

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)

告	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の一部改正 (3/3 告示 59)	p.65
事	令和 5 年度における外来データ提出加算等の取扱い (3/7 保険局医療課)	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 (3/10 保険局医療課)	p.66
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 (3/13 保険局医療課)	p.67
告通	使用薬剤の薬価 (薬価基準) 及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等 / 使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等 (3/14 告示 70, 71, 保医発 0314・4)	p.68
通	新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等 (保医発 0320・1)	p.69
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 (保医発 0327・9)	p.70
事	疑義解釈資料の送付 (その 44, 45) (3/29, 30 保険局医療課)	p.70
事	令和 4 年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正 (3/29 保険局医療課)	p.71
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 81) (3/30 保険局医療課)	p.71
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 (3/31 告示 157)	p.72
通	検査料の点数の取扱い (保医発 0331・1)	p.72
告通	厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び定義副傷病名及び厚生労働大臣が別に定める者の一部改正等 (DPC/PDPS) (3/14 告示 73, 保医発 0314・3)	p.72
	* * *	
通	都道府県における今後の外来機能報告制度の運用等 (医政地発 0306・1)	p.74
事	医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の実施 / 医療法第 25 条第 3 項の規定に基づく立入検査の実施 (3/24 医政局地域医療計画課等)	p.75

* 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。

告

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の一部改正

令和 5 年 3 月 3 日
告示第 59 号

【解説】療担規則と療担基準に係る保険医の使用医薬品についての告示が一部改正されました。4 月 1 日からの適用です。

(p.1508 左段 6 ~ 7 行目, 下線部訂正)

第 6 療担規則第 19 条第 1 項本文及び療担基準第 19 条第 1 項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品
使用薬剤の薬価 (薬価基準) (中略) の
別表に記載されている医薬品 (令和 5 年

10 月 1 日以降においては別表第 1 に記載されている医薬品を, 令和 6 年 4 月 1 日以降においては別表第 2 に記載されている医薬品を除く) (以下略)

事

令和 5 年度における外来データ提出加算等の取扱い

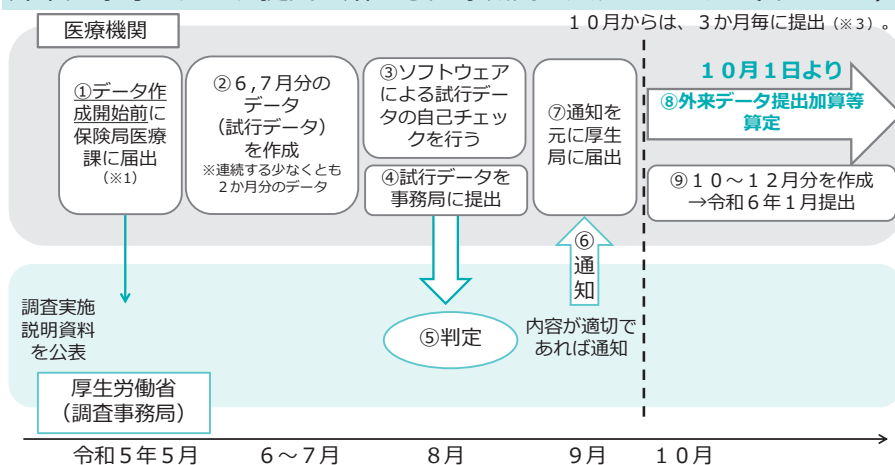
令和 5 年 3 月 7 日
保険局医療課事務連絡

外来医療等におけるデータ提出に係る評価として令和 4 年度診療報酬改定で新設された, B001-3 生活習慣病管理料注 4, C002 在宅時医学総合管理料の注 13, C002-2 施設入居時等医学総合管理料の注 7, C003 在宅がん医療総合診療料の注 7, H000 心大血管疾患リハビリテーション料の注 5, H001 脳血管疾患等リハビリテーション料の注 7, H001-2 廃用症候群リハビリテーション料の注 7, H002 運動器リハビリテーション料の注 7 及び H003 呼吸器リハビリテーション料の注 5 に規定するデータ提出加算等については, 「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」にその手続きの取扱いについて, お示ししているところです。

当該データの作成に当たっては, レセプトコンピューター等の改修を伴うことから,

令和 4 年度診療報酬改定 Ⅲ-2 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応-②

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール (イメージ)



※ 1 5/20までに厚生局を経由して届出 (施設の状態により若干時期が異なる)

※ 2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施 (必須)。

※ 3 提出データについては, より詳細な点検を厚生労働省 (調査事務局) にて実施し, データの追加提出を求める場合がある。

外来データ等の提出に係る「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（令和5年3月6日時点版）」を作成し下記のとおり掲載しましたので、貴管下の保険医療機関等の関係者に周知いただきますようお願いいたします。

なお、本資料に記載している内容及び方法については、今後変更となる可能性がありますのでご注意ください。

掲載先【厚生労働省ホームページ】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/0000188411_00037.html

ホーム＞政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療＞医療保険＞令和4年度診療報酬改定について

その他、関連情報

「2023年（令和5年度）外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料」【3,257KB】

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5年3月10日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和5年4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（医科に係るものを抜粋）について、令和5年4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るかとされています。

令和5年4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	経過措置に係る要件（概要）	引き続き算定する施設基準
入院基本料等	1	精神科急性期医師配置加算1	令和4年3月31日時点で旧医科点数表 A311 に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。	精神科急性期医師配置加算1
	2	精神科急性期医師配置加算1	令和4年3月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算1の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。	精神科急性期医師配置加算1
特定入院料	3	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の7にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算
	4	地域包括ケア病棟入院料（一般病床に限る）（令和4年4月1日以降に右記施設基準に関して別添7の様式50を届け出ている医療機関を除く）	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については、令和5年3月31日までの間に限り、なお従前の例によることことができる。※在宅要件（在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院、訪問看護ステーションにかかる要件）又は救急要件（第二次救急医療機関又は救急告示にかかる要件）のどちらかのみ満たしていればよい。	地域包括ケア病棟入院料

●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
画像診断	5	画像診断管理加算3に関する施設基準	令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。	画像診断管理加算3
専門療法	6	救急患者精神科継続支援料	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。	救急患者精神科継続支援料
処置	7	人工腎臓にかかる導入期加算2	令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の（2）のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。	人工腎臓にかかる導入期加算2

※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5年4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	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	初診料の注2及び注3、外来診療料の注2及び注3に規定する保険医療機関	紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。	初診料又は外来診療料
	2	連携強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。	連携強化加算
基本入院料	3	地域一般入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料	令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に	地域一般入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料

基本料 入院	3	特殊疾患入院管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 (全て許可病床数 200 床以上に限る)	係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が 200 床以上のものにあっては、令和 5 年 3 月 31 日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。	特殊疾患入院管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 (全て許可病床数 200 床以上に限る)
	4	急性期充実体制加算	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和 5 年 4 月 1 日以降に適用するものとする。	急性期充実体制加算
入院基本料等加算	5	急性期充実体制加算	公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和 5 年 3 月 31 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
	6	診療録管理体制加算	令和 4 年 3 月 31 日において、現に診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 400 床以上のものに限る）については、令和 5 年 3 月 31 日までの間、専任の医療情報システム安全管理責任者の設置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。	診療録管理体制加算
	7	感染対策向上加算 2	令和 4 年 3 月 31 日において、旧医科点数表 A234-2 の感染防止対策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 5 年 3 月 31 日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。	感染対策向上加算 2
	8	感染対策向上加算の注 2 に規定する指導強化加算	令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。	感染対策向上加算の注 2 に規定する指導強化加算
	9	感染対策向上加算の注 3 に規定する連携強化加算	令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。	感染対策向上加算の注 3 に規定する連携強化加算
入院特定	10	回復期リハビリテーション入院料 5・6 (旧点数)	令和 4 年 3 月 31 日時点で、回復期リハビリテーション入院料 5 又は 6 の届出を行っている病棟については、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。	回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (新点数)

●特掲診療料

区分	項番	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
手術・処置等	13	処置等の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準	令和 4 年 3 月 31 日時点で時間外加算 1 等の届出を行っている保険医療機関については、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、当直回数の基準を満たしているものとする。	処置等の休日加算 1、時間外加算及び深夜加算 1 の施設基準

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 5 年 3 月 13 日
保険局医療課事務連絡

【解説】「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」(令和 4 年 9 月 29 日保険局医療課事務連絡)(2022 年 10 月号, p.74)の発出後も、依然として後発医薬品の供給停止や出荷調整が続く、代替後発医薬品の入手が困難な状況となっていることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等が取りまとめられました。

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 5 年 1 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 2-1 (略) 及び別添 2-2 (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 5 年 4 月診療分から適用することとし、令和 5 年 9 月 30 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 2-1 及び別添 2-2 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「後発医薬品使用体制加算は様式 1-1 (略)、外来後発医薬品使用体制加算は様

式1-2（略）、後発医薬品調剤体制加算等は様式1-3（略）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日保医発第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5年4月～令和5年6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6月30日（金）までに、令和4年12月～令和5年5月診療における実績等について報告

② 令和5年7月～令和5年9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9月29日（金）までに、令和5年3月～令和5年8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に示す品目ではなく、令和4年9月29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の品目を除外対象とすることは

可能か。

答 本年1月1日時点の状況を踏まえて本事務連絡の別添2に示す品目を示していることから、4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、昨年12月の新指標の使用割合については令和4年9月事務連絡の別添2に示す品目を除外して、本年1月から3月の新指標の使用割合については本事務連絡の別添2-1に示す品目を除外して、本年4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2-2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 通

使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等／ 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等

令和5年3月14日
告示第70号、71号、
保医発第0314第4号

【解説】使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部改正等告示（ともに3月15日から適用）と、それに伴う関連通知の一部改正が発出されました。

特掲診療料の施設基準等の一部改正（告示第70号第2条）

〔p.1406 右段11行目の次に挿入（2022年12月号 p.65 で最終訂正）〕

別表第9 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤

（略）

メトトレキサート製剤

チルゼパチド製剤

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に

基つき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正（告示第71号）

〔p.1509 右段下から26行目、下線部訂正（2022年12月号 p.66 で最終訂正）〕

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等

1 療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤……フレマネズマブ製剤（4週間に1回投与する場合に限る）、メトトレキサート製剤及びチルゼパチド製剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等（保医発第0314第4号）

〔p.421 右段下から7行目、下線部訂正（2022年12月号 p.66 で最終訂正）〕

→薬剤

(1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤……フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤及びチルゼパチド製剤

（令4保医発第0304・1、0428・8、0531・3、0817・4、0831・5、1115・9、令5保医発第0314・4）

〔p.1510 右段下から24行目の次に挿入〕

→揭示事項等告示の一部改正

チルゼパチド製剤について、揭示事項等告示第10第1号の「療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬」として定めたものである。

（令5保医発第0314・4）

通

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う公費支援の費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等

令和 5 年 3 月 20 日
保医発 0320 第 1 号

【解説】2023 年 3 月 17 日の事務連絡にて、新型コロナが 5 類感染症に変更されることに伴い、保険医療機関等による公費の請求に係る診療報酬明細書の記載等を取りまとめた通知が発出されました。なお、本通知発出に伴い、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について」（令 2 保医発 0430・4）及び「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」（令 2 保医発 0513・2、令 4 年 10 月 28 日最終改正）は廃止されます。

1 公費の種類について

新型コロナウイルス感染症に係る入院診療に要した費用（治療薬に係るものを除く）の一部を補助する公費（以下「一部補助」という）及び新型コロナウイルス感染症の治療薬に要した費用の全額を補助する公費（以下「全額補助」という）の 2 種類とし、公費負担者番号はそれぞれ別紙（略）のとおりとする。

2 「公費負担者番号」欄について

- 新型コロナウイルス感染症に係る入院診療を算定する場合は、保険医療機関の所在地に対応する一部補助の公費負担者番号を記載する。
- 新型コロナウイルス感染症の治療薬を算定する場合は、保険医療機関又は保険薬局の所在地に対応する全額補助の公費負担者番号（調剤報酬明細書において、処方箋を交付した保険医療機関と保険薬局の所在地が異なる場合には、保険薬局の所在地の公費負担者番号）を記載する。
- 一部補助の公費負担者番号と全額補助の公費負担者番号を同時に記載する場合は、一部補助の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に、全額補助の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に記載する。
- 他の公費負担医療制度による給付が行われる場合の記載順については、既存の法別番号 28 の公費負担医療「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よる一類感染症等の患者の入院（同法第 37 条）」と同様の取扱いとする。

3 公費負担医療の受給者番号について

公費負担医療の受給者番号は、「9999996

（7 桁）」を記載する。

4 「特記事項」欄について

オンライン資格確認等システム又は限度額適用認定証により、患者の所得区分を確認の上、患者の自己負担額が高額療養費又は一部補助の自己負担上限額を超える場合には、当該所得区分等に応じて、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号）の『「特記事項」欄について』において定める略号、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する。

なお、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する。

5 「療養の給付」欄について

本請求に係る「請求」の項には、実際に算定した新型コロナウイルス感染症の治療薬の合計点数及び入院患者における新型コロナウイルス感染症に係る診療の合計点数をそれぞれ記載する。

また、全額補助に係る「負担金額」又は「一部負担金」の項には「0 円」と記載し、一部補助に係る「負担金額」の項には、患者の所得区分に応じ、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の 8(2)③に掲げる公費による減額措置後の最大の自己負担限度額までの額を記載する。

記載例：「療養の給付」欄

- 入院の場合 1 特記事項：区ウ 70 歳未満
公費①：一部補助 公費②：全額補助
・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：102,500 点
・新型コロナウイルス感染症の治療薬：40,000 点

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

- 入院の場合 2 特記事項：区オ 70 歳

以上 低所得 I

公費①：一部補助 公費②：全額補助

- ・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：102,500 点
- ・新型コロナウイルス感染症の治療薬：40,000 点

療養の給付	保険	請求 点	※決定点	負担金額 (15,000)	円
		142,500		(15,000) 30,000	
				減額 割 (円) 免除・ 支払猶予	
	公費①	点	※ 点	0	円
	公費②	点	※ 点	0	円

- 入院の場合 3 特記事項：区オ 70 歳未満

公費①：一部補助 公費②：全額補助

公費③：生活保護（法別 12）

- ・新型コロナウイルス感染症に係る入院料など：102,500 点
- ・新型コロナウイルス感染症の治療薬：40,000 点

療養の給付	保険	請求	点	※決定点	負担金額	円
					(35,400)	
		142,500			(35,400)	
				70,800		
				減額 割 (円) 免除・支払猶予		
	公費①		点	※	点	円
		102,500			15,400	
	公費②		点	※	点	円
		40,000			0	

公費③請求：142,500 点 負担金額：0 円

- 外来の場合 特記事項：区ウ

公費①：全額補助

- ・初・再診料、検査料など：1,400 点
- ・コロナ治療薬：9,400 点

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

6 その他

その他の記載方法については、「診療報

酬請求書等の記載要領等について」による。

7 実施時期等

(1) 令和5年5月8日から実施する。

(2) 同年5月1日から5月7日までの間に入院した患者の入院に係る費用の請求方法については、5月31日までの間は、

なお従前の取扱いによるものとする。ただし、公費負担医療の受給者番号は、「9999996 (7桁)」を記載する。

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5年3月27日
保医発 0327 第9号

(p.1564 左段下から20～18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、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1又は2を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載する。ただし、令和5年12月31日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1における特例の点数を算定した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(特)を名称として記載する。

(p.1564 右段12～15行目、下線部訂正)

ウ「再診」欄について

(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を算定した場合は、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載する。

(ケ) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載する。なお、当該加算は令和5年12月31日までの診療分に限り算定できる。

(p.1567 右段下から5行目、下線部訂正)

カ「投薬」欄について

⑬ 外来後発医薬品使用体制加算1、2又は3を算定した場合は、(中略)「摘要」欄に名称を記載する。ただし、令和5年12月31日までの間に外来後発医薬品使用体制加算1、2又は3における特例の

点数を算定した場合は、外来後発医薬品使用体制加算1(特)、外来後発医薬品使用体制加算2(特)又は外来後発医薬品使用体制加算3(特)を名称として記載する。

(p.1570 右段10行目、下線部訂正)

サ「その他」欄について

(ア) 外来患者に対し処方箋を交付した場合は、(中略)「摘要」欄に名称を記載する。ただし、令和5年12月31日までの間に一般名処方加算1又は2における特例の点数を算定した場合は、一般名処方加算1(特)又は一般名処方加算2(特)を名称として記載する。

(p.1571 右段下から14行目の次に挿入)

(カ) 「入院基本料・加算」の項について

⑭ 令和5年12月31日までの間に後発医薬品使用体制加算1、2又は3の特例の点数を算定する場合は、後発医薬品使用体制加算1(特)、後発医薬品使用体制加算2(特)、後発医薬品使用体制加算3(特)を名称として記載する。

(p.1650 左段「初診」欄の最終枠の次に挿入)

A000	令和5年12月31日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定	医シA(特)
------	--	--------

(p.1650 右段2枠目の次に挿入)

A001	令和5年12月31日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定	医シC
A002		

(p.1653 右段下から26枠目「A243 後発医薬品使用体制加算3」の次に挿入)

A243	令和5年12月31日までの間に後発医薬品使用体制加算1の特例の点数を算定	後使1(特)
A243	令和5年12月31日までの間に後発医薬品使用体制加算2の特例の点数を算定	後使2(特)
A243	令和5年12月31日までの間に後発医薬品使用体制加算3の特例の点数を算定	後使3(特)

(p.1656 右段5枠目「F100 外来後発医薬品使用体制加算3」の次に挿入)

F100	令和5年12月31日までの間に外来後発医薬品使用体制加算1における特例の点数を算定	外後使1(特)
F100	令和5年12月31日までの間に外来後発医薬品使用体制加算2における特例の点数を算定	外後使2(特)
F100	令和5年12月31日までの間に外来後発医薬品使用体制加算3における特例の点数を算定	外後使3(特)

(p.1661 右段「その他」(院外処方)欄、下から2枠目「一般名処方加算2」の次に挿入)

F400	令和5年12月31日までの間に一般名処方加算1における特例の点数を算定	一般1(特)
F400	令和5年12月31日までの間に一般名処方加算2における特例の点数を算定	一般2(特)

(「DPC 点数早見表」p.513 左段下から13行目の次に挿入)

(14) その他について

⑭ 令和5年12月31日までの間に、後発医薬品使用体制加算の特例の点数を算定する場合は、「出来高部分」欄に後発医薬品使用体制加算1(特)、後発医薬品使用体制加算2(特)又は後発医薬品使用体制加算3(特)を記載する。

事

疑義解釈資料の送付(その44、45)

令和5年3月29日、30日
保険局医療課事務連絡

【解説】2022年診療報酬改定の疑義解釈に関する事務連絡が発出されました。

その44(令和5年3月29日)

【がんゲノム拠点病院加算】

問1 A232 がん拠点病院加算の注2に規定するがんゲノム拠点病院加算の施設基

準において、「『がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について』(令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康



局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること」とされているが、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知)に基づき、令和5年4月1日より新たにがんゲノム医療中核拠点病院等の指定が行われた場合、令和5年4月1日以降どのように取り扱えばよいか。

答 当該施設基準の規定については、令和5年4月1日以降、「『がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について』(令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること」と読み替える。

【がんゲノムプロファイリング検査】

問2 D006-19 がんゲノムプロファイリング検査について、「がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ (FASTQ 又は BAM)、解析データ (VCF 又は XML) 及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター (C-CAT) に提出する」とされているが、解析データについて、VCF 又は XML の形式のほか、C-CAT 検査データ転送システム利用規約を遵守した上で、YAML 形式で提出することは可能か。

答 可能。

【がんゲノムプロファイリング評価提供料】

問3 B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料について、「当該検査実施時に患者から得られた同意に基づき、当該患者のがんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ (FASTQ 又は BAM)、解析データ (VCF 又は XML) 及び臨床情報等を、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター (C-CAT) に提出した場合に算定する」とされているが、問2と同様、C-CAT 検査データ転送システム利用規約を遵守した上で、YAML 形式で解析データを提出した場合に算定できるか。

答 算定可。

その45 (令和5年3月30日)

【サーベイランス強化加算】

問1 A000 初診料の注13、A001 再診料の注17 及び A234-2 感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算について、「疑義解釈資料の送付について(その8)」(令和4年5月13日事務連絡)において、「保険医療機関が新たに JANIS 又は J-SIPHE に参加する場合、令和5年3月31日までの間に限り、JANIS 又は 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」とされているが、令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たに JANIS 又は J-SIPHE に参加する場合及び JANIS 又は J-SIPHE か

ら一度脱退した医療機関が再び参加する場合について、どのように考えればよいか。

答 令和5年4月1日以降に保険医療機関が新たに JANIS 又は J-SIPHE に参加し、当該加算の施設基準の届出を行う場合、JANIS 又は J-SIPHE にデータを提出していることを示す書類を添付する。

また、データ提出がないことにより参加登録を抹消される※など、JANIS 又は J-SIPHE から一度脱退した医療機関については、脱退した時点で速やかにサーベイランス強化加算の届出を取り下げの必要があり、その後再び JANIS 又は J-SIPHE に参加し、サーベイランス強化加算の施設基準の届出を行う際には、JANIS 又は J-SIPHE にデータを提出していることを示す書類を添付する。

※参考 「院内感染対策サーベイランス事業 (JANIS) に係る医療機関の参加要件について」(令和5年2月24日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)

【注射薬】

問2 ロイコボリン注3mgの出荷停止に伴い、関係学会から、他剤で代替ができない患者に対しては、レボホリナートカルシウムを使用するよう周知されているが、これに従った場合において、代替薬の有無等を考慮の上、診療報酬明細書の摘要欄に投与の理由を記載することにより、個々の症例ごとの医学的判断に基づき算定の可否が判断されるのか。

答 そのとおり。

事

令和4年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正

令和5年3月29日
保険局医療課事務連絡

(p.41 右段21～22行目、下線部訂正)

→初診料算定の原則

(13) 現に診療継続中の患者につき、(中略)この場合において、「注6」から「注15」

までに規定する加算は、算定できない。(以下略)

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81)

令和5年3月30日
保険局医療課事務連絡

問1 介護療養病床等に入院している者又は介護医療院若しくは介護老人保健施設に入所する新型コロナウイルス感染症であって、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、パキロビッドパック200mg(成分名:ニルマトレルビル/リトナビル)(以下「本剤」という)を、療養上

必要な事項について適切な注意及び指導を行ったうえで投与した場合に、特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第16第2号に規定する内服薬のうち、「抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有す

るものに限る)」とみなして、本剤に係る薬剤料を算定できるか。

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

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5年3月31日
告示第157号

【解説】先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の告示が更新されました。4月1日からの適用です。

第2 先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療

(p.1537 左段22行目～下から12行目, 削除)

1 削除 (高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術)

(p.1537 右段6～29行目, 下線部訂正)

2 陽子線治療

イ (略)

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

①～③ (略)

④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師又は補助を行う医師として10例以上の症例(効果があると認められるものに限る。以下同じ)を実施しており、そのうち当該療養を主として実施する医師として5例以上の症例を実施している。

(2) 保険医療機関に係る基準

①～④ (略)

⑤ 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第1条の11第2項第3号ロに掲げる医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実

施を確保するための体制(以下「医療機器保守管理体制」という)が整備されている。

⑥ (略)

⑦ 医療法施行規則第1条の11第1項第2号に掲げる医療に係る安全管理のための委員会(以下「医療安全管理委員会」という)が設置されている。

(p.1538 右段22～26行目, 下線部訂正)

6 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術

イ (略)

ロ 施設基準

(1) (略)

(2) 保険医療機関に係る基準

①～② (略)

③ 麻酔に従事する医師〔麻酔科につき医療法(昭和23年法律第205号)第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という〕が配置されている。

④～⑥ (略)

⑦ 緊急の場合における手術を実施する体制(以下「緊急手術体制」という)が整備されている。

(p.1542 左段下から8行目, 下線部訂正)

19 子宮内膜刺激術

イ (略)

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

① (略)

② 産婦人科専門医(公益社団法人日本産科婦人科学会が認定したものをいう。以下同じ)であり、(以下略)

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.1543 右段下から2行目～p.1544 左段1行目, 削除)

7 削除 (術前のS-1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びトラスツズマブ静脈内投与の併用療法)

(p.1545 左段21行目の次に挿入)

70 着床前胚異数性検査〔不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床若しくは妊娠に至っていない患者若しくは流産若しくは死産の既往歴を有する患者に係るもの又は患者若しくはその配偶者(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)が染色体構造異常を持つことが確認されているものに限る)

通

検査料の点数の取扱い

令和5年3月31日
保医発0331第1号

【解説】令和4年3月5日付け保医発0305第1号「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」が一部改正されました。4月1日からの適用です。

(p.475 左段下から8行目の次に挿入)

→糞便中カンピロバクター抗原(定性)

糞便中カンピロバクター抗原(定性)は、

カンピロバクター感染を疑う患者に対しイムノクロマト法により行った場合に本区分「38」肺炎球菌細胞壁抗原定性を準用して算定できる。

(令5保医発0331・1)