

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」の一部改正 (保医発 0901-1)	p.65
事	令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い (9/7 保険局医療課)	p.65
事	紹介状なしで受診する場合等の「特別の料金」の見直し (9/9 保険局医療課)	p.68
事	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 (その75~77) (9/13, 27 保険局医療課)	p.68
通	後期高齢者医療制度における一部負担金の負担割合の見直しに係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載 (保医発 0913-6)	p.70
事	「後期高齢者医療制度における一部負担金の負担割合の見直しに係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載について」に関する疑義解釈資料の送付 (9/13 保険局医療課)	p.70
事	後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う配慮措置に係る事務処理等 (9/15 保険局高齢者医療課)	p.70
通	医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い (保医発 0926-1)	p.71
事	疑義解釈資料の送付 (その28) (9/27 保険局医療課)	p.72
通	「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正 (9/28 保医発 0928-1)	p.73
事	後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い (9/29 保険局医療課)	p.74
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (9/30 告示 305)	p.75
通	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正 (保医発 0930-7)	p.75
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0930-9)	p.75
他	主な施設基準の届出状況等・主な選定療養に係る報告状況 (9/14 中医協)	p.76

*本欄で示す“p.00”は、原則“診療点数早見表(DPC点数早見表)2022年4月版”ページ数です。

通

「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」の一部改正

令和4年9月1日
保医発 0901 第1号

〔最終改正(8月号p.66)より、下線部訂正〕

「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」(令和2年3月4日付け健発 0304 第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)において、(中略)、

感染症指定医療機関等が実施した抗原検査料〔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及びSARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出〕及び

検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料(初再診料などは含まない)(以下「抗原検査料等」という)に係る自己負担に相当する金額についても、同様に委託することが可能とされた。

事

令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い

令和4年9月7日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和4年10月1日以降も算定する場合に施設基準の届出が必要なもの等が取りまとめられました。また、下記の届出対象

象について、令和4年10月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについ

ては、同月1日にさかのぼって算定することができますとされています。

令和4年10月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

●基本診療料

区分	項番	届出対象(令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準
入院基本料	1	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準(注)ただし、令和4年3月31日時点で、許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関の急性期一般入院料1の病棟であって、重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価を行っている病棟を除く	令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料1~5、7対1入院基本料〔結核、特定機能病院(一般病棟)、専門病院〕、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準
	2	有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算	令和4年3月31日時点で、有床診療所入院基本料の届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」の基準を満たしているものとみなす。	有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算

入院基本料等加算	3	障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る） 看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算 精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算	令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算等に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。	障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注3に規定する夜間看護体制加算 看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る） 看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算 精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算
	4	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。	急性期充実体制加算
	5	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても1回目を令和4年9月30日までの間に開催すること。	急性期充実体制加算
	6	病棟薬剤業務実施加算1〔小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る）の届出を行っているものに限る〕	令和4年3月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和4年9月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。	病棟薬剤業務実施加算1
	7	入退院支援加算1	1の(4)に掲げる「連携医療機関」等の規定については、令和4年3月31日において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。	入退院支援加算1
	8	地域医療体制確保加算	令和4年3月31日時点で現に地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することに係る基準を満たしているものとする。	地域医療体制確保加算
特定入院料	9	救命救急入院料2及び4における重症度、医療看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室においては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	救命救急入院料2及び4
	10	特定集中治療室管理料における重症度、医療看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室においては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	特定集中治療室管理料
	11	特定集中治療室管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室においては、令和4年9月30日までの間に限り、8の(4)の基準を満たしているものとみなす。	特定集中治療室管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算
	12	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4
	13	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料2または4
	14	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料
	15	地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院医療管理料1又は2(100床以上の医療機関)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。	地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院医療管理料1又は2
	16	精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算1～3	令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。	精神科救急医療体制加算1 精神科救急医療体制加算2 精神科救急医療体制加算3



17	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟（特定機能病院に限る）については、令和4年9月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
----	----------------------	--	----------------------

令和4年10月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

●特掲診療料

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件（概要）	引き続き算定する施設基準
医学管理料	18	がん患者指導管理料イ	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	がん患者指導管理料イ
	19	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連携に係る基準を満たしているものとする。	一般不妊治療管理料
	20	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く）に係る基準を満たしているものとする。	生殖補助医療管理料
	21	外来腫瘍化学療法診療料	令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間、専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。 また、令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている診療所については、やむを得ない理由等により院内に常時1人以上配置することが困難な場合であって、電話等による緊急の相談等に医師、看護師又は薬剤師が24時間対応できる連絡体制が整備され、患者に周知している場合においては、令和6年3月31日までの間に限り、外来腫瘍化学療法診療料2を届け出てもよいものとする。なお、その場合においては、令和4年10月1日以降の算定に当たり、別添2の様式39を用いて届出を行う必要があり、その際、院内に常時1人以上配置することが困難な理由を添えること。	外来腫瘍化学療法診療料
在宅	22	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
リハビリ	23	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び2	令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の医科点数表区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算1及び加算2に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととする。また、摂食嚥下機能回復体制加算1の経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び2
手術	24	精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との連携に係る基準を満たしているものとする。	精巣内精子採取術
訪問看護	25	機能強化型訪問看護管理療養費	令和4年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1又は2の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和4年9月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。	機能強化型訪問看護管理療養費

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

令和4年10月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

●基本診療料

区分	項番	対象（令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	引き続き算定する施設基準
初再診料	1	機能強化加算	令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準、地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応を行っている常勤の医師を配置していることに係る基準、地域におけるかかりつけ医機能として対応を行っていることについて当該保険医療の見やすい場所及びホームページ等に掲示していることに係る基準、を満たしているものとする。	機能強化加算
入院料	2	急性期一般入院料6	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料6を届け出ている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、引き続き令和4年度改定前の点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。	急性期一般入院料6
	3	療養病棟入院基本料	令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。	療養病棟入院基本料
	4	療養病棟入院基本料	令和4年3月31日において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。	療養病棟入院基本料

5	重症患者初期支援充実加算	特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスについて、開催が困難な場合にあっては、令和4年9月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。	重症患者初期支援充実加算
6	救命救急入院料1及び3における重症度、医療看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	救命救急入院料1及び3
7	脳卒中ケアユニット入院医療管理料における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
8	地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。	地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る）

●特掲診療料

区分	項番	対象〔令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関等（令和4年4月に新たに創設された施設基準含む）〕	経過措置に係る要件（概要）	引き続き算定する施設基準
医学管理	9	こころの連携指導料（Ⅰ）	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。	こころの連携指導料（Ⅰ）
リハビリ	10	疾患別リハビリテーション料	令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。	疾患別リハビリテーション料

事

紹介状なしで受診する場合等の「特別の料金」の見直し

令和4年9月9日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和4年10月1日より、紹介状なしで受診する場合等にかかる「特別の料金」の制度が一部変更されます。

- 今般の見直しは、令和2年12月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」をふまえ、外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診する患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直すものとなっています。
- 具体的には、令和4年10月1日より、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合等にかかる「特別の料金」を徴収する対象医療機関が拡大されるとともに、その金額が増額されます。

例：紹介状なしで受診する初診患者の「特別の料金」が現在5,000円の場合は、約2,000円が増額となり、7,000円以上となります。

※「特別の料金」は消費税の課税対象となります。対象医療機関においては、消費税分を含めて上記の額以上を徴収していただくことになります。

対象医療機関：特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院に加え、一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関（令和5年3月頃、都道府県より公表を予定）。

- なお、患者から徴収する「特別の料金」は増額されますが、医療機関に対しての保険給付から一定額（例：初診の場合、200点）を差し引くこととしています。
- ※ 保険給付と患者の支払う一部負担金

は非課税ですが「特別の料金」は消費税の課税対象となります。「特別の料金」の設定額によっては、医療機関の総収入が変化する場合があります。〔なお、「特別の料金」のうち、2,000円にかかる消費税分182円（1円未満を四捨五入）は医療機関の負担となります〕

- 当該制度について、医療機関における患者等へのご説明の際には、別添のリーフレットを御活用頂きますようお願い申し上げます。なお、リーフレットは各医療機関にて編集して御使用頂くために、厚生労働省ホームページにも掲載しております。（参考）厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26666.html

事

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（その75～77）

令和4年9月13日、27日
保険局医療課事務連絡

その75（令和4年9月13日）

問1 介護療養病床等に入院している者又は介護医療院若しくは介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者であって、病床ひっ迫時に、やむを得

ず当該施設内での入所を継続し療養を行う者に対して、ラゲブリオカブセル200mg（成分名：モルヌピラビル）（以下「本剤」という）を、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行った

うえで投与した場合に、特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第16第2号に規定する内服薬のうち、「抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能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り」とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できるか。

答 算定可。なお、調剤料等の算定については、特に定めのない限り、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）等に基づき取り扱うことに留意されたい。

その 76（令和 4 年 9 月 27 日）

問 1 入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対し、必要な感染予防策を講じた上で疾患別リハビリテーションを実施した場合において、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 9）」（令和 2 年 4 月 8 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4 月 8 日事務連絡」という）の 2（2）に示される二類感染症患者入院診療加算（250 点）について、どのように考えればよい。

答 当該点数については、「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、疾患別リハビリテーションを実施し、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又は H003 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 回算定できる。

なお、地域包括ケア病棟入院料等、疾患別リハビリテーションに係る費用が当該入院料に含まれる特定入院料を届け出ている病棟においても、上記と同様の疾患別リハビリテーションを実施した場合に、1 日につき 1 回算定できる。

また、4 月 8 日事務連絡の 2（2）における二類感染症患者入院診療加算（250 点）と併算定して差し支えない。

問 2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 31）」（令和 2 年 12 月 15 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「12 月 15 日事務連絡」という）の 2 において、「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、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、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、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）を算定できること」とされている。

この場合において、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12）」（令和 2 年 4 月 18 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4 月 18 日事務連絡」という）の 2 に示される救急医療管理加算 1 の 100 分の 200 に相当する点数（1,900 点）について、どのように考えればよい。

答 当該点数については、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が退院に関する基準（※ 1）を満たし、入院の勧告・措置（※ 2）が解除された後、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 30 日を限度として算定できる。

なお、12 月 15 日事務連絡の 2 に示される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）と併算定して差し支えない。

ただし、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 34）」（令和 3 年 1 月 22 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問 1 に示す救急医療管理加算 1（950 点）は併算定できないが、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 30 日を超過して入院する場合は、30 日を経過した日以降、60 日を限度として算定できることとなる。

問 3 問 2 について、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から、さらに、他の保険医療機関に転院した場合、4 月 18 日事務連絡の 2 に示される救急医療管理加算 1 の 100 分の 200 に相当する点数（1,900 点）について、どのように考えればよい。

答 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、必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、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、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）を算定できること」とされている。

答 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から、やむを得ない理由等により、他の保険医療機関に転院した場合であっても、当該点数は引き続き算定できる。ただし、二回目以降の転院については、入院の勧告・措置（※ 2）の終了後、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当該加算の算定日数を記載すること（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）。

※ 1 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 6 月 25 日健感発 0625 第 5 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）に定める退院に関する基準をいう。

※ 2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 19 条又は第 20 条に基づく入院の勧告・措置をいう。

その 77（令和 4 年 9 月 27 日）

問 1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 72）」（令和 4 年 7 月 22 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問 1 において、令和 4 年 9 月 30 日までの間算定できることとされている二類感染症患者入院診療加算（250 点）に関して、令和 4 年 10 月 1 日以降の取扱いについてどのように考えればよい。

答 令和 4 年 10 月 31 日までの間は、引き続き、当該加算を算定することができる。

問 2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 72）」（令和 4 年 7 月 22 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の問 2 において、令和 4 年 9 月 30 日までの間算定できることとされている電話や情報通信機器による療養上の管理に係る点数（147 点）に関して、令和 4 年 10 月 1 日以降の取扱いについてどのように考えればよい。

答 令和 4 年 10 月 31 日までの間は、引き続き、当該点数を算定することができる。

通

後期高齢者医療制度における一部負担金の負担割合の見直しに係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載

令和4年9月13日
保医発0913第6号

【解説】令和4年10月1日からの後期高齢者の一部負担金の負担割合の見直しに伴い、診療報酬明細書等の特定疾病療養（マル長）の記載の取扱いが変更されます。

(p.1558 左段2 枠目, 下線部訂正)

コード	略号	内容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① (略) ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示（中略）高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額

を超えた場合（略）

③ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者であって、特記事項「41」に該当する患者の入院外分の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額以下である場合

(p.1579 右段下から12～6行目, 下線部訂正)

27 後期高齢者医療におけるその他

ア 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を

提示（中略）高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額を超えた場合にあっては、（中略）現物給付化することが困難な場合を除く。

また、特記事項「41」に該当する患者の入院外分の診療報酬明細書については、その負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額以下である場合であっても、「特記事項」欄に「長」と表示する。

事

「後期高齢者医療制度における一部負担金の負担割合の見直しに係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載について」に関する疑義解釈資料の送付

令和4年9月13日
保険局医療課事務連絡

問1 今般の診療報酬明細書等の記載方法の見直しに伴い、保険医療機関等の作業は具体的にどのように変わるのか。また、保険医療機関等のシステム改修はどのように行うのか。

答 後期高齢者医療特定疾病療養受療証（以下「特定疾病療養受療証」という）を提示又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者について、従来、患者の負担額が1万円を超えた場合のみ、診療報酬明細書等に特記事項「02 長」を記載することとしていたが、今般、窓口負担割合が2割である患者（特記事項「41 区カ」に該当）については、外来療養に係る自己負担額（外来療養医療費の2割相当分）

が1万円以下である場合においても、特記事項「02 長」を記載することとした。

また、レセプトコンピュータ等を導入している保険医療機関等においては、2割負担の導入に伴う一連の改修において、当該レセプトコンピュータ等の業者により必要な対応が行われることとなるよう、一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）宛て同会会員各位に対し周知を依頼している。

問2 窓口負担割合が2割である患者について、特定疾病療養受療証を有すること等を保険医療機関等が把握していない場合、どのように取り扱うのか。

答 特定疾病療養受療証については患者本人から提示等があった場合に各保険医療機関等で所要の対応を行っているものであり、保険医療機関等から患者に対して積極的に特定疾病療養受療証の確認を行うことを求めているものではないところ、今回の見直し後においても、従来どおり、患者本人の提示等により保険医療機関等が把握している場合に対応すればよい。

なお、保険医療機関等が把握していない場合であっても、後日精算されることから、患者本人や当該保険医療機関等に不利益が生じるものではない。

事

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う配慮措置に係る事務処理等

令和4年9月15日
保険局高齢者医療課

【解説】10月より施行される、後期高齢者医療における一定以上所得者の窓口負担割合の見直し（1割→2割）に伴い、影響の大きな外来療養（訪問看護を含む）を受けた方について、施行後3年間、1カ月分の負担増が最大3000円に収まる配慮措置が導入されます。当該配慮措置に係る事務処理等の事務連絡が発出されました。

1 手書きで診療報酬請求書等を作成する医療機関等における配慮措置に係る事務処理について

○ 配慮措置は高額療養費の仕組みで行われるものであり、同一の月・同一の医療機関等における受診について、外来受診

での窓口負担の増加が3,000円に達した場合は、窓口負担の増加が3,000円に収まるよう、それ以上窓口で払わなくてよい取り扱い（いわゆる「現物給付」）とし、同月中のそれ以降の診療においては、1割負担分のみを窓口で払うこととしています。

○ 今般、現物給付での対応を原則としつつ、手書きで診療報酬請求書等を作成する医療機関等に関し、当該医療機関等の状況に応じ、やむを得ない場合には、以下の対応を行った上で、配慮措置の現物給付を行わないこととして差し支えない

こととします。

○ この場合、1ヶ月の負担増を3,000円までに抑えるための差額は、後期高齢者医療広域連合から当該医療機関等患者に対し、後日、高額療養費として払い戻されることとなります。

(1) 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載に当たっては、配慮措置の現物給付がないものとして取り扱い、窓口において2割の負担を求めたものとして記載する。なお、通常の高額療養費上限額（2割負担の場合、18,000円）に到達する場合には、必要な現物給付



を行った上で、適切に記載する。

- (2) 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の双方の上部余白に「2割」と朱書きで記載する。
- (3) 別添1(略)のリーフレットにより、患者に対して、配慮措置の現物給付を行わない旨を院内掲示等により表示する。

2 配慮措置に係る周知について

診療報酬の請求が適切かつ円滑に行われるよう、別添2(略)のリーフレットにより、患者に対して配慮措置に係る周知を行っていただくようお願いします。

3 配慮措置の導入に伴う診療報酬明細書の取扱い等について(再周知)

- 医療機関等においては、レセプトコンピュータ等の改修や、診療報酬明細書の作成に係る計算事例の確認等により、適切かつ円滑な請求を行っていただく必要

があるところ、加えて、適切かつ円滑な請求に資するため、別添3(略)のとおりに後期高齢者医療広域連合に対して、以下の事項について審査支払機関に要請するよう改めて事務連絡を発出しています。

(1) 診療報酬明細書等の作成に係る保険医療機関等からの相談について

診療報酬明細書等の作成に当たって、医療機関等から照会を受けた場合は、懇切丁寧にこれに応じるように努める。

(2) 配慮措置に係る計算が誤った診療報酬明細書の取扱いについて

配慮措置に係る計算が誤った診療報酬明細書について、審査支払機関から医療機関等に返戻を行うことが考えられるが、審査支払機関において診療報酬明細書を修正する取扱いとする場合、保険医療機関等における負担が軽減され、また、返戻処理と比べて、保険医療機関等への支払も迅速に済むという利点が考えられる

ことから、可能な限り審査支払機関において診療報酬明細書を修正する取扱いとする等、保険医療機関等における事務負担を踏まえつつ、柔軟に取り扱うようにする。

なお、診療報酬明細書を修正した場合には、当該修正内容を増減点連絡書により医療機関等に通知するなど、その内容が医療機関等にも伝達されるようにする。加えて、修正に当たっては、医療機関等に修正の理由等を説明することにより、配慮措置に係る計算の誤りが可能な限り再度発生しないようにすることが考えられる。

- 上記配慮措置に係る計算が誤った診療報酬明細書の取扱いについては、具体的には、審査支払事務の状況を踏まえ、後期高齢者医療広域連合及び審査支払機関の調整によって決定されることとなりますが、御承知置ください。

通

医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い

令和4年9月26日
保医発 0926 第1号

(p.578 右段 8 行目の次に挿入)

- **アジスロマイシン水和物【内服薬・注射薬】**〔主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの／アジスロマイシン水和物〕〔ジスロマック錠(250)、ジスロマック点滴静注用(500)、ジスロマック細粒小児用10%、ジスロマックカプセル小児用100mg、ほか後発品あり〕
- (1) 原則、「小児副鼻腔炎」、「百日咳」に対して処方・使用した場合、当該使用事例を審査上認める。
- (2) 原則、「現行の適応症について小児」に対して処方・使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.578 右段 12 行目の次に挿入)

- **アセタゾラミド【内服薬】**〔利尿剤／アセタゾラミド〕(ダイアモックス末、ダイアモックス錠250mg)
- (1) 原則、「周期性四肢麻痺」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
- (2) 原則、「発作性失調症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.579 左段 21 行目の次に挿入)

- **L-アルギニン塩酸塩【内服薬】**〔他に分類されない代謝性医薬品／L-アルギニン塩酸塩〕(アルギニ配合顆粒)：原則、「ミトコン

ドリア病」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.580 左段 12 行目の次に挿入)

- **シメチジン【内服薬】**〔消化性潰瘍用剤／シメチジン〕(タガメット錠、タガメット細粒20%、カイロック細粒40%、ほか後発品あり)：原則、「PFAPA症候群」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.580 左段 17～19 行目、下線部訂正)

- 47 **スピロノラクトン【内服薬】**〔利尿剤／スピロノラクトン〕(アルダクトンA細粒、アルダクトンA錠、ほか後発品あり)
- (1) 原則、「腎性尿崩症」に対して処方した場合、(中略)
- (2) 原則、「低カリウム性周期性四肢麻痺」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.580 右段 1～5 行目、下線部訂正)

- 58 **ドキシサイクリン塩酸塩水和物【内服薬】**〔主としてグラム陽性・陰性菌、リケッチェア、クラミジアに作用するもの／ドキシサイクリン塩酸塩水和物〕〔ビブラマイシン錠(50)・(100)〕
- (1) 原則、「熱帯熱マラリア」、(中略)
- (2) 「小児のリケッチェア感染症」に対して

処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.581 左段 6 行目の次に挿入)

- **フロセミド【内服薬】**〔利尿剤／フロセミド〕(ラシックス錠、ほか後発品あり)：原則、「高カリウム性周期性四肢麻痺」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.581 右段 7～9 行目、下線部訂正)

- 90 **メトトレキサート【内服薬】**〔他に分類されない代謝性医薬品／代謝性拮抗剤〕(リウマトレックスカプセル2mg、ほか後発品あり)
- (1) 原則、「多発性筋炎・皮膚筋炎」に対して、(中略)
- (2) 原則、「若年性皮膚筋炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
- (3) 原則、「高安静脈炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
- (4) 原則、「ANCA関連血管炎(顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症)」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.594 左段 19 行目の次に挿入)

- **L-アルギニン塩酸塩【注射薬】**〔他に

分類されない代謝性医薬品/L-アルギニン塩酸塩(アルギン点滴静注 20g 10% 200mL): 原則、「ミトコンドリア病」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.596 右段下から 34 ~ 32 行目, 下線部訂正)

事

疑義解釈資料の送付(その 28)

令和 4 年 9 月 27 日
保険局医療課事務連絡

【初診料, 外来診療料】

問 1 A000 初診料の注 2 及び注 3 並びに A002 外来診療料の注 2 及び注 3 における紹介割合及び逆紹介割合(以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という)の計算等について「疑義解釈資料の送付について(その 1)」(令和 4 年 3 月 31 日事務連絡)別添 1 の問 2, 3 において示されているが, 令和 3 年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合, 令和 5 年 4 月 1 日までに令和 4 年度中の任意の連続する 6 か月の実績に係る報告を行う必要があるか。

答 令和 3 年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合においては, 必要ない。

【サーベイランス強化加算】

問 2 A000 初診料の注 13, A001 再診料の注 17 に規定するサーベイランス強化加算の施設基準において, 「院内感染対策サーベイランス(JANIS), 感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等, 地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが, 「診療所版 J-SIPHE」は該当するか。

答 該当する。なお, 参加にあたっては, 少なくとも抗菌薬情報と微生物・耐性菌情報を提出している必要がある。

また, 保険医療機関が新たに診療所版 J-SIPHE に参加する場合, 令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り, 診療所版 J-SIPHE の参加申込書を窓口へ提出した時点から当該要件を満たすものとして差し支えない。この場合, サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際に, 当該参加申込書の写しを添付すること。

さらに, 参加医療機関から脱退した場合は, 速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げること。

92 メトトレキサート【注射薬】(代謝拮抗剤/メトトレキサート)(注射用メトトレキサート 5mg/注射用メトトレキサート 50mg メトトレキサート点滴静注液 200mg/メトトレキサート点滴静注液 1000mg)

【高血圧症治療補助プログラム加算】

問 3 B100 に追加された高血圧症治療補助プログラム加算について, 第 2 章第 1 部第 1 節医学管理料等との関係をどのように考えればよいか。

答 高血圧症治療補助プログラム加算については, 第 2 章第 1 部第 2 節プログラム医療機器等医学管理加算を準用していることから, 第 2 章第 1 部第 1 節医学管理料等のうち要件を満たすものを算定する場合に, 当該加算を算定できる。

【下肢創傷処置管理料】

問 4 B001 の「36」下肢創傷処置管理料の施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」については, 「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)別添 1 の問 145 で示された研修の他, 一般社団法人日本フットケア・足病医学会「下肢創傷処置・管理のための講習会」は該当するか。

答 該当する。

【一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度】

問 5 許可病床数が 200 床以上 400 床未満の保険医療機関の病棟であって, 急性期一般入院料 1 を算定する病棟における一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について, 令和 4 年 3 月 31 日時点で一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた病棟については, どのように考えればよいか。

答 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和 4 年厚生労働省告示第 55 号)第 11 の 5 のとおり, 令和 4 年 9 月 30 日までの経過措置が設けられていることから, 「疑義解釈資料の送付について(その 1)」(令和 4 年 3 月 31 日事務連絡)別添 1 の問 39 において示され

(1) 原則, 「造血幹細胞移植における移植片対宿主病(GVHD)の管理」に対して, (中略)

(2) 原則「悪性リンパ腫」に対して使用した場合, 当該使用事例を審査上認める。

ているとおり, 令和 4 年 10 月 1 日に届出を行う必要があるものであり, 令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合においては, 遅くとも令和 4 年 7 月 1 日から, 令和 4 年度診療報酬改定後の評価票を用いて評価を行い, 届出を行う必要がある。

なお, 一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っている病棟については「疑義解釈資料の送付について(その 1)」(令和 4 年 3 月 31 日事務連絡)別添 1 の問 40 のとおり。

(参考) 許可病床数 200 床以上 400 床未満の急性期一般入院料 1 の重症度, 医療・看護必要度に係る経過措置

令和 4 年 3 月 31 日時点	経過措置
必要度Ⅰを用いて評価を行っていた医療機関	令和 4 年 12 月 31 日まで, なお従前の例による。
必要度Ⅱを用いて評価を行っていた医療機関	令和 4 年 9 月 30 日まで, 必要度に係る基準に該当するものとみなす。

【紹介状なしで受診する場合等の定額負担等】

問 6 令和 4 年 10 月 1 日より紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合等にかかる「特別の料金」を徴収する対象医療機関が拡大されるとともに, その金額が増額されるが, 「特別の料金」を新たに定める又は変更する場合に, どのような手続きを行えばよいか。

答 『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について』の別紙様式 2 により地方厚生(支)局に報告をする必要がある。

問 7 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合等にかかる「特別の料金」について, 令和 4 年 10 月より厚生労働大臣が定める額が 5,000 円から 7,000 円に増額されるが, 消費税については,

平成 28 年 3 月 31 日に発出された疑義解釈資料の問 197 と同様の取扱いでよい。

答 そのとおり。消費税を含めて、告示で定める金額（7,000 円）以上の金額を社

会的にみて妥当適切な範囲で徴収していればよい。

(参考)「疑義解釈資料の送付について」(平成 28 年 3 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡) 問 197 定額負担には、消費税分は含まれるのか。

例えば、医科の初診の金額について消費税分を含めて 5,000 円とすることは許容されるのか。
(答) 含まれる。消費税分を含めて、告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していればよい。

通

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正

令和 4 年 9 月 28 日
保医発 0928 第 1 号

【解説】10 月 1 日から適用の告示第 269 号（医学通信社 HP「追補」の『診療点数早見表 2022 年 4 月版』に「追補 3」として掲載）に伴う改訂通知が発出されました。

(p.1561 右段下から 20～18 行目、下線部訂正)

(15)「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による（中略）及

び規格について」(令和 4 年 4 月 22 日付保発 0422 第 1 号)（本通知が改正された場合は、改正後の通知による。以下同じ）別添 3 に規定する傷病名を用いる。（以下略）

(p.1564 左段下から 20 行目、下線部訂正)

イ「初診」欄について

(エ) 外来感染対策向上加算、連携強化加

算、サーベイランス強化加算又は医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合は、(以下略)

(p.1564 右段上から 12 行目、下線部訂正)

(ク) 外来感染対策向上加算、連携強化加算又はサーベイランス強化加算又は電子的健康医療情報活用加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、(以下略)

(p.1615 上から 5 枠目「SARS-CoV-2 核酸検出」、下線部削除)

検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載する	830100510	検査を実施した施設名 (SARS-CoV-2 核酸検出)；*****
---	-----------	------------------------------------

(p.1616 上から 1 枠目「SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出」、下線部削除)

検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載する	830100517	検査を実施した施設名 (SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出)；*****
---	-----------	---

(p.1645「別表Ⅲ」上から 1 枠目「D009 の 8 前立腺特異抗原 (PSA)」の「記載事項」欄、下線部訂正)

(前立腺癌の確定診断がつかず 2 回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載する

(p.1645「別表Ⅲ」下から 2 枠目『医薬品 新鮮凍結血漿 -LR「日赤」120, 新鮮凍結血漿 -LR「日赤」240, 新鮮凍結血漿 -LR「日赤」480』の「レセプトコード」欄～「重複レセプトコード」欄に挿入)

880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値（新鮮凍結人血漿）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日" 検査値：*****		
-----------	--	--	--

(p.1650 左段「初診」欄の最終枠「A000 電子的保健医療情報活用加算」、下線部訂正)

A000	医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	医シ A
A000	医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2：電子資格確認により患者に係る診療情報を取得等した場合	医シ B

(p.1650 左段下から 6 枠目「A001 電子的保健医療情報活用加算」、下線部削除)

A001	電子的保健医療情報活用加算	再電
------	---------------	----

(p.1650 右段上から 9 枠目「A002 電子的保健医療情報活用加算」、下線部削除)

A002	電子的保健医療情報活用加算	外電
------	---------------	----

(p.1656 左段「『医学管理』欄」の上に挿入)

「その他」欄		
A500	看護職員処遇改善評価料 1	看処遇 1
A500	看護職員処遇改善評価料 165	看処遇 165

事

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い

令和4年9月29日
保険局医療課事務連絡

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いについて

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

- ① 小林化工株式会社及び日医工株式会社に対する医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）による行政処分等を契機として令和4年7月1日時点で供給が停止されていると医政局医薬産業振興・医療情報企画課に報告があった医薬品（以下「供給停止品目」という）のうち、別添2（略）に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」、「後発医薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注8に規定する減算（後発医薬品減算）（以下「加算等」という）における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合（以下「新指標の割合」という）を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和4年10月診療分から適用することとし、令和5年3月31日を終期とする。

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

また、①の取扱いについては、1月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近3月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該3月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合につい

て①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については従前通り算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうか確認する。

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

なお、この場合において前月と加算等の区分に変更が生じなくとも報告の対象となることに留意する。

また、①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発第0304第2号）及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第3号）に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

(2) (1)の③の報告時期について

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

- ① 令和4年10月～11月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和4年11月30日（水）までに、令

和4年6月～10月診療における実績等について報告

- ② 令和4年12月～令和5年2月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：

令和5年2月28日（火）までに、令和4年8月～令和5年1月診療における実績等について報告（上記の①の報告を実施した場合も報告する）

2. その他の診療報酬の取扱いについて

別添1のとおりとする。

(別添1)

【共通】

問1 1(1)の①の取扱いにおいて、新指標の割合の算出対象から除外する際に、本事務連絡の別添2（略）に示す品目ではなく、令和4年3月4日に発出された事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の別添2（略）の品目を除外対象とすることは可能か。

答 本年7月1日時点の状況を踏まえて本事務連絡の別添2（略）に示す品目を示していることから、10月診療分以降の加算等の実績要件を判断するに当たっては、本年6月の新指標の使用割合については令和4年3月事務連絡の別添2-2（略）に示す品目を除外して、本年7月以降の新指標の使用割合については本事務連絡の別添2（略）に示す品目を除外して算出することができる。

【医科】

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

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

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和4年9月30日
告示第305号

第3 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療

(p.1544 右段下から 22 ～ 20 行目, 削除)

42 削除〔腎血管筋脂肪腫に対する腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるものに限る）〕

(p.1545 右段 21 行目の次に挿入)

66 術前のゲムシタビン静脈内投与及びナブパクリタキセル静脈内投与の併用療法〔切除が可能な膀胱がん（70歳以上80歳未満の患者に係るものに限る）〕

通

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正

令和4年9月30日
保医発 0930 第7号

(p.858 左段 13 ～ 14 行目, 下線部訂正)

→直線加速器による放射線治療（一連につき）

(3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場合のみ算定し、（以下略）（令4保医発0304・1、0930・7）

(p.989 左段下から 30 ～ 29 行目, 25 行目, 下線部訂正)

→経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの定義

【機能区分の定義】

⑦ 冷凍アブレーション用・バルーン型：再発性症候性の発作性心房細動（薬剤抵抗性を含む）又は薬剤抵抗性を有する症候性の持続性心房細動の治療を目的とし

て（以下略）

⑧ 冷凍アブレーション用・標準型

ア 次のいずれかに該当。

i 再発性症候性の発作性心房細動（薬剤抵抗性を含む）又は薬剤抵抗性を有する症候性の持続性心房細動の治療を目的とする（以下略）

通

検査料の点数の取扱いについて

令和4年9月30日
保医発 0930 第9号

(p.445 右段下から 14 行目の次に挿入)

→悪性腫瘍組織検査

(16) 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、BRAF 遺伝子検査を実施した場合にあっては、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。（令4保医発0930・9）

(p.488 左段下から 24 行目の次に挿入)

→ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）

ア ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）は、関連学会が定めるガイドラインに基づき、問診、身体所見又は他の検査所見から髄膜炎又は脳炎が強く疑われる患者に対して、脳脊髄液中の病原体の核酸検出を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、大腸菌、インフルエンザ菌、リステリア菌、髄膜炎菌、B群溶連菌、肺炎球菌、サイトメガロウイルス、ヒトヘルペスウイルス、ヒトパレコウイルス、エンテロウイルス、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス及びクリプトコックスの核酸検出を同時に行った場合に、本区分の「21」細菌核酸・

薬剤耐性遺伝子同時検出の所定点数を準用し、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

イ 本検査は、小児科、神経内科、脳神経外科又は救急科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている場合に限り算定する。なお本区分の「20」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準を届け出ている保険医療機関で実施する。

ウ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。

(イ) D012 感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルスに関する検査

(ロ) D012 感染症免疫学的検査「26」インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性

(ハ) D012 感染症免疫学的検査「35」クリプトコックス抗原定性

(ニ) D012 感染症免疫学的検査「37」単純ヘルペスウイルス抗原定性

(ホ) D012 感染症免疫学的検査「39」肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）

(ヘ) D012 感染症免疫学的検査「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）

(ト) D023 微生物核酸同定・定量検査「16」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量

(チ) D023 微生物核酸同定・定量検査「18」のサイトメガロウイルス核酸検出（令4保医発0930・9）

(p.868 右段 11 ～ 16 行目, 下線部訂正)

→ PD-L1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

(1) PD-L1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、（以下略）

(2) ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、次に掲げる場合において、患者1人につき1回に限り、本区分の所定点数を準用して算定できる。ただし、

次に掲げるいずれか1つの目的で当該検査を実施した後に、別の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できることとし、同一の目的において D004-2 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査若しくはリンチ症候群におけるマイクロサテライト不安

定性検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、いずれか1つの目的で当該検査を実施した後に、別の目的で当該検査を実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載する。

ア 抗PD-1 抗体抗悪性腫瘍剤の固形癌

患者への適応を判定するための補助に用いる場合

イ 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助に用いる場合

ウ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助に用いる場合

(令4保医発0304・1, 0930・9)