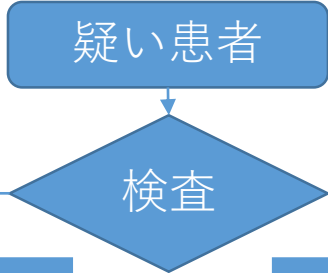


# 新型コロナウイルス感染症（疑い）患者等に対する診療報酬算定例（主な項目）と医療提供事業交付金について

（令和5年3月1日更新版）  
下線部分の記載を追加・更新

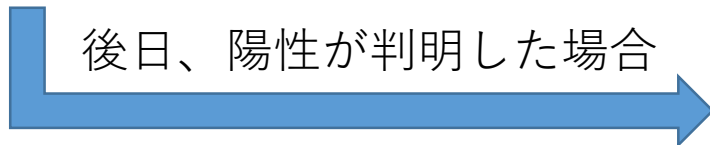


陰性 又は 当日結果が判明しない場合

その場で陽性判明の場合

項目	点数	備考	区分
初診料	288	再診は73点	保険診療
院内トリアージ実施料	300		
二類感染症患者入院診療加算	<u>147</u>	(※1)	
鼻腔・咽頭拭い液採取料	25	唾液検体の場合は算定しない	
処方箋料（処方料と薬剤料）			公費Ⅰ
検査料（*）		検査方法による 包括算定する場合も別算定可能(※6)	
判断料		検査方法による	

項目	点数	備考	区分
初診料	288	再診は73点	保険診療
院内トリアージ実施料	300		
二類感染症患者入院診療加算	<u>147</u>	(※1)	
鼻腔・咽頭拭い液採取料	25	唾液検体の場合は算定しない	
検査料（*）		検査方法による 包括算定する場合も別算定可能（※6）	公費Ⅰ
判断料		検査方法による	
救急医療管理加算	950	投薬等がある場合に限る。 (※3)	公費Ⅱ (※2)
処方箋料（処方料と薬剤料）			



療養（宿泊施設・自宅）へ

(\*) 検査の種類は以下の通り

PCR検査	抗原検査
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出</li> <li>・ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む）</li> <li>・ SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出</li> <li>・ SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出</li> <li>・ SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出</li> <li>・ SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出</li> <li>・ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出</li> <li>・ SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス抗原同時検出</li> </ul>

陽性患者

往診

項目	点数	備考	区分
初診料	288	再診は73点	公費Ⅱ (※2)
往診料	720		
緊急往診加算	325 ～ 850		
院内トリアージ実施料	300		
救急医療管理加算 (ロナプリーブ投与なし)	2,850	ロナプリーブ投与の場合は4,750点	
処方箋料(処方料と薬剤料)			



医療提供事業交付金(※5)	15,000円	県へ報告申請が必要	交付金
---------------	---------	-----------	-----

電話等診療

項目	点数	備考	区分
初診料(※7)	251	再診は73点	公費Ⅱ (※2)
	214		
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	(※4)	
二類感染症患者入院診療加算	250		
処方箋料(処方料と薬剤料)			



医療提供事業交付金(※5)	3,000円	県へ報告申請が必要	交付金
---------------	--------	-----------	-----

外来診療

項目	点数	備考	区分
初診料	288	再診は73点	公費Ⅱ (※2)
院内トリアージ実施料	300		
救急医療管理加算 (ロナプリーブ投与なし)	950	ロナプリーブ投与の場合は2,850点	
処方箋料(処方料と薬剤料)			

◎公費については、保険診療における自己負担額が公費負担となります。

公費Ⅰの公費負担番号：岐阜県（岐阜市を除く）「28210508」、岐阜市「28211506」

公費Ⅱの公費負担番号：岐阜県「28210607」

公費負担医療の受給者番号（統一）「9999996」（7桁）

◎令和4年度診療報酬改定において、救急医療管理加算1は950点から1,050点に改正されたが、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おいては、改定後も、旧点数（950点）を基準として算定する。

※1 診療・検査医療機関（自治体HPで公表している医療機関）にて、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で、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ときに、当該保険医療機関が以下のいずれかに該当する場合。なお、以下のいずれかに該当することとなった日の属する週の初日（月曜日）から算定可能。（令和5年3月1日から令和5年3月31日までの間）

① 令和4年10月13日以降に、新たに、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である場合。

② 令和4年10月31日以前から診療・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た保険医療機関であって、令和4年11月1日以降、診療・検査対応時間が、令和4年10月13日時点の公表時間と比べ、一週間あたり30分以上拡充している場合。

③ 令和4年10月31日以前から診療・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た保険医療機関であって、令和4年11月1日以降に、新たに、診療対象患者について、過去に通院歴の無い患者にも拡充している場合。

④ 令和4年10月31日以前から診療・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た保険医療機関であって、令和4年11月1日以降、診療・検査対応時間を1週間に8枠以上確保している場合。

※「1週間に8枠以上」とは、各日の診療・検査対応時間を午前・午後の半日につき1枠とした際に、1週間あたりの診療・検査対応時間が合計8枠以上に該当することをいう。

(医学的に初診といわれる診療行為について)

① 新型コロナウイルス感染症疑いで初診で受診し、検査で陰性となったが、発熱等の症状が改善せずに再度受診する場合は算定できない。

② 医学的に新たに新型コロナウイルス感染症疑いで受診する場合は、慢性疾患等で定期的に受診している患者であっても算定可能。

③ 急性呼吸器疾患（咽頭炎、扁桃炎、急性気管支炎等）治療中に新たに新型コロナウイルス感染症が疑われた場合は、一連の診療かどうかにより判断される。あくまでも医師の医学的判断による。

※2 R4.2.19からは、陽性判定の日から公費負担。（R4.2.18以前は、陽性当日は保険診療で翌日から公費負担とされていた。）

※3 新型コロナウイルス感染症に係る投薬、胸部レントゲン撮影や経皮的動脈血酸素飽和度測定などの検査等、医師が診療を行ったと判断した場合に算定できる。（カルテ記載要）（但し経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定要件を満たさなければ保険請求は不可）

※4 重症化リスクの高い自宅・宿泊療養者に対し、診療・検査医療機関として公表され、電話や情報通信機器を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行うことが可能である旨を自院や自治体のホームページ等で公表しており、かつ、季節性インフルエンザに対応する体制を有している保険医療機関であって、以下のいずれかに該当する場合に、当該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、当該患者に対して主として診療を行っている医師が属する1つの保険医療機関において、一連の診療において初回の電話等診療に限る (令和4年11月1日から令和5年3月31日までの間)

- ① 令和4年11月1日以降、12月31日までに、新たに、電話や情報通信機器を用いた新型コロナウイルス感染症の診療を開始した保険医療機関である場合。
- ② 令和4年10月31日以前から電話や情報通信機器を用いた新型コロナウイルス感染症の診療を行っていた保険医療機関であって、1週間に8枠以上、かつ当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間又は土曜日若しくは休日の3時間以上電話や情報通信機器を用いた新型コロナウイルス感染症の診療を行うことが可能な体制を有している場合。「1週間に8枠以上」とは、※1と同様。

**【重症化リスクの高い者】**

①65歳以上②40歳以上65歳未満で重症化リスク因子（ワクチン未接種、ワクチン接種1回のみ、悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患（COPD等）、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、喫煙歴、高血圧、糖尿病、脂質異常症、BMI30以上の肥満、臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による免疫機能の低下）を複数保有③妊娠している

※5 県庁健康フォローアップ班からの依頼以外にも、患者から直接診療の求めがあった場合も交付金の対象となります。また、交付金を受けるためには診療・往診を実施した翌日までに県感染症対策推進課（FAX:058-272-8510）へ診察所見報告書の提出が必要になります。

※6 小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2核酸検出及びSARS-CoV-2抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びにSARS-CoV-2抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できる。

※7 令和4年度診療報酬改定後、情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たす届出をし、情報通信機器を用いて診療をした場合は251点を算定する。施設基準を届出せず電話や情報通信機器を用いた診療の場合は214点を引き続き算定する。

**小児・乳幼児について**

- 1：救急医療管理加算の算定に当たっては乳幼児加算（400点・6歳未満）、小児加算（200点・6歳以上15歳未満）が別に算定できる。
- 2：小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料の包括算定する場合は、疑い患者検査時の鼻腔・咽頭拭い液採取料、疑い患者や陽性が判明した患者の処方箋料は算定できない。
- 3：陽性患者の外来診療の際、小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料を届出している場合はまず包括算定を行う。種々の加算については算定要件を満たせば加算可能であり、新型コロナウイルス感染症に対する医療であれば公費Ⅱとなる。