行されたとしても、引き続き記載する必要がある。</p>

注1 「SARS-CoV-2 核酸検出等」に該当する検査

- ▶ 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
- ▶ SARS-CoV-2・インフルエンザ・RS ウイルス核酸同時検出

注2 「SARS-CoV-2 抗原検出等」に該当する検査

- ▶ 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
- ▶ SARS-CoV-2・インフルエンザ・RS ウイルス抗原同時検出

注3 コロナ検査料・判断料を出来高算定可能な入院料

- ▶ 療養病棟入院基本料
- ▶ 障害者施設等入院基本料
(医科点数表の注5に規定する特定入院基本料又は注6に規定する点数を算定する場合に限る)
- ▶ 有床診療所療養病床入院基本料
- ▶ 救命救急入院料
- ▶ 特定集中治療室管理料
- ▶ ハイケアユニット入院医療管理料
- ▶ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- ▶ 小児特定集中治療室管理料
- ▶ 新生児特定集中治療室管理料
- ▶ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ▶ 新生児治療回復室入院医療管理料
- ▶ 特殊疾患入院医療管理料
- ▶ 小児入院医療管理料
- ▶ 回復期リハビリテーション入院料
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料
- ▶ 特殊疾患病棟入院料
- ▶ 緩和ケア病棟入院料
- ▶ 精神科救急急性期医療入院料
- ▶ 精神科急性期治療病棟入院料
- ▶ 精神科救急・合併症入院料
- ▶ 児童・思春期精神科入院医療管理料
- ▶ 精神療養病棟入院料
- ▶ 認知症治療病棟入院料
- ▶ 特定一般病棟入院料
- ▶ 地域移行機能強化病棟入院料
- ▶ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
- ▶ 短期滞在手術基本料

在宅・高齢者施設

(1) 在宅で往診等を実施した場合における特例について

5/8 以降の特例	備考
① 感染症患者及び疑い患者に対して、往診等を実施する場合、院内トリアージ実施料(300 点)を算定できる。(再掲)	<変更なし>
② 感染患者等(疑い患者は含まず。)からの求めに応じ、緊急に往診を実施した場合、あるいは、在宅にて継続的な診療の必要性を認め訪問診療を実施した場合において、救急医療管理加算1(950 点)を算定できる。	これまで、新型コロナウイルス感染症患者の求めに応じ、在宅にて診療を行った場合に救急医療管理加算1の3倍(2,850 点)を、在宅にて中和抗体薬を投与した場合には救急医療管理加算1の5倍(4,750 点)を算定できたが、いずれも950 点に減点された。
③ 上記②の場合であって、緊急往診加算(325 点、650 点、750 点、850 点)の算定要件を満たしていれば、併算定は可能。	<変更なし>
④ 同一の患家等で2人以上の患者を診察し、往診料を算定しない場合であっても、救急医療管理加算1(950 点)は算定できる。	<変更なし>
⑤ 感染症患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合、在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」(2,400 点)を算定できる。酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は在宅酸素療法材料加算についても算定可能。上記以外の在宅療養指導管理料の算定する患者に、在宅酸素療法を行う場合も同様に算定可能。ただし、これらの場合において、新型コロナウイルス感染症に係る対応である旨及び在宅酸素療法が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	<変更なし>

(2) 医療機関が在宅で訪問看護を実施した場合における特例について

5/8 以降の特例	備考
① 感染症患者及び疑い患者に対する訪問看護・指導を実施する場合、在宅移行管理加算(250 点)を月1回に限り算定できる。当該患者が精神科訪問看護・指導料を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料を算定せずに、精神科訪問看護・指導料及び在宅移行管理加算(250 点)を、月1回に限り算定できる。 なお、既に在宅移行管理加算(250 点)を算定している利用者については、当該加算を別途月に1回算定できる。	<変更なし>

<p>② 感染症患者に対して、緊急に訪問看護・指導を実施した場合、当該保険医療機関が診療所又は在宅療養支援病院以外であっても緊急訪問看護加算(265点)が算定できる。</p>	<p><変更なし></p>
<p>③ 感染症患者に対して、緊急に訪問看護を実施した場合、長時間訪問看護・指導加算(520点)又は長時間精神科訪問看護・指導加算(520点)を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる。</p>	<p>これまで、感染患者に対し、緊急に訪問看護を実施した場合において、長時間訪問看護・指導加算の3倍(1,560点)算定出来たが、520点に減点された。</p>
<p>④ 感染症患者に対して、訪問看護・指導計画に定めた訪問看護・指導を実施した場合、長時間訪問看護・指導加算又は長時間精神科訪問看護・指導加算の100分の50に相当する点数(260点)を、訪問看護を行った時間を問わず1日につき1回算定できる。</p>	<p><新設></p>
<p>⑤ 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。</p> <p>また、14日を超えて週4日以上頻回の訪問看護が一時的に必要な場合、同一月に2回特別訪問看護指示書を交付することが可能である。この特別訪問看護指示書を月2回交付した場合、2回目の交付についても特別訪問看護指示加算(100点)を算定できる。</p>	<p><変更なし></p>

(3) 高齢者施設等での療養に係る特例について

5/8以降の特例	備考
<p>① 介護医療院等又は介護老人福祉施設等に入所する感染患者から、感染症の治療について往診を緊急に求められ、速やかに往診を実施した場合は、救急医療管理加算1の3倍に相当する点数(2,850点)を算定できる。</p> <p>なお、往診ではなく、看護職員とともに施設入所者に対してオンライン診療を実施した場合は救急医療管理加算1(950点)を算定できる。</p>	<p>なお書き以降は「新設」であり、「電話や情報通信機器を用いた診療」(4)の再掲</p>
<p>② 上記①の場合で、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これを行った場合は、初・再診料、往診料等は別に算定できないが、緊急往診加算(325点、650点、750点、850点)を算定できる。</p>	<p><変更なし></p>

③ 上記②の場合、院内トリアージ実施料(300 点)は算定できる。	<変更なし>
④ 介護医療院等又は介護老人福祉施設等に入所する者が感染した場合について、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。	<変更なし>
⑤ 介護療養病床等に入院又は介護医療院等に入所する感染症患者に対して、抗ウイルス剤(薬効:新型コロナウイルス感染症)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。なお、調剤料や注射実施料等の算定については、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合等に基づき取り扱うこと。	<変更なし>

院外処方箋の記入

(1) 新型コロナウイルス感染症の薬剤を院外処方した場合の処方箋の記載方法等について

5/8 以降の特例	備考
<p>① コロナ治療薬の処方箋を交付する際の「公費負担者番号」および「公費負担医療の受給者番号」については、保険医療機関ができるだけ記載すること。処方箋に公費負担者番号の記載がない場合であっても保険薬局において適切に記載すること。</p> <p><治療薬の公費> 【公費負担者番号】28132801（東京都共通） 【受給者番号】9999996</p>	<p>対象薬剤は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ラゲブリオカプセル 200mg ▶ パキロビッドパック 600 及び パキロビッドパック 300 ▶ ゴコーバ錠 125mg ▶ ベクルリー点滴静注用 100mg <p>東京都薬剤師会としては、「出来るだけ公費番号等を記載していただきたい。」とのこと。</p>
<p>② 患者が電話等での服薬指導を希望した場合の対応は、5類移行後にも適用されるため、院外処方箋に「0410 対応」と記載することは必須である。</p> <p>自宅療養中の感染患者の院外処方箋に、「COV 自宅」と記載することは必須ではない。</p>	<p>東京都薬剤師会としては、「COV 自宅の記載は必須ではないが、出来るだけ記載していただきたい。」とのこと。</p>
<p>③ 医療機関は公費番号等を記載しない診療報酬明細書により請求し、保険薬局は公費負担番号等を記載した調剤報酬明細書により請求することとなるが、公費負担番号の記載の相違により返戻等の対象となる事は無い。</p>	<p>東京都国民健康保険団体連合会及社会保険診療報酬支払基金に確認済。</p>

入院

(1) 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療に係る特例

5/8 以降の特例	備考
<p>① 感染症患者の受入れを行う保険医療機関において、重症の感染症患者について、「特定集中治療室管理料等」注4を算定する場合には、別表1(p.21)に示す点数を算定できる。</p> <p>なお、重症患者には、人工呼吸器管理等を要する患者のほか、特定集中治療室管理料等を算定する病棟における管理を要すると医学的に判断される患者を含む。</p>	<p>算定要件等は変更ないが、別表1(p.21)に示す点数が減点された。</p>
<p>② 感染症患者の受入れを行う医療機関において、中等症以上の感染症患者(救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)については、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の200に相当する点数(1,900点)を算定できる。</p> <p>また、中等症以上の感染症患者のうち、継続的に診療が必要な場合は、15日目以降も算定できる。なお、継続的な診療が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。</p> <p>なお、中等症の感染症患者には、酸素療法が必要な状態の患者のほか、急変等のリスクに鑑み、入院加療の必要があると医学的に判断される患者を含む。</p>	<p>入院加療を実施する患者については、これまでは14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の400に相当する点数(3,800点)を算定できていたが、100分の200に相当する点数(1,900点)に減点された。</p>
<p>③ 中等症以上の感染症患者のうち、呼吸不全を認める呼吸不全管理を要する中等症以上の患者(救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)については、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の300に相当する点数(2,850点)を算定できる。</p> <p>また、本該当患者のうち、継続的に診療が必要な場合は、15日目以降も算定できる。なお、継続的な診療が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。</p>	<p>中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者については、14日を限度として1日につき救急医療管理加算1の100分の600に相当する点数(5,700点)を算定できていたが、100分の300に相当する点数(2,850点)に減点。</p>
<p>④ 入院している感染症患者について、以下の症状等の場合には、特定集中治療室管理料等(注4)の算定日数の上限を超えても算定は可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ECMOを必要とする状態である場合 ・ ECMO 離脱後も人工呼吸器からの離脱が困難であり管理が必要な場合 	<p><変更なし></p>

<ul style="list-style-type: none"> 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 急性血液浄化から離脱後も人工呼吸器からの離脱が困難であり、管理が必要な場合 <p>なお、継続的な診療が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。</p> <p>また、救命救急入院料について、感染症患者の受入れ等により、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、患者の同意を得た上で、救命救急入院料を算定できる。</p>	
---	--

(2) 入院における感染対策の特例について

5/8以降の特例	備考
<p>① 別表2(p.23)に示す入院料を算定する病棟において、感染症患者を入院させた場合、看護配置に応じて、1日につき別表2に示す二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定できる。</p> <p>また、別表2に示す入院料又は A305 一類感染症患者入院医療管理料を算定する病棟以外の病棟において、感染症患者を入院させた場合、二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できる。</p> <p>なお、いずれの場合も、初日については、疑い患者についても算定でき、レセプトの摘要欄に新型コロナウイルス感染症を疑う理由について記載すること。</p>	<変更なし>
<p>② 感染症患者を個室又は陰圧室に入院させた場合、別表2に示す入院料又は A305 一類感染症患者入院医療管理料を算定する病棟以外の病棟において、二類感染症患者療養環境特別加算(300点、200点)が算定できる。なお、初日については、疑い患者についても算定でき、レセプトの摘要欄に新型コロナウイルス感染症を疑う理由について記載すること。</p>	<変更なし>

(3) その他加算の取扱い等に係る特例について

5/8以降の特例	備考
<p>① 地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟に感染症患者を入院させた場合、在宅患者支援病床初期加算(300点)を算定できる。</p>	<変更なし>
<p>② 療養病棟入院料を算定している病棟に感染症患者を入院させた場合、在宅患者支援療養病床初期加算(350点)を算定できる。</p>	<変更なし>

<p>③ 感染症患者が療養病棟入院基本料を算定している病棟に入院した場合、基本診療料の施設基準等に規定する「感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態」とみなす。</p>	<p><変更なし></p>
<p>④ 感染した妊婦について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合、ハイリスク妊娠管理加算(1,200点)を1入院につき10日を上限に算定できる。この場合において算定上限日数(1入院につき10日)を超えて、入院による管理が医学的に必要とされる場合、11日目以降も算定できる。なお、継続的な診療が必要と判断した理由をレセプトの摘要欄に記載すること。</p>	<p>感染した妊婦について、ハイリスク妊娠管理を行った場合、ハイリスク妊娠管理加算(1,200点)を1入院につき20日を上限に算定できる。これまで、「医学的に必要とされる場合、21日目以降も算定できる。」とされていたが、算定上限日数は10日に、医学的に必要とされる場合も11日目以降に減らされた。</p>
<p>⑤ 感染した妊産婦について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合、ハイリスク分娩管理加算(3,200点)を算定できる。この場合において、算定上限日数(1入院につき8日)を超えて、入院による管理が医学的に必要とされる場合には、9日目以降も算定できる。なお継続的な診療が必要と判断した理由を、レセプトの摘要欄に記載すること。</p>	<p><変更なし></p>
<p>⑥ 入院中の感染症患者に対し、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する場合に、1日につき1回、二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できる。</p> <p>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場合であっても1日につき1回算定できる。また、(2)①に示す二類感染症患者入院診療加算(250点)と併算定できる。</p>	<p><変更なし></p>
<p>⑦ 介護医療院等、介護老人福祉施設等に入所している者、高齢者施設等に入居している者、認知症対応型共同生活介護等、在宅医療を受けている者が感染し、医師の判断により入院が必要と判断された場合であって、「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」注5に入院した場合、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(1)②及び③に規定する救急医療管理加算1(1,900～2,850点)と併算定できる。</p>	<p><新設></p>

注4

「特定集中治療室管理料等」とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料をいう。

注5

「リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟」とは、以下のいずれにも該当する病棟をいう。

- イ 当該病棟に専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士が配置されていること
 - ロ 入退院支援加算1又は2を届け出ていること
 - ハ 特定機能病院以外の医療機関であること
 - ニ 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していることが望ましいこと
- なお、算定にあたっては、上記イの配置状況が確認できるよう、記録をしておくこと。

(4) 入院料の算定の特例について

5/8 以降の特例	備考
<p>感染症患者の受入れのために、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院管理料と同等の人員配置した病棟に、感染患者又は本来当該入院料を算定すべき患者を入院させた場合は、簡易な報告により該当する入院料を算定できるが、既に報告を行っている保険医療機関については、当該入院料を引き続き算定できる。また、加算についても施設基準等を満たし簡易な報告を行っていれば算定できる。なお、令和5年3月31日以降に新たに運用開始の報告をすることはできない。</p> <p>算定にあたっては患者等に対して、十分に説明するとともに、当該入院料を算定する病棟に入院した理由等を記録し、保管しておくこと。</p>	<p>「既に報告を行っている保険医療機関については、」以降が追記され、「救命救急入院料について、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、救命救急入院料を算定できる。」とされていたものが削除された。</p>

(5) 特定入院料等を算定する病棟でコロナ患者の入院を受け入れた場合の特例について

5/8 以降の特例	備考
<p>① 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、施設基準上の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。入院料の変更の届出は不要。</p>	<p><変更なし></p>

② 感染症患者を都道府県から受入病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合、一般病床とみなして、一般病棟入院基本料のうち特別入院基本料(607点)を算定できる。	<変更なし>
③ 感染症患者を、障害者施設等入院基本料を算定する病棟のうち7対1又は10対1入院基本料を算定する病棟に入院させた場合は急性期一般入院料6(1,382点)を、13対1入院基本料の場合は地域一般入院料2(1,153点)を、15対1入院基本料の場合は地域一般入院料3(988点)をそれぞれ算定できる。入院料の変更等の届出は不要。	<変更なし>
④ 感染症患者を、精神療養病棟入院料を算定している病棟に入院させた場合、精神病棟入院基本料における特別入院基本料(561点)を算定できる。入院料の変更等の届出は不要。	<変更なし>
⑤ 感染症患者を、緩和ケア病棟入院料を算定している病棟に当該患者を入院させた場合、急性期一般入院料6(1,382点)を算定できる。入院料の変更等の届出は不要。	<変更なし>
⑥ 15歳未満の感染症患者(小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満)を、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院させた場合、一般病床の小児入院管理料1、2、3又は4の場合は急性期一般入院料6(1,382点)、同管理料5の場合は地域一般入院料3(988点)を算定できる。入院料の変更等の届出は不要。	<変更なし>

(6) 入院中の抗ウイルス剤に係る特例について

5/8以降の特例	備考
① DPC病棟に入院する感染者に、抗ウイルス剤(新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)を投与した場合、当該薬剤に係る費用を別に算定できる。	医療資源を最も投入した傷病名が「U07.1 COVID-19」となる場合は、医科点数表による出来高算定により算定する。
② 地域包括ケア病棟入院料や療養病棟入院基本料等の基本診療料の施設基準等別表第五の一の二、三、四及び五に規定されている病棟に入院している感染症患者については、抗ウイルス剤(新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)を適切な注意及び指導を行い投与した場合、【抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定しても差し支えないし、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。

果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)】とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できる。なお、調剤料や注射実施料等の算定については特に定めのない限り、医科点数表等の取扱いに基づき取り扱うこと。	
---	--

(7) 回復患者の転院受け入れに係る特例

5/8 以降の特例	備考
① 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。	<変更なし>
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。	これまでは、最初の転院日を起算日として、30 日を限度として救急医療管理加算1の 100 分の 200 に相当する(1,900 点)を算定し、30 日を経過し 90 日を限度として救急医療管理加算1の(950 点)を算定する。とされていたものが、14 日を限度として救急医療管理加算1(950 点)に減点変更された。
③ 再転院した場合についても、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、引き続き①及び②を算定できる。 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算定日数をそれぞれ記載すること。複数の転院がある場合は、それぞれの当該加算の算定日数を記載すること。	<変更なし>

(8) 入院医療費自己負担軽減のための公費支援の内容

5/8 以降の特例	備考
① 5月8日以降は、感染症の患者が感染症治療のために入院した場合、医療費や食事代の負担を求める。ただし、月間の高額療養費制度の自己負担限度額(以下、「自己負担限度額」)から原則2万円を減額した額を自己負担の上限とする。なお、自己負担限度額が2万円に満たない場合にはその額を減額する。	新型コロナウイルス感染症の入院に係る治療費は全て公費支援対象であったが、一部公費支援対象に変更され、高額療養費の限度額から原則 2 万円減額される。

<p>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は、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。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。</p> <p>本措置については、9月末までの措置とする。</p>	
<p>② 食事代は、高額療養費の適用対象ではないため、減額の対象とはしない。また、外来療養のみに係る月間の高額療養費算定基準額は、入院療養を対象とするものでないため、減額の対象とならない。</p>	
<p>③ 入院時に感染症治療薬の処方を受けた場合、まずは、その薬剤費全額を公費支援の対象とする。その上で、なお残る自己負担について補助の考え方を適用する。</p>	
<p>④ 5類感染症への移行後も、入院医療費の公費支援については従来通り、患者からの申請は必要なく、保険請求(レセプト請求)の枠組みを用いて行う。医療機関においては、入院期間中の患者の所得区分について確認する事。</p>	<p>入院期間中の患者の所得区分の具体的な確認方法は、現在、東京都医師会として関東信越厚生局へ疑義照会中。</p>
<p>⑤ 自己負担限度額は、被保険者等の所得区分に応じて決定されるが、今般の公費負担支援により当該減額措置後の自己負担限度額は、別表3(p.25)のとおりとなる。</p> <p>※ 減額措置は、自己負担限度額に医療費比例額が含まれない場合は2万円を減額、医療費比例額が含まれる場合は、当該医療費比例額に1万円を加えた額を減額する。</p>	
<p>⑥ 自己負担額が、所得区分毎の自己負担限度額に満たない場合であっても、減額措置後の自己負担額を超えた場合は、それ以上の自己負担は発生せず、公費による補助の対象となる。本補助は月単位で行う。</p>	
<p>⑦ なお、70歳以上で高額療養費の所得区分が住民税非課税(所得が一定以下)である場合は、公費による減額措置後の最大の自己負担額は0円であり、現在と同様、入院医療費に係る自己負担は発生しない。</p>	

※公費支援対象となる治療薬の院外処方についてはP13「院外処方箋の記入」を参照

本資料 p. 14 (1) ①で示す「別表1」

(別表1)

別添1 (医科診療報酬点数表関係) 中、3 (1) ①に規定する特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院する新型コロナウイルス感染症患者については、次に示す点数を算定できることとする。

項目		点数	
A300救命救急入院料	救命救急入院料 1	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上14日以内の期間	11,846点
	救命救急入院料 2	(1) 3日以内の期間	17,703点
		(2) 4日以上7日以内の期間	16,029点
		(3) 8日以上14日以内の期間	14,057点
	救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上14日以内の期間	11,846点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3日以内の期間	15,335点
		(2) 4日以上7日以内の期間	13,875点
		(3) 8日以上60日以内の期間	12,477点
	救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料	(1) 3日以内の期間	17,703点
		(2) 4日以上7日以内の期間	16,029点
		(3) 8日以上14日以内の期間	14,057点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3日以内の期間	17,703点
(2) 4日以上7日以内の期間		16,029点	
(3) 8日以上14日以内の期間		14,057点	
(4) 15日以上60日以内の期間		12,477点	

A301特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上14日以内の期間	18,950点
	特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上14日以内の期間	18,950点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7日以内の期間	21,317点
		(2) 8日以上60日以内の期間	19,250点
	特定集中治療室管理料 3	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上14日以内の期間	12,177点
	特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上14日以内の期間	12,177点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7日以内の期間	14,546点
		(2) 8日以上60日以内の期間	12,477点
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1	10,283点	
	ハイケアユニット入院医療管理料 2	6,336点	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料			9,020点
A301-4小児特定集中治療室管理料	(1) 7日以内の期間	24,476点	
	(2) 8日以上14日以内の期間	21,317点	
A302新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	15,809点	
	新生児特定集中治療室管理料 2	12,651点	
A303総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	11,072点	
	新生児集中治療室管理料	15,809点	
A303-2新生児治療回復室入院医療管理料			8,546点

本資料 p.15 (2) ①で示す「別表2」

(別表2)

別添1 (医科診療報酬点数表関係) 中、3 (2) ①に規定する入院料等を算定する病棟に入院する新型コロナウイルス感染症患者については、看護配置に応じて、以下の点数を算定できることとする。

	項目	点数	(参考) 施設基準において求める看護配置
A300 救命救急入院料	救命救急入院料1	500点	4対1
	救命救急入院料2	1,000点	2対1
	救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	500点	4対1
	救命救急入院料4 イ 救命救急入院料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
A301 特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料2 イ 特定集中治療室管理料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料3	1,000点	2対1
	特定集中治療室管理料4 イ 特定集中治療室管理料 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000点	2対1
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料1	500点	4対1
	ハイケアユニット入院医療管理料2	500点	5対1
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	750点	3対1
A301-4 小児特定集中治療室管理料	1 7日以内の期間	1,000点	2対1
	2 8日以上期間	1,000点	2対1

A302 新生児特定 集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	750 点	3 対 1
	新生児特定集中治療室管理料 2	750 点	3 対 1
A303 総合周産期 特定集中治療室管 理料	母体・胎児集中治療室管理料	750 点	3 対 1
	新生児集中治療室管理料	750 点	3 対 1

本資料 p.20 (8) ⑤で示す「別表3」

(70歳未満)

(単位：円)

高額療養費自己負担限度額の所得区分	(参考) 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
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	252,600+ 医療費比例額	242,600
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	167,400+ 医療費比例額	157,400
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	80,100+ 医療費比例額	70,100
～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	57,600	37,600
住民税非課税	35,400	15,400

※ 高額療養費の多数回該当の場合は、それぞれの所得区分について、公費による減額後の自己負担額と、多数回該當時の自己負担限度額とのいずれか低い方を適用する。この場合、上段から順に140,100円、93,000円、44,400円、37,600円、15,400円となる。

(70 歳以上)

(単位：円)

高額療養費自己負担限度額の所得区分	(参考) 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
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	252,600+ 医療費比例額	242,600
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	167,400+ 医療費比例額	157,400
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	80,100+ 医療費比例額	70,100
～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	57,600	37,600
住民税非課税	24,600	4,600
住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	0

- ※1 高額療養費の多数回該当の場合は、それぞれの所得区分について、公費による減額後の自己負担額と、多数回該当時の自己負担限度額とのいずれか低い方を適用する。この場合、上段から順に 140,100 円、93,000 円、44,400 円、37,600 円、4,600 円、0 円となる。
- ※2 75 歳となったことで国民健康保険等から後期高齢者医療制度に異動する際、75 歳到達月については、前後の保険制度でそれぞれ高額療養費の自己負担限度額を 2 分の 1 とする特例が設けられていることに鑑み、今般の公費による減額措置においても、75 歳到達月における公費による減額後の自己負担額は、前後の保険制度でそれぞれ上段から順に 121,300 円、78,700 円、35,050 円、18,800 円、2,300 円、0 円となる。

現在確認中の事項

令和5年3月31日発出の「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」の内容を精読したところ、従前の臨時的取扱いで算定可能とされていた項目が一部記載されておらず、今後も算定可能か厚生労働省に確認したところ、「当該通知に記載が無い項目は認められない。」との回答がありました。

これを受けて、関東信越厚生局に以下の項目について確認しておりますが、現時点で回答がきておりません。回答があり次第、おってお知らせする予定です。

質問1

「1. 外来における対応に係る特例」「(1) 疑い患者の診療に係る特例について」の①において、『令和5年8月末までの間に外来対応医療機関へ移行する医療機関についても、院内トリアージ実施料(300点)を算定できる。』としているが、令和5年8月末までに移行できなかった医療機関は、算定開始日に遡り返還することとなるのか？

質問2

「1. 外来における対応に係る特例」の「(1) 疑い患者の診療に係る特例について」④において『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、院内トリアージ実施料(300点)又はB000の2の点数(147点)を算定できる。』としているが、外来診療料を算定する保険医療機関であっても本加算は算定可能か？

質問3

「1. 外来における対応に係る特例」「(2) 療養指導に係る特例について」の①において『外来において、家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の療養上の指導を実施した場合にB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数(147点)を発症日から起算して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。』としている。

①「療養上の指導」とは、具体的に指導内容が示されるのか？それとも、医師が患者の症状等を勘案し、指導すればいいのか？

②本特例は、5月7日以前算定していた「救急医療管理加算1」(950点)が変更されたものだが、5月7日以前は、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)について併算定が可能であった。本特例についても算定は可能か？

質問4

「1. 外来における対応に係る特例」「(3)その他加算の取扱い等について」の①において、『なお、休日又は深夜に診察を実施する場合に、当該保険医療機関を「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関等とみなし、休日加算又は深夜加算について、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。』とあるが、なお書き以降の対応について、従前は発熱患者等とし新型コロナウイルス感染症患者等以外の患者についても休日加算を算定していたが、5類移行後に休日加算を算定できるのは、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者のみなのか？

(例:該当する休日の発熱外来等の対応診療時間内に、骨折患者を診察した場合)

質問5

「9. 入院調整に係る特例」において、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、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)を算定できるとしている。

- ①電話再診等による診察により入院調整を行い、FAX等により診療情報提供書を入院医療機関に提供した場合でも算定可能か？
- ②本特例については、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)を併算定することは可能か？
- ③上記、質問3のB000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数(147点)との併算定は可能か？

質問6

「7. 高齢者施設等における特例」「(1)施設内療養に係る特例について」の④において『介護医療院等又は介護老人福祉施設等に入所する者が感染した場合について、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。』とされているが、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算等の加算は算定可能か？