

保険請求の窓

発行：株式会社メディサージュ

E-mail：fbs.mediport@falco.co.jp

WEB：<https://mediport.recesta.jp/>

今回は「看護職員処遇改善評価料」についてです。

今回は「看護職員処遇改善評価料」についてです。

厚生労働省は8月10日の中医協総会において、2022年10月より看護職員の処遇改善に対する新たな評価項目を導入することを決定しました。

これは看護職員の収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを評価するもので、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関において、全入院患者（入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料を算定する患者）について、1日につき算定できる点数です。

そこで今回は「看護職員処遇改善評価料」の内容について、解説いたします。



■看護職員処遇改善評価料

<区分> A500

<保険点数> 看護職員処遇改善評価料 1 1点 ~ 看護職員処遇改善評価料 165 340点 までの165種類

<入外区別> 入院のみ

<算定回数> 1日につき

<留意事項>

◇地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、2022年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを評価

◇要届出

＜ポイント1＞ 対象は入院患者のみ

今回新設される項目で、2022年10月診療分より適用となる「看護職員処遇改善評価料」ですが、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、2022年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを評価したものです。

対象は入院患者のみで、全ての入院基本料・特定入院料・短期滞在手術等基本料において1日につき算定できる点数です。ただ、入院患者のみが対象ですので、日帰り手術等で外来レセプトを用いて算定する「短期滞在手術等基本料1」の場合は算定不可となります。

なお、外泊点数算定時についても算定可能です。

＜ポイント2＞ 点数は165種類で設定

看護職員処遇改善評価料は、以下のように段階的に165種類の点数で細かく設定されています。

（全点数の詳細は、ポイント6を参照）

所定の計算式を用いて算出された数値をベースに判断し算定していく流れです。

なお、算定するにあたり、施設基準を満たした上で厚生局に届出を行った上で算定します。

◇点数

- 看護職員処遇改善評価料 1 1点
- 看護職員処遇改善評価料 2 2点
- 看護職員処遇改善評価料 3 3点
- ↓
- 看護職員処遇改善評価料 145 145点
- 看護職員処遇改善評価料 146 150点
- 看護職員処遇改善評価料 147 160点
- ↓
- 看護職員処遇改善評価料 165 340点

＜ポイント3＞ 対象は急性期病院のみ

看護職員処遇改善評価料の施設基準では、「救急医療管理加算の届出済で、救急搬送件数が年間200件以上」または「救命救急センター、高度救命救急センターまたは小児救命救急センターを設置」のいずれかに該当する医療機関であることが要件となっています。

つまり、対象は急性期病院のみとなり、慢性期のみの病院は対象外となり届出できません。

なお、上記の「救急搬送件数」は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の前々年度1年間における実績で判断します。ただ、新規届出医療機関については、新規届出を行った年度に限り、賃金改善実施年度の前年度1年間における実績で判断します。

また、上記にかかわらず、2022年度中に新規届出を行う「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員

等処遇改善事業補助金」が交付された医療機関については、2020年度における実績で判断します。

なお、現に看護職員処遇改善評価料を既に算定している医療機関について、当該実績が基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、基準を満たすものとみなされます。

つまり、一度看護職員処遇改善評価料を届け出た場合は、仮に「救急搬送件数が年間200件以上」の基準をクリアできなくなったとしても、前年度のうち連続6ヶ月間で「救急搬送件数が年間100件以上」をクリアできていれば、そのまま継続して算定することが認められます。

さらに、届出医療機関は、当該点数の趣旨を踏まえ労働基準法等を遵守していることが要件となっています。そのため、当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないこと、などの対応が必要です。

<ポイント4> 非常勤職員を含めた賃金の改善が必要

看護職員処遇改善評価料を算定する場合は、当該医療機関に勤務する看護職員等に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金の改善を実施することが要件となります。この「看護職員等」とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師を指し、常勤職員だけでなく非常勤職員を含みます。

また、改善される「賃金」については、基本給、手当、賞与等が該当し、退職手当は含まれません。

さらに、対象とする賃金項目を特定した上で実施し、特定した賃金項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く）の水準を低下させてはならないとされていますので、仮に基本給を改善して引き上げた場合、逆に手当を引き下げるなどの対応は不可となります。

なお、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の2/3以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を実施する必要がありますので、賞与のみでの改善対応も不可となります。

<ポイント5> 改善措置対象者にコメディカル職員を含めて可

看護職員処遇改善評価料における賃金の改善措置対象者は、前述のように当該医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）ですが、医療機関の実情に応じて、当該医療機関に勤務する看護補助者、理学療法士、作業療法士などコメディカルである職員（非常勤職員を含む）についても、対象者に追加することが可能とされています。

具体的に追加可能なコメディカル職員は以下のとおりで、薬剤師や医療事務職員は含まれません。

追加可能なコメディカル職員

- ◇視能訓練士
- ◇言語聴覚士
- ◇義肢装具士
- ◇歯科衛生士
- ◇歯科技工士
- ◇診療放射線技師
- ◇臨床検査技師
- ◇臨床工学技士
- ◇管理栄養士
- ◇栄養士
- ◇精神保健福祉士
- ◇社会福祉士
- ◇介護福祉士
- ◇保育士
- ◇救急救命士
- ◇あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- ◇柔道整復師
- ◇公認心理師
- ◇その他医療サービスを患者に直接提供している職種
 - 診療エックス線技師
 - 衛生検査技師
 - メディカルソーシャルワーカー
 - 医療社会事業従事者
 - 介護支援専門員
 - 医師事務作業補助者 等

<ポイント6> 具体的な計算式

看護職員処遇改善評価料は、165種類の点数で細かく設定されており、所定の計算式を用いて算出された数値をベースに判断し算定します。

具体的には、当該医療機関における「看護職員等の数（保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数）」及び「延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数）」を用いて次の式により算出した数【A】に基づき、「別表2」に該当する区分を届出する流れです。

$$\begin{array}{c}
 \text{看護職員等の賃上げ必要額} \\
 (\text{当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000 \text{円} \times 1.165) \\
 \text{【A】} = \frac{\quad}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}
 \end{array}$$

なお、「看護職員等の数」については、当該医療機関の配属先に関わらず、看護管理者や看護部、外来・手術部門等を含む、すべての保健師、助産師、看護師、准看護師をカウントします。

また、「延べ入院患者数」については、毎日 24 時現在で当該医療機関に入院していた患者の延べ数を計上します。退院日は延べ入院患者数に含め、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含めます。

なお、自由診療の患者については計上しませんが、公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する必要があります。

また、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡し入院扱いとした場合は、計上する必要があります。

さらに、計算式にある数値は以下で判断します。計算式にある対象となる直近 3 ヶ月は、「別表 3」に基づき計算します。

計算式にある数値は以下で判断

- ◇ 「看護職員等の数」：直近 3 か月の各月 1 日時点における看護職員数の平均の数値
- ◇ 「延べ入院患者数」：直近 3 か月の 1 月あたりの延べ入院患者数の平均の数値

別表 2 (看護職員処遇改善評価料の区分)

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5 未満	看護職員処遇改善評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	看護職員処遇改善評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	看護職員処遇改善評価料 3	3 点
3.5 以上 4.5 未満	看護職員処遇改善評価料 4	4 点
4.5 以上 5.5 未満	看護職員処遇改善評価料 5	5 点
5.5 以上 6.5 未満	看護職員処遇改善評価料 6	6 点
6.5 以上 7.5 未満	看護職員処遇改善評価料 7	7 点
7.5 以上 8.5 未満	看護職員処遇改善評価料 8	8 点
8.5 以上 9.5 未満	看護職員処遇改善評価料 9	9 点
9.5 以上 10.5 未満	看護職員処遇改善評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	看護職員処遇改善評価料 16	16 点

16.5	以上	17.5	未満	看護職員処遇改善評価料 17	17 点
17.5	以上	18.5	未満	看護職員処遇改善評価料 18	18 点
18.5	以上	19.5	未満	看護職員処遇改善評価料 19	19 点
19.5	以上	20.5	未満	看護職員処遇改善評価料 20	20 点
20.5	以上	21.5	未満	看護職員処遇改善評価料 21	21 点
21.5	以上	22.5	未満	看護職員処遇改善評価料 22	22 点
22.5	以上	23.5	未満	看護職員処遇改善評価料 23	23 点
23.5	以上	24.5	未満	看護職員処遇改善評価料 24	24 点
24.5	以上	25.5	未満	看護職員処遇改善評価料 25	25 点
25.5	以上	26.5	未満	看護職員処遇改善評価料 26	26 点
26.5	以上	27.5	未満	看護職員処遇改善評価料 27	27 点
27.5	以上	28.5	未満	看護職員処遇改善評価料 28	28 点
28.5	以上	29.5	未満	看護職員処遇改善評価料 29	29 点
29.5	以上	30.5	未満	看護職員処遇改善評価料 30	30 点
30.5	以上	31.5	未満	看護職員処遇改善評価料 31	31 点
31.5	以上	32.5	未満	看護職員処遇改善評価料 32	32 点
32.5	以上	33.5	未満	看護職員処遇改善評価料 33	33 点
33.5	以上	34.5	未満	看護職員処遇改善評価料 34	34 点
34.5	以上	35.5	未満	看護職員処遇改善評価料 35	35 点
35.5	以上	36.5	未満	看護職員処遇改善評価料 36	36 点
36.5	以上	37.5	未満	看護職員処遇改善評価料 37	37 点
37.5	以上	38.5	未満	看護職員処遇改善評価料 38	38 点
38.5	以上	39.5	未満	看護職員処遇改善評価料 39	39 点
39.5	以上	40.5	未満	看護職員処遇改善評価料 40	40 点
40.5	以上	41.5	未満	看護職員処遇改善評価料 41	41 点
41.5	以上	42.5	未満	看護職員処遇改善評価料 42	42 点
42.5	以上	43.5	未満	看護職員処遇改善評価料 43	43 点
43.5	以上	44.5	未満	看護職員処遇改善評価料 44	44 点
44.5	以上	45.5	未満	看護職員処遇改善評価料 45	45 点
45.5	以上	46.5	未満	看護職員処遇改善評価料 46	46 点
46.5	以上	47.5	未満	看護職員処遇改善評価料 47	47 点
47.5	以上	48.5	未満	看護職員処遇改善評価料 48	48 点
48.5	以上	49.5	未満	看護職員処遇改善評価料 49	49 点
49.5	以上	50.5	未満	看護職員処遇改善評価料 50	50 点
50.5	以上	51.5	未満	看護職員処遇改善評価料 51	51 点
51.5	以上	52.5	未満	看護職員処遇改善評価料 52	52 点
52.5	以上	53.5	未満	看護職員処遇改善評価料 53	53 点
53.5	以上	54.5	未満	看護職員処遇改善評価料 54	54 点
54.5	以上	55.5	未満	看護職員処遇改善評価料 55	55 点
55.5	以上	56.5	未満	看護職員処遇改善評価料 56	56 点
56.5	以上	57.5	未満	看護職員処遇改善評価料 57	57 点

57.5	以上	58.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 58	58 点
58.5	以上	59.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 59	59 点
59.5	以上	60.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 60	60 点
60.5	以上	61.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 61	61 点
61.5	以上	62.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 62	62 点
62.5	以上	63.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 63	63 点
63.5	以上	64.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 64	64 点
64.5	以上	65.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 65	65 点
65.5	以上	66.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 66	66 点
66.5	以上	67.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 67	67 点
67.5	以上	68.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 68	68 点
68.5	以上	69.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 69	69 点
69.5	以上	70.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 70	70 点
70.5	以上	71.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 71	71 点
71.5	以上	72.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 72	72 点
72.5	以上	73.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 73	73 点
73.5	以上	74.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 74	74 点
74.5	以上	75.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 75	75 点
75.5	以上	76.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 76	76 点
76.5	以上	77.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 77	77 点
77.5	以上	78.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 78	78 点
78.5	以上	79.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 79	79 点
79.5	以上	80.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 80	80 点
80.5	以上	81.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 81	81 点
81.5	以上	82.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 82	82 点
82.5	以上	83.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 83	83 点
83.5	以上	84.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 84	84 点
84.5	以上	85.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 85	85 点
85.5	以上	86.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 86	86 点
86.5	以上	87.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 87	87 点
87.5	以上	88.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 88	88 点
88.5	以上	89.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 89	89 点
89.5	以上	90.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 90	90 点
90.5	以上	91.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 91	91 点
91.5	以上	92.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 92	92 点
92.5	以上	93.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 93	93 点
93.5	以上	94.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 94	94 点
94.5	以上	95.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 95	95 点
95.5	以上	96.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 96	96 点
96.5	以上	97.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 97	97 点
97.5	以上	98.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 98	98 点

98.5	以上	99.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 99	99点
99.5	以上	100.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 100	100点
100.5	以上	101.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 101	101点
101.5	以上	102.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 102	102点
102.5	以上	103.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 103	103点
103.5	以上	104.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 104	104点
104.5	以上	105.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 105	105点
105.5	以上	106.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 106	106点
106.5	以上	107.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 107	107点
107.5	以上	108.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 108	108点
108.5	以上	109.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 109	109点
109.5	以上	110.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 110	110点
110.5	以上	111.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 111	111点
111.5	以上	112.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 112	112点
112.5	以上	113.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 113	113点
113.5	以上	114.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 114	114点
114.5	以上	115.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 115	115点
115.5	以上	116.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 116	116点
116.5	以上	117.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 117	117点
117.5	以上	118.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 118	118点
118.5	以上	119.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 119	119点
119.5	以上	120.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 120	120点
120.5	以上	121.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 121	121点
121.5	以上	122.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 122	122点
122.5	以上	123.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 123	123点
123.5	以上	124.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 124	124点
124.5	以上	125.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 125	125点
125.5	以上	126.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 126	126点
126.5	以上	127.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 127	127点
127.5	以上	128.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 128	128点
128.5	以上	129.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 129	129点
129.5	以上	130.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 130	130点
130.5	以上	131.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 131	131点
131.5	以上	132.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 132	132点
132.5	以上	133.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 133	133点
133.5	以上	134.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 134	134点
134.5	以上	135.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 135	135点
135.5	以上	136.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 136	136点
136.5	以上	137.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 137	137点
137.5	以上	138.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 138	138点
138.5	以上	139.5	未滿	看護職員処遇改善評価料 139	139点

139.5	以上	140.5	未満	看護職員処遇改善評価料 140	140 点
140.5	以上	141.5	未満	看護職員処遇改善評価料 141	141 点
141.5	以上	142.5	未満	看護職員処遇改善評価料 142	142 点
142.5	以上	143.5	未満	看護職員処遇改善評価料 143	143 点
143.5	以上	144.5	未満	看護職員処遇改善評価料 144	144 点
144.5	以上	147.5	未満	看護職員処遇改善評価料 145	145 点
147.5	以上	155.0	未満	看護職員処遇改善評価料 146	150 点
155.0	以上	165.0	未満	看護職員処遇改善評価料 147	160 点
165.0	以上	175.0	未満	看護職員処遇改善評価料 148	170 点
175.0	以上	185.0	未満	看護職員処遇改善評価料 149	180 点
185.0	以上	195.0	未満	看護職員処遇改善評価料 150	190 点
195.0	以上	205.0	未満	看護職員処遇改善評価料 151	200 点
205.0	以上	215.0	未満	看護職員処遇改善評価料 152	210 点
215.0	以上	225.0	未満	看護職員処遇改善評価料 153	220 点
225.0	以上	235.0	未満	看護職員処遇改善評価料 154	230 点
235.0	以上	245.0	未満	看護職員処遇改善評価料 155	240 点
245.0	以上	255.0	未満	看護職員処遇改善評価料 156	250 点
255.0	以上	265.0	未満	看護職員処遇改善評価料 157	260 点
265.0	以上	275.0	未満	看護職員処遇改善評価料 158	270 点
275.0	以上	285.0	未満	看護職員処遇改善評価料 159	280 点
285.0	以上	295.0	未満	看護職員処遇改善評価料 160	290 点
295.0	以上	305.0	未満	看護職員処遇改善評価料 161	300 点
305.0	以上	315.0	未満	看護職員処遇改善評価料 162	310 点
315.0	以上	325.0	未満	看護職員処遇改善評価料 163	320 点
325.0	以上	335.0	未満	看護職員処遇改善評価料 164	330 点
335.0	以上			看護職員処遇改善評価料 165	340 点

別表 3（算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定する期間）

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3 月	前年 12 月～ 2 月	4 月
6 月	3 ～ 5 月	7 月
9 月	6 ～ 8 月	10 月
12 月	9 ～ 11 月	翌年 1 月

＜ポイント7＞ 四半期ごとに確認が必要

前述のように、看護職員処遇改善評価料は、所定の計算式を用いて算出された数値をベースに判断し算定しますが、四半期ごとに計算式を用いて算出し、区分変更の有無を確認する必要があります。

具体的には、毎年 3、6、9、12 月に計算式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届出が必要です。ただし、前回届け出た時点と比較して、直近 3 か月の「看護職員等の数」「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も 1 割以内である場合は区分変更不要となります。

なお、区分変更を行う場合は、「基本診療料の施設基準等に係る届出書」「看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類」の届出が必要となります。

＜ポイント8＞ 年 1 回、賃金改善計画書と賃金改善実績報告書の提出が必要

看護職員処遇改善評価料を算定する場合は、見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を毎年 4 月に作成し、毎年 7 月に厚生局に提出する必要があります。

また、毎年 7 月に、前年度における取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を作成し、厚生局に報告する必要があります。

さらに、事業の継続を図るため、職員の賃金水準（看護職員処遇改善評価料による賃金改善分を除く）を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」（様式 4）により作成し届出する必要があります。

様式 2

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 賃金改善実施期間

① 令和 年 月 ~ 令和 年 月

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

② 新規届出時又は4月1日時点における区分 () 点数 点
③ 賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み 人
④ 本評価料による収入の見込額 (②×③×10円) 円

III. 賃金改善の見込額

⑤ 賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額 円
⑥ 本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額 円
⑦ 賃金改善の見込額 (⑤-⑥) 円
⑦は④以上か

IV. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)に係る事項

⑧ 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算数 人
⑨ 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の賃金改善の見込額 円
⑩ ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分) 円
⑪ ベア等の割合 (⑩÷⑨) %
⑪が⑨の2/3以上であるか

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員に係る事項

⑫ 看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種 ()
⑬ 賃金改善の対象に加える看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の常勤換算数 人
⑭ 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の賃金改善の見込額 (⑦-⑨) 円
⑮ ベア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分) 円
⑯ ベア等の割合 (⑮÷⑭) %
⑯が⑭の2/3以上であるか

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰ 賃金の種類
 基本給 決まって毎月支払われる手当(新設) 決まって毎月支払われる手当(既存の増額)
 賞与 実績等に応じて支払われる手当(新設) 実績等に応じて支払われる手当(既存の増額)
 その他 ()
⑱ 賃上げの担保方法
 就業規則の見直し 賃金規程の見直し
 その他の方法: 具体的に ()
⑲ 賃金改善に関する規定内容(できる限り具体的に記入すること。)

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名: ()

【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月(年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月)から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。(「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。)
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑧看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の賃金改善の見込額」、「⑨看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の賃金改善の見込額」、「⑩ベア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑧看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入より処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑱賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

様式 3

看護職員処遇改善評価料 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分							
	算定期間				点数の区分	点数	
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	点
②算定回数							
	算定期間				算定回数		
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	回
計					回		
③本評価料による収入の実績額							
	算定期間				実績額		
a	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
b	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
c	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
d	令和	年	月	～ 令和	年	月	円
計					円		

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額 (④-⑤)	円
⑥は③以上か	<input type="checkbox"/>

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑩ペア等の割合 (⑨÷⑧)	%
⑩が⑧の2/3以上であるか	<input type="checkbox"/>

IV. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	<input type="text"/>
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額 (⑥-⑧)	円
⑭ペア等による引上げ分 (基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分)	円
⑮ペア等の割合 (⑭÷⑬)	%
⑮が⑬の2/3以上であるか	<input type="checkbox"/>

V. 賃金改善実施期間

⑯ 令和 年 月 ～ 令和 年 月

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名:

【記載上の注意】

- 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Iの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑩ペア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

様式4

特別事情届出書(令和 年度)

基本情報

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
フリガナ	
書類作成 担当者	
電話番号	

1. 事業の継続を図るために、看護職員等の賃金を引き下げる必要がある状況について

医療機関の収支について、患者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2. 賃金水準の引下げの内容(期間、対象、金額等)

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることに、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和 年 月 日

(法人名)

(開設者名)

<ポイント9> 届出様式

看護職員処遇改善評価料は、算定するにあたり、施設基準を満たした上で厚生局に届出を行った上で算定します。届出様式は、「看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類」(様式1)が該当します。なお、2022年10月1日から算定を行うためには、2022年10月20日(木)までの届出が必要です。

様式1

看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月

新規 区分変更 3月 6月 9月 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」の交付状況

(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

交付あり
 交付なし

4 該当するものを選択すること(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績: 件 (期間: 令和 年度)

救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

5 看護職員等の数、延べ入院患者数、【A】の値

① 算出の際に用いる看護職員等の数、延べ入院患者数の期間(いずれかを選択)

前年12月～2月
 3～5月
 6～8月
 9～11月

② 看護職員等の数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の各月1日時点における当該保険医療機関に勤務する口看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算した数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

④ 【A】の値 (前回届出時)

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)×12,000円×1.165)}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)×10円}}$$

6 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、
 看護職員等の数(②)の変化は1割以内である。
 延べ入院患者数(③)の変化は1割以内である。
 【A】の値(④)の変化は1割以内である。

7 5により算出した【A】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

6のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

Essence

★ 2022年診療報酬改定 疑義解釈第26～27弾を公表（厚労省）*****

厚生労働省は9月14日及び22日、「2022年診療報酬改定 疑義解釈（その26）」及び「同（その27）」を公表した。疑義解釈は、新型コロナウイルス感染症に関する内容について記載されている。内容は以下のとおり。

疑義解釈26（9月14日）

【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）】

（問1）令和3年5月12日付けで保険適用されたSARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）を実施する際に用いるものとして、「SARS-CoV-2抗原及びインフルエンザウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年9月14日付けで薬事承認された「GLINE-SARS-CoV-2 & FluA+Bキット」（株式会社医学生物学研究所）はいつから保険適用となるのか。

（答） 令和4年9月14日より保険適用となる。

疑義解釈27（9月22日）

【SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出】

（問1）令和2年3月6日付けで保険適用されたSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を実施する際に用いるものとして、「体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2の検出（COVID-19の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているもの」とあるが、令和4年9月22日付けで薬事承認された「ID NOW 新型コロナウイルス2019 v2.0」（アボットダイアノスティクス）はいつから保険適用となるのか。

（答） 令和4年9月22日より保険適用となる。

★ 新型コロナウイルス感染症に伴う臨時的取扱いで事務連絡（厚労省）*****

厚生労働省は9月13日、「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75）」という事務連絡を、関係団体宛に出した。これはラゲブリオカプセルが一般流通することに伴い、関連する臨時的な診療報酬の取扱いについて取りまとめたもの。内容は以下のとおり。

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75）

（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、ラゲブリオカプセル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。

★ インフルエンザウイルス感染症の診断補助機器が新たに保険適用（中医協）**

中医協は9月14日の総会において、新たにインフルエンザウイルス感染症の診断補助機器の保険適用を了承した。これは咽頭画像の撮影及び撮影された画像上のリンパ組織（扁桃やリンパ濾胞を含む）等の咽頭所見と診療情報を併せて解析し、インフルエンザウイルス感染症に特徴的な所見や症状等を検出することで、インフルエンザウイルス感染症診断の補助に用いるもの。12月1日より保険適用予定。内容は以下のとおり。

販売名	点数	主な測定目的
nodoca（ノドカ）	290点+フィルム代	インフルエンザウイルス感染症診断の補助
<p>(留意事項案)</p> <ul style="list-style-type: none"> インフルエンザウイルス感染症診断の補助を目的に薬事承認された内視鏡用テレスコープを使用しインフルエンザウイルス感染症の診断を行った場合に算定 フィルム代は「019 画像記録用フィルム (4) B4」を「10円で除して得た点数」を合算した点数を準用して算定 発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定 一連の治療期間において当該検査とインフルエンザウイルス抗原定性を行った場合は併せて算定不可 		

★ 臨床検査 2 項目 新たに保険適用（中医協）*****

中医協は 9 月 14 日の総会において、新たに 2 項目の臨床検査の保険適用を了承した。これは測定項目自体が新たに保険適用となるもので、10 月 1 日付で保険適用となる予定。内容は以下のとおり。

測定項目が新しいもの（新項目）				
検査項目	検査法	実施料	判断料	主な測定目的
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	マイクロアレイ法（定性）	1,700点	150点（微生物）	脳脊髄液中の細菌（Escherichia coli K1、Haemophilus influenzae、Listeria monocytogenes、Neisseria meningitidis、Streptococcus agalactiae、Streptococcus pneumoniae）、ウイルス（Cytomegalovirus、Human herpesvirus 6、Human parechovirus、Varicella zoster virus、Enterovirus、Herpes

				simplex virus 1、Herpes simplexvirus 2) 及び酵母様真菌 (Cryptococcus neoformans/gattii) の検出 (病原性細菌、ウイルス及び酵母様真菌感染の診断補助)
--	--	--	--	--

(対象)

- ・ 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者

(留意事項)

- ・ 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
- ・ 一連の治療につき1回に限り算定
- ・ 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
- ・ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に関する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施
- ・ 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保険医療機関に限り算定
- ・ 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不可
 - 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
 - インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性
 - クリプトコックス抗原定性
 - 単純ヘルペスウイルス抗原定性
 - 肺炎球菌莢膜抗原定性 (尿・髄液)
 - 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)
 - 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検出

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	免疫組織化学染色 (免疫抗体法)	2,700 点	130 点 (病理)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ペムプロリズマブ (遺伝子組換え) の固形癌患者への適応を判定するための補助 ・ 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助 ・ 大腸癌における化学療法の選択の補助
----------------------------------	------------------	---------	------------	--

(対象)

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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

(留意事項案)

- ・ 患者1人につき1回に限り算定
- ・ いずれか一つの目的で当該検査を実施した後に、それと別の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定可能
- ・ 当該検査と同一の目的において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行った場合は、主たるもののみ算定
- ・ 当該検査をいずれか一つの目的で当該検査を実施した後に、それと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
- ・ 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、悪性腫瘍検査の「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものの BRAF 遺伝子検査を実施した場合にあっては、本検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載

★ 後期高齢者医療制度の見直しに関する疑義解釈を公表（厚労省）*****

厚生労働省は9月13日、『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について』を公表した。

これは、後期高齢者医療制度における一部負担金の2割負担引き上げに伴い、令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間、月間の外来療養に係る負担増加額を3千円に抑える経過措置が設けられるが、それに伴うレセプト記載の取扱いについて、具体的な運用に係る疑義解釈を取りまとめたもの。内容は以下のとおり。

「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について

(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「特定疾病療養受領証」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) 特定疾病療養受領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。

★ 審査情報提供事例を新たに公表（支払基金）*****

社会保険診療報酬支払基金は9月26日、新たに審査情報提供事例を公表した。

2005年4月より審査情報提供事例として随時情報提供されているが、今回新たに公表された審査情報提供事例は「薬剤14例」で、内容は以下のとおり。

ただ、あくまでも療養担当規則等に照らして、それぞれの診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としているため、今回の提供事例に示された適否が、すべての診療内容について一律的に適用されるわけではないとしている。

今回新たに公表された審査情報提供事例（支払基金）	
薬剤	
事例 366	アセタゾラミド①（小児神経 6）
標榜薬効	利尿剤（213）
成分名	アセタゾラミド【内服薬】
主な製品名	ダイアモックス末、ダイアモックス錠 250 mg
使用例	原則として、「アセタゾラミド【内服薬】」を「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。
留意事項	<p>(1) 当該使用例の用法・用量 通常、アセタゾラミドとして1日250～750 mg を分割経口投与する。 なお、年齢、症状により適宜増減する。</p> <p>(2) 代謝性アシドーシス、低カリウム血症、低ナトリウム血症等の電解質異常があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行う。</p> <p>(3) 腎疾患、肝疾患又は糖代謝異常のある患者においては慎重に投与する。</p>
事例 367	アセタゾラミド②（小児神経 7）
標榜薬効	利尿剤（213）
成分名	アセタゾラミド【内服薬】
主な製品名	ダイアモックス末、ダイアモックス錠 250 mg
使用例	原則として、「アセタゾラミド【内服薬】」を「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。
留意事項	<p>(1) 当該使用例の用法・用量 通常、アセタゾラミドとして1日250～750 mg を分割経口投与する。 なお、年齢、症状により適宜増減する。</p> <p>(2) 代謝性アシドーシス、低カリウム血症、低ナトリウム血症等の電解質異常があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行う。</p> <p>(3) 腎疾患、肝疾患又は糖代謝異常のある患者においては慎重に投与する。</p>
事例 368	スピロラクトン③（小児神経 8）
標榜薬効	利尿剤（213）

成分名	スピロノラクトン【内服薬】
主な製品名	アルダクトンA 細粒 10%、アルダクトンA 錠 25 mg、アルダクトンA 錠 50 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「スピロノラクトン【内服薬】」を「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。
留意事項	(1) 当該使用例の用法・用量 通常成人には1日50～100 mg、小児には体重当たり1日1～3 mgを分割経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。 (2) 難治例や既存治療で効果不十分な場合に限り認める。 (3) 腎機能障害、電解質異常の患者には慎重に投与すること。
事例 369	フロセミド② (小児神経 9)
標榜薬効	利尿剤 (213)
成分名	フロセミド【内服薬】
主な製品名	ラシックス錠 10 mg、ラシックス錠 20 mg、ラシックス錠 40 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「フロセミド【内服薬】」を「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。
留意事項	(1) 当該使用例の用法・用量 通常、成人にはフロセミドとして1日1回 40～80 mg、小児には1日体重当たり1～4 mgを連日又は隔日経口投与する。なお、年齢、症年により適宜増減する。 (2) 難治例や既存治療で効果不十分な場合に限り認める。 (3) 腎機能障害、電解質異常の患者には慎重に投与すること。
事例 370	シメチジン (小児63)
標榜薬効	消化性潰瘍用剤 (232)
成分名	シメチジン【内服薬】
主な製品名	タガメット錠 200 mg、タガメット錠 400 mg、タガメット細粒 20%、カイロック細粒 40%、ほか後発品あり
使用例	原則として、「シメチジン【内服薬】」を「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。
留意事項	(1) 当該使用例の用法・用量 通常、シメチジンとして1日10～20 mg/kgを2回に分割して経口投与する。なお、効果不十分な場合は、1日単位の投与量として800 mgを超えない範囲で増量できる。 (2) 発熱のエピソードの頻度が高く、発熱に伴う苦痛や社会生活の制限により生活の質が低下している場合に限り認める。 (3) 本剤はH2受容体拮抗薬であり、比較的安全性の高い薬剤ではあるが小児への安全性は確立していない。 (4) 年長児では自然寛解傾向がある疾患なので、投薬期間が漫然と長期間にならないよう留意する。

事例 371	メトトレキサート③ (小児64)
標榜薬効	他に分類されない代謝性医薬品 (399)
成分名	メトトレキサート【内服薬】
主な製品名	リウマトレックスカプセル2 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「メトトレキサート【内服薬】」を「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。
留意事項	<p>(1) 当該使用例の用法・用量</p> <p>成人：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6 mgとし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。</p> <p>分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減するが、1週間単位の投与量として16 mgを超えないようにする。</p> <p>小児：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして4～10 mg/m² とし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減する。</p> <p>(2) 副作用に間質性肺炎・肺線維症があるため、間質性肺炎合併例には本剤の適用は慎重に検討する。</p>
事例 372	メトトレキサート④ (小児 65)
標榜薬効	他に分類されない代謝性医薬品 (399)
成分名	メトトレキサート【内服薬】
主な製品名	リウマトレックスカプセル 2 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「メトトレキサート【内服薬】」を「高安動脈炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
留意事項	<p>(1) 当該使用例の用法・用量</p> <p>成人：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6 mgとし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。</p> <p>分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減するが、1週間単位の投与量として16 mgを超えないようにする。</p> <p>小児：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして4～10 mg/m² とし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場</p>

	<p>合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減する。</p> <p>(2) 難治例や既存治療で効果不十分な場合に限り認める。</p> <p>(3) 高安動脈炎は8～9割が女性だが、妊娠時や授乳時は禁忌である。</p>
事例 373	メトトレキサート④ (小児 66)
標榜薬効	他に分類されない代謝性医薬品 (399)
成分名	メトトレキサート【内服薬】
主な製品名	リウマトレックスカプセル 2 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「メトトレキサート【内服薬】」を「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。
留意事項	<p>(1) 当該使用例の用法・用量</p> <p>成人：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして6 mgとし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。</p> <p>分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減するが、1週間単位の投与量として16 mgを超えないようにする。</p> <p>小児：通常、1週間単位の投与量をメトトレキサートとして4～10 mg/m² とし、1週間単位の投与量を1回又は2～3回に分割して経口投与する。分割して投与する場合、初日から2日目にかけて12時間間隔で投与する。1回又は2回分割投与の場合は残りの6日間、3回分割投与の場合は残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。なお、患者の年齢、症状、忍容性及び本剤に対する反応等に応じて適宜増減する。</p> <p>(2) 難治例や既存治療で効果不十分な場合に限り認める。</p>
事例 374	アジスロマイシン水和物② (小児67)
標榜薬効	主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの (614)
成分名	アジスロマイシン水和物【内服薬・注射薬】
主な製品名	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 100 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「アジスロマイシン水和物【内服薬】・【注射薬】」を「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。
留意事項	<p>当該使用例の用法・用量</p> <p>(1) 副鼻腔炎</p> <p>小児には、体重1 kgあたり10 mg (力価) を1日1回、3日間投与する。ただし、1日量は</p>

	成人の最大投与量500 mg（力価）を超えないものとする。 (2) 百日咳 ア 生後6ヶ月未満 体重1 kg あたり10 mg（力価）を1日1回、5日間投与する。 イ 生後6ヶ月以上 初日は体重1 kgあたり10 mg（力価）（最大500 mg）を1日1回、2日目から5日目までは体重1kgあたり5 mg（力価）（最大250 mg）を1日1回投与する。
事例 375	アジスロマイシン水和物③（小児68）
標榜薬効	主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの（614）
成分名	アジスロマイシン水和物【内服薬・注射薬】
主な製品名	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 100 mg、ほか後発品あり
使用例	原則として、「アジスロマイシン水和物【内服薬】・【注射薬】」を「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。
留意事項	当該使用例の用法・用量 (1) 内服薬 小児には、体重1 kgあたり10 mg（力価）を1日1回、3日間経口投与する。ただし、1日量は成人の最大投与量500 mg（力価）を超えないものとする。 (2) 注射薬 小児には、体重1 kgあたり10 mg（力価）を1日1回、2時間かけて点滴静注する。ただし、1日量は成人の最大投与量500 mg（力価）を超えないものとする。
事例 376	ドキシサイクリン塩酸塩水和物③（小児 69）
標榜薬効	主としてグラム陽性・陰性菌、リケッチケア、クラミジアに作用するもの（615）
成分名	ドキシサイクリン塩酸塩水和物【内服薬】
主な製品名	ビブラマイシン錠（50）・（100）
使用例	原則として、「ドキシサイクリン塩酸塩水和物【内服薬】」を「小児のリケッチア感染症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。
留意事項	(1) 当該使用例の用法・用量 小児には本剤を分割又は粉末にして2.2 mg/kgを1日2回投与する（最大投与量は100 mg/回とする。）。なお、投与期間は、8歳未満の軽症もしくは合併症のない症例には5日間、8歳未満の重症もしくは合併症症例と8歳以上には14日間投与する。 (2) 小児等（特に歯牙形成期にある8歳未満の小児等）に投与した場合、歯牙の着色・エナメル質形成不全、また、一過性の骨発育不全を起こすことがある。
事例 377	L-アルギニン塩酸塩①（小児 70）
標榜薬効	他に分類されない代謝性医薬品（399）
成分名	L-アルギニン塩酸塩【内服薬】
主な製品名	アルギU配合顆粒

使用例	原則として、「L-アルギニン塩酸塩【内服薬】」を「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。
留意事項	当該使用例の用法・用量 1日量として、体重1 kg当たり0.3～0.5 gを、毎食後3回経口投与する。脳卒中様発作が起こった場合、その重症度及び発作の頻度を勘案し、適宜増減する。
事例 378	L-アルギニン塩酸塩②（小児71）
標榜薬効	他に分類されない代謝性医薬品（399）
成分名	L-アルギニン塩酸塩【注射薬】
主な製品名	アルギU点滴静注20 g 10 % 200 ml
使用例	原則として、「L-アルギニン塩酸塩【注射薬】」を「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。
留意事項	当該使用例の用法・用量 末梢血管から体重1 kg当たり5 ml（1回量で最大200 ml）を1時間以上かけて点滴静注する。点滴終了後に、脳卒中様発作を疑う症状（頭痛、嘔吐に加えて、けいれん、麻痺、意識障害、視野異常のいずれかが存在している）が継続して観察される場合、上記用量を追加で使用する。
事例 379	メトトレキサート⑥（血液22、リンパ網内系1）
標榜薬効	代謝拮抗剤（422）
成分名	メトトレキサート【注射薬】
主な製品名	注射用メソトレキセート5 mg/注射用メソトレキセート50 mg メソトレキセート点滴静注液200 mg/メソトレキセート点滴静注液1000 mg
使用例	原則として、「メトトレキサート【注射薬】」を「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。
留意事項	(1) 当該使用例の用法・用量 ◇ メトトレキサート・ロイコボリン救援療法（悪性リンパ腫） メトトレキサートとして、通常、1週間に1回30～100 mg/kg（有効なメトトレキサート脳脊髄液濃度を得るには、1回メトトレキサートとして30 mg/kg以上の静脈内注射が必要）を約6時間で点滴静脈内注射する。その後、ロイコボリンの投与を行う。メトトレキサートの投与間隔は、1～4週間とする。なお、年齢、症状により適宜増減する。 (2) 添付文書の記載のうち、メトトレキサート・ロイコボリン救援療法に関する「警告」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「使用上の注意」、「投与上の注意」に同じ。

★カテーテルの接続口の選択間違いで注意喚起（日本医療機能評価機構）*****

日本医療機能評価機構は9月15日、「医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.190」を公表した。今回は膀胱に注入する処置の際、誤って膀胱留置カテーテルの固定用バルーンの注入口に多量の生理食塩液を注入した事例が約3年半で4件報告されていることを受けて情報提供されたもの。膀胱留置カテーテルの構造や実施する処置の意味を理解すること、初めて経験する処置や手技を十分理解していない処置は、必要物品や手順を確認し、指導者の教育のもと実施すること、などの対応を医療機関に求めている。

膀胱留置カテーテルの接続口の選択間違い

事例 1

医師より膀胱洗浄の指示があった。2年目の看護師Aは、膀胱洗浄は未経験であったため先輩看護師Bに口頭で手順を確認し、1人で行うことにした。看護師Aは、生理食塩液をカテーテルチップ型シリンジではなく、通常の注射器に準備した。50mL注入したところ、パンという破裂音がしたと同時に患者が「痛い」と言った。その際、看護師Cが訪室し、バルーン注入口から生理食塩液を注入していたことに気付いた。医師へ報告し、膀胱留置カテーテルを抜去したところ、バルーンが破損していた。その後、膀胱鏡でバルーンの破片を回収した。

事例 2

医師は、患者に腹部エコー検査を行う際、膀胱内を充満させるため膀胱留置カテーテルから生理食塩液を注入することにした。医師は、カテーテルチップ型シリンジではなく、通常の注射器に生理食塩液を準備した。膀胱留置カテーテルのバルーン注入口から生理食塩液を合計80mL注入して、検査を実施した。その後、看護師が患者の膀胱留置カテーテルが抜けていることに気付いた。バルーンは膨らんでおらず、一部が欠損していたため、膀胱鏡でバルーンの破片を回収した。

報告例

膀胱に注入する処置の際、膀胱留置カテーテルの構造を理解せず、固定用バルーンに多量の生理食塩液を注入したためバルーンが破裂し、膀胱内の異物除去が必要になった事例が報告されています。

膀胱に注入する目的	固定用バルーンに注入した量	事例のイメージ
膀胱洗浄	50mL	
手術中の膀胱損傷の確認	50mL	
腹部エコー検査前の膀胱の充満	80mL	
膀胱内圧測定	25mLを数回	

★ コロナ特例の二類感染症患者入院診療加算 10月末まで延長へ（厚労省）***

厚生労働省は9月27日、「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76）」「同（その77）」という事務連絡を、関係団体宛に出した。事務連絡では、9月末で廃止予定とされていた「二類感染症患者入院診療加算（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）」（250点）や「電話等による診療（新型コロナウイルス感染症・臨時的取扱）」（147点）が1ヶ月間延長され、10月末まで算定可とされている。内容は以下のとおり。

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76）（10月1日より適用）

（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か。

（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、区分番号「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か。

（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日を超えて入院する場合は、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良いか。

(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。

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 77)

(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良いか。

(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。

<参考>

○「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) (抄)

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68)」 (令和4年3月16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7月31日までの間算定できる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8月1日以降の取扱いについてどのように考えれば良いか。

(答) 令和4年8月1日から9月30日までの間は、当該保険医療機関において患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為がある場合に、当該点数を算定することができる。

○「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68)」 (令和4年3月16日厚生労働省保険局医療課事務連絡) (抄)

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63)」 (令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡) の問1において、「診療・検査医療機関」として都道府県から指定され、その旨が公表されている保険医療機関において、その診療・検査対応時間内に、新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対し、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に、令和4年3月31日までの措置として、「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日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の2(2)における二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できるとされているが、令和4年4月1日以降の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 令和4年7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か。

(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。

<参考>

○「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)(抄)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70)」(令和4年4月28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7月31日までの間算定できる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8月1日以降の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 令和4年8月1日から9月30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。

○「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70)」(令和4年4月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡)(抄)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54)」(令和3年8月16日厚生労働省保険局医療課事務連絡)問1において、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44条の3第2項の規定に基づき、宿泊施設又は当該者の居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者(以下「自宅・宿泊療養を行っている者」という。)に対して、医師が電話や情報通信機器(以下「電話等」という。)を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合、「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日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の2(2)における二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できるとされているが、令和4年5月1日から令和4年7月31日までの間に、重症化リスクの高い者(「新型コロナウイルス感染症対応に係る保健所等による健康観察等について」(令和4年2月9日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)の2に掲げる「重点的に健康観察を行う対象者」をいう。以下同じ。)に対して、保健所等から健康観察に係る委託を受けている保険医療機関又は「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」(令和3年9月28日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡)における「診療・検査医療機関」として都道府県から指定され、その旨が公表されている保険医療機関の医師が、電話等を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合に、「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10)」(令和2年4月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の3に掲げる電話等による療養上の管理に係る点数(147点)の算定について、どのように考えればよいか。

(答) 自宅・宿泊療養を行っている者であり、かつ、重症化リスクの高い者に対して、医師が電話等を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合に、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において、1日につき1回算定できる。