事　務　連　絡
令和８年 11 月 24 日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）
御中

厚生労働省保険局医療課

令和８年 11 月 20 日からの大雪に伴う災害の被災者に係るマイナ保険証又は資格確認書の提示等について

令和８年 11 月 20 日からの大雪に伴う災害の被災に関して、被保険者がマイナ保険証又は資格確認書を紛失あるいは家庭に残したまま避難していることにより、保険医療機関等に提示できない場合等も考えられることから、この場合においては、氏名、生年月日、連絡先（電話番号等）、被用者保険の被保険者にあっては事業所名、国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者にあっては住所（国民健康保険組合の被保険者については、これらに加えて、組合名）を申し立てることにより、受診できる取扱いとするので、その実施及び関係者に対する周知について、遺漏なきを期されたい。

また、公費負担医療において医療券等を指定医療機関等に提示できない場合の取扱いについては、公費負担医療担当部局等より、別途事務連絡が発出されるものであること。

なお、当該避難者等に係る診療報酬等の請求については、平成 25 年１月 24 日付け保険局医療課事務連絡「暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて」（別添１）に準じて取り扱われたい。

あわせて、災害が発生した場合における保険診療及び診療報酬等の取扱いについては、令和８年３月 31 日付け保医発 0331 第２号保険局医療課長通知「災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」（別添２）のとおり取り扱われたい。

（別添1）

事　務　連　絡
平成25年１月24日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）
御中

厚生労働省保険局医療課

暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて

北海道における暴風雪被害に係る診療報酬の請求等の事務については、下記のとおり取り扱うこととするので、貴管下関係団体への周知徹底を図るようよろしくお願いしたい。なお、公費負担医療において医療券等を指定医療機関等に提示せず公費負担医療を受診した者の取扱いについては、公費負担医療担当部局等より、後日事務連絡が発出されるものであること。

記

１　被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱い等について

（１）被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求の取扱いについて
被保険者証等を保険医療機関に提示せずに受診した者に係る請求については、以下の方法により診療報酬の請求を行うものとすること。

①　保険医療機関においては、受診の際に確認した被保険者の事業所等や過去に受診したことのある医療機関に問い合わせること等により、また、窓口で確認した事項等により、可能な限り保険者等を記載すること。
②　保険者を特定した場合にあっては、当該保険者に係る保険者番号を診療報酬明細書（以下「明細書」という。）の所定の欄に記載すること。
なお、被保険者証の記号・番号が確認できた場合については、当該記号・番号を記載することとし、当該記号・番号が確認できない場合にあっては、明細書の欄外上部に赤色で不詳と記載すること。
③　上記①の方法により保険者を特定できないものにあっては、住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先について、明細書の欄外上部に記載し、当

該明細書について、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ提出する分、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）へ提出する分、それぞれについて別に束ねて、請求するものとすること。

なお、請求において、国民健康保険の被保険者である旨、国民健康保険組合の被保険者である旨及び後期高齢者医療の被保険者である旨を確認した者に係るものについては国保連に、被用者保険の被保険者等である旨を確認した者に係るものについては支払基金に請求するものとする。また、支払基金か国保連のいずれに提出するべきか不明なレセプトについては、保険医療機関において、可能な限り確認した上で、個別に判断し、いずれかに提出すること。

④　保険者が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法については、国保連分は、当該不明分につき診療報酬請求書を作成する方法（通常通り、国保分と後期高齢者分を区分してそれぞれ診療報酬請求書を作成すること）で、支払基金分は、診療報酬請求書の備考欄に未確定分である旨を明示し、その横に一括して所定事項（件数、診療実日数及び点数等）を記載すること。

（２）健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の２等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられたものに関する取扱い

健康保険法（大正11年法律第70号）第75条の２等の規定により一部負担金の減免措置等を講じられた者については、当該減免措置の対象となる明細書と減免措置の対象とならない明細書を別にして請求すること。（以下の事務連絡参照。）

なお、減免措置等に係る明細書については、明細書の欄外上部に赤色で災１と記載するとともに、同一の患者について、減免措置等に係る明細書と減免措置等の対象とならない明細書がある場合には、双方を２枚１組にし、通常の明細書とは別に束ねて提出すること。

ただし、同一の患者について、減免措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な明細書については、赤色で災２と記載することとし、被災以前の診療に関する一部負担金等の額を摘要欄に記載すること。

また、減免措置に係る明細書の減額割合等の記載については、「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）に基づき記載すること。

・災害により被災した被保険者等に係る一部負担金等及び健康保険料の取扱い等について（平成24年11月28日厚生労働省保険局保険課事務連絡）
・暴風雪被害により被災した国民健康保険被保険者に係る国民健康保険料（税）等の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局国民健康保険課・総務省自治税務局市町村税課事務連絡）
・暴風雪に伴う被害に係る後期高齢者医療制度の一部負担金及び保険料の取扱いについて（平成24年11月28日厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）

（３）被保険者証等により受給資格を確認した者の取扱いについて

被保険者証等により受給資格を確認した場合については、従来通りの方法に加え、（２）の方法により行うものとすること。

（４）調剤報酬等の取扱いについて

調剤報酬の請求及び訪問看護療養費の取扱いについても、上記と同様の取扱いとすること。

なお、調剤報酬に関し、窓口で住所又は事業所名を確認していない場合については、処方せんを発行した保険医療機関に問い合わせること等により、保険者の確認を行うこととし、平成25年１月以降の調剤分については、住所又は事業所名を確認すること。

２　レセプト電算処理システムの取扱いについて

レセプト電算処理システムに参加している保険医療機関等において、保険者が特定できない者等に係る診療報酬明細書等については、電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。（電子レセプトにより請求する際には別添の事項を参考として記載すること。）

別添

# 電子レセプトの記録に係る留意事項

本事務連絡に基づき診療報酬等を請求する場合には、電子レセプトの記載について以下の点に留意すること。なお、システム上の問題等によりこれらの方法によって電子レセプトによる請求ができない場合には、紙レセプトにより請求することとする。

１．事務連絡１（１）②関連（保険者を特定できた場合）

保険者を特定した場合であって、被保険者証の記号・番号が確認できない場合は、

○　被保険者証の「保険者番号」を記録する。
○　被保険者証の「記号」は記録しない。
○　「番号」は「999999999（９桁）」を記録する。
○　摘要欄の先頭に「不詳」を記録する。
○　保険者番号が不明な場合には、「保険者番号」は「99999999（８桁）」を記録し、摘要欄に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡を記録する。

２．事務連絡１（１）③関連（保険者を特定できない場合）

保険者を特定できない場合には、

○　「保険者番号」は「99999999（８桁）」を記録する。
○　被保険者証の記号・番号が確認できた場合は記号・番号を記録する。
○　被保険者証の記号・番号が確認できない場合は上記１と同様に、
　●　「記号」は記録しない。
　●　「番号」は「999999999（９桁）」を記録する。
　●　摘要欄の先頭に住所又は事業所名、患者に確認している場合にはその連絡先を記録する。

３．事務連絡１(２)関連

本事務連絡１(２)において、「明細書の欄外上部に赤色で災１と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項に「９６」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災１」と記録する」こと。

また、「災２と記載する」とされているものについては、「レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「９７」、保険者レコードの「減免区分」には該当するコード、摘要欄の先頭に「災２」と記録する」こと。

４．事務連絡１（４）関連（調剤レセプトの場合）

処方せんを発行した保険医療機関について、「都道府県番号」、「点数表番号」又は「医療機関コード」のいずれかが不明な場合には、「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」の全てを記録せず、「保険医療機関の所在地及び名称」欄に、当該保険医療機関の所在地及び名称を記録すること。

（別添2）

保医発 0331 第２号
令和８年３月 31 日

地方厚生（支）局医療課　御中

厚生労働省保険局医療課長

# 災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて

災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについては、従来、災害が発生した際に、それぞれの災害ごとに当課から随時通知を発出することにより対応してきたところであるが、今般、災害発生時に一定の基準を満たした場合には、個別の通知の発出を待たず、下記のとおり取り扱うこととしたのでご了知いただくとともに、関係団体への周知を図るようお願いしたい。なお、災害によってはこの通知の他にも通知を発出することがあるため、その場合は当該通知も併せて参照すること。

記

１．適用基準

大規模な災害の発生直後の保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについては、早期の対応が可能となるよう予め定めることとし、（１）から（３）までを全て満たす場合に、対象となる地域に所在する保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）に適用する。

（１）　対象となる災害

「日本ＤＭＡＴ活動要領の一部改正について」（令和７年７月 22 日医政地発第 0722 第２号)に基づく「日本ＤＭＡＴ活動要領」（令和７年７月 22 日）Ⅳの２に定める「ＤＭＡＴ自動待機基準」が適用される災害

（２）対象となる地域

２に定める被災者を受け入れたこと又は被災地に派遣したことにより適用される取扱いについては、災害の種別毎に、「ＤＭＡＴ自動待機基準」によりＤＭＡＴ指定医療機関が待機を行う地域（以下「対象地域」という。)を対象とする。

また、３から５までの取扱いについては、災害が実際に発生した地域又は特別警報が発出された地域（以下「被災地」という。）を対象とする。このうち被災した保険医療機関等に適用される取扱いについては、現に保険医療機関等が被災した場合に限る。

なお、被災地に派遣をしたことにより適用される取扱いについては、対象地域に所在する保険医療機関等が、ＤＭＡＴとして派遣するか否かにかかわらず、災害支援のために被災地に職員を派遣した場合に適用する。

（３）対象となる期間

当該災害発生日の属する月とその翌月を対象とする。なお、その後も引き続き本通知に定める取扱いを継続する必要がある場合には、個別に取扱いを定める。ただし、３の（１）から（３）まで及び（17)、４の（３)、（４）及び（７）並びに５の（３）については、災害による事情が終了するまで適用する。

２．対象地域の保険医療機関において、被災者を受け入れたこと又は被災地に派遣したことにより適用される取扱い

（１）「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」（平成 18 年３月 23 日保医発第 0323003）の第１の３において、保険医療機関が、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いに係り、「災害等やむを得ない事情」の場合は、当該入院した月に限り減額の対象としないとされていることから、被災者を超過入院させた保険医療機関にあっては、同通知第１の２の減額措置は適用しないものとすること。

（２）（１)の場合においては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号。本告示が改正された場合は、改正後の告示よること。以下同じ。）の第４項第１号に掲げるＤＰＣ対象の保険医療機関が医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いによらず、従前の通り診断群分類点数表に基づく算定を行うものとすること。

（３）被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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８年３月５日保医発 0305 第７号。本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。）の第３の１（１）の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、１割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。

（４）また、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第３の１（３)、（４）及び(７)、別添２第２の 13（２)、別添３の第７の２の１(３)並びに別添４の第 16 の２の(１)の規定にかかわらず、１日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」と

いう。）並びに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床検査技師、精神保健福祉士及び公認心理師の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、１割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。

（５） 上記と同様の場合、ＤＰＣ対象病院について、「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（令和８年３月 27 日保医発 0327 第１号）の第１の４（２）②に規定する「ＤＰＣ対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとすること。

（６） （３）から（５）の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

（７） 「基本診療料の施設基準等通知」又は「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（通知）」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号。本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）において、当該通知中に定める「専従」として保険医療機関に配置されている職員については、当該保険医療機関から被災地に派遣されその支援の業務に従事したことのみをもって、当該「専従」の要件を満たさなくなるものではないこと。

（８） 被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から、医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合には、以下の取扱いとすること。

＜原則＞

実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する。

＜医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合＞

○ 入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定する。）。

ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注３の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院

の場合は 15 対１の看護配置を求めていることから、15 対１一般病棟入院基本料を算定。)。

(９)　被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から災害の発生日以降に医療法上の許可病床数を超過して転院の受け入れを行った場合の平均在院日数は、当該患者を除いて算定すること。

(10)　災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断すること。

(11)　被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合には、被災地の保険医療機関が当該被災地以外の保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該被災地以外の保険医療機関に入院した日を入院の日とすること。

(12)　被災地の介護施設、避難所等から、医学的判断に基づき入院が必要と判断された入所者等の受入を行った場合、入院基本料及び特定入院料等は算定できること。なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、都道府県市町村に費用を請求すること。なお、当該費用の請求方法については、都道府県市町村に確認されたい。)。

(13)　被災地の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該被災地の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合には、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分２又は３の患者割合について、被災地から受け入れた転院患者を除いて算出することができること。ただし、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を届け出る治療室に、被災地の保険医療機関から転院の受け入れにより、やむを得ず当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外するものとすること。

(14)　被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足している保険医療機関、又は被災地から多数の患者を受け入れた保険医療機関において、「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及びデータ提出加算に係るデータ提出並びに「外来医療等調査」への適切な参加及び外来データ提出加算等に係るデータ提出が困難な場合の提出期限については、都度事務連絡を行う。

３．被災地における保険診療の取扱い

（１） 都道府県知事の要請に基づき、日本赤十字社の救護班やＤＭＡＴ、ＪＭＡＴなどの医療チームが避難所等で行った応急的な医療に係る経費については、

① 薬剤、治療材料等の実費

② 救助のための輸送費や日当・旅費等の実費

などを災害救助法の補助対象としており、これを保険診療として取り扱うことはできないこと。したがって保険診療としての一部負担金を患者に求めることはできないこと。

（２） 被災地の保険医療機関の医師等が、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行った場合、保険診療として取り扱うことはできないこと。また、被災地の保険医療機関の医師等が各避難所等を自発的に巡回し診療を行っている際に、訪れた避難所等において偶然、普段外来にて診療している患者の診察、処方等を行った場合は、保険診療として取り扱うことはできないこと。なお、こうした場合、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行った場合の医療費は、災害救助法の適用の対象とはならないこと。

（３） 在宅医療における取扱いは以下のとおりであること。

① 被災地の保険医療機関の医師等が、避難所に居住する疾病、傷病のために通院による療養が困難な患者に対して、当該患者が避難所にある程度継続して居住している場合に、定期的な診療が必要と判断され、患者の同意を得て継続的に避難所を訪問して診察を行った場合に、在宅患者訪問診療料（Ｉ）（歯科診療にあっては、歯科訪問診療料。以下同じ。）は算定できる。なお、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対して在宅患者訪問診療料（Ｉ）は算定できない。

② 同じ避難所等に居住する複数人に同一日に訪問診療を行う場合、及び同じ避難所等に居住する複数人に同一日に同じ訪問看護ステーションから訪問看護を行う場合には、同一建物居住者の取扱いとする。なお、医科の場合にあっては、避難所等において、同一世帯の複数の患者に診察をした場合は、「同一建物居住者」の取扱いではなく、１人目は「同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降の患者については、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料のみを算定すること。歯科の場合にあっては、同一日に診療を行う人数により、歯科訪問診療１（１人のみの場合)、歯科訪問診療２（２人以上３人以下の場合)、歯科訪問診療３（４人以上９人以下の場合)、歯科訪問診療４（10 人以上 19 人以下）又は歯科訪問診療５（20 人以上の場合）のいずれかにより算定する。また、被災前から、歯科疾患在宅療養管理料の対象となる医学管理を行っている患者が避難所等に避難し、当該患者に当該医学管理を継続して行う場合、当該管理料を算定することができる。

③ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は「単一建物居住患者の人数」により区分がなされているが、被災前から、当該管理料の対象となる医学管理を行っている患者が避難所に避難し、当該患者に当該医学管理を継続して行う場合、避

難所においても、被災前の居住場所に応じた区分に従って、当該管理料を算定することができる。ただし、避難場所が分散し、被災前の居住場所と比べ、「単一建物居住患者の人数」が減少した場合には、減少後の人数に基づいて算定できる。

④　患者が避難所等にある程度継続して居住している場合には、避難所に居住している患者であって、定期的に外来による診療を受けている者からの求めがあり、当該外来による診療を行っている被災地の保険医療機関の医師等が避難所等に赴き診療を行った場合には、往診料を算定できる。ただし、２人目以降については、往診料は算定できず、再診料の算定となる。（通常の往診料と同じ取扱い。）

⑤　被災地の保険医療機関において、通常外来診察を行っている患者に訪問診療を行った場合については、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものに対しては在宅患者訪問診療料（Ｉ）を算定できるが、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断されるものに対しては、在宅患者訪問診療料（Ｉ）の算定はできない。（通常の在宅患者訪問診療料（Ｉ）等の規定のとおり。）

（４）　被災地の保険医療機関が、災害等やむを得ない事情により、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合には、以下の取扱いとすること。

＜原則＞

実際に入院した病棟（病室）が届け出ている入院基本料又は特定入院料を算定する。

＜会議室等病棟以外に入院の場合＞

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

なお、単なる避難所としての利用の場合は算定できない（災害救助法の適用となる医療については、都道府県市町村に費用を請求する。なお、当該費用の請求方法については、都道府県市町村に確認されたい。）

＜医療法上、本来入院できない病棟に入院（精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など）又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院（回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など）した場合＞

○　入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する（精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定する。）。ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注３の規定に係らず、入院基本料を算定する。

○　特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること（一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院

する場合は15対１の看護配置を求めていることから、15 対１一般病棟入院基本料を算定する。)。

（５） 被災した医療機関において、医療機関の一部が損壊した等の理由から、患者を当該医療機関の別の入院料を届け出ている空床に移動した場合に算定する入院料の取扱いは、以下のとおりであること。

① 移動先の病棟の看護単位により診療が行われる場合は、実際に入院した病棟（病室）が届け出ている入院基本料又は特定入院料を算定する。

② 移動元の病棟の職員により、移動先の病棟とは別の看護単位で診療を行っている場合には、移動元の入院基本料又は特定入院料を算定する。

（６） 災害等やむを得ない事情による医療機関の損壊等により、病棟を完全に閉鎖し、当該病棟に入院患者がいない場合には、当該病棟を閉鎖している期間中において、入院料や加算に規定される看護を行う看護要員の配置は、夜間を含め不要であること。

（７） 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合の平均在院日数は、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合を含め、当該他の医療機関から転院させた患者を含めて算定すること。ただし、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を超えた場合であっても、従前の入院基本料を算定できるものとし、特別入院基本料の算定は行わないものとする。

（８） 被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院（例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など）した場合には、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否か判断すること。

（９） 被災地の保険医療機関において、被災地の他の保険医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の保険医療機関から転院の受け入れを行った場合には、他の保険医療機関が当該保険医療機関と特別の関係にあるか否かにかかわらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とすること。

(10) 被災地以外の都道府県で登録した保険医が、被災地の保険医療機関で行った場合には、被災地において、当該保険医が保険診療に従事する被災地の保険医療機関から診療報酬の請求を行うこと。

(11) 被災地の保険医療機関において透析設備が、災害の発生により使用不可能となって

いる場合に、被災地の保険医療機関に災害前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、真にやむを得ない事情があった場合に限り、透析を目的として他医療機関受診を行った日については、入院基本料及び特定入院料の控除は行わないこととすること。

(12)　新たに有床義歯を製作する場合については、遠隔地への転居のため通院が不能になった場合、急性歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合等の特別な場合を除いて原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して６月以降とする取扱いであるが、被災に伴い有床義歯を滅失又は破損した場合についても該当する。なお、この場合において、有床義歯を再製作するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書「摘要」欄に、被災に伴う６月未満の有床義歯の再製作である旨を記載すること。

(13)　被災前に、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、医療区分２・３の患者割合に係る施設基準を満たしていた被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により患者を入院させたことにより、平均在院日数、重症度、医療・看護必要度（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を除く。）、在宅復帰率、医療区分２又は３の患者割合を満たさなくなった場合については、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はないこと。なお、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を届け出る治療室に、やむを得ず本来当該治療室への入院を要さない患者を入院させた場合については、当該保険医療機関の入院基本料を算定した上で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の算出から除外すること。

(14)　入院時食事療養（Ｉ）又は入院時生活療養（Ｉ）の届出を行っている被災地の保険医療機関において、災害等やむを得ない事情により、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の療養たる提供を適時に、かつ適温で行うことが困難となった場合においても、従前の入院時食事療養費又は入院時生活療養費を算定できるものとすること。ただし、適時かつ適温による食事の提供が困難な場合であっても、できる限り適時かつ適温による食事の提供に努めること。

(15)　被災地の保険医療機関において、「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」への適切な参加及びデータ提出加算に係るデータ提出並びに「外来医療等調査」への適切な参加及び外来データ提出加算等に係るデータ提出が困難な場合の提出期限については、都度事務連絡を行う。

(16)　被災地の保険医療機関において、診療録及びレセプトコンピューターの全部又は一部が汚損又は滅失し、診療報酬を請求できない場合の概算請求及び保険者等が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法等については、別途連絡があった場合は、こ

れに従うこと。

(17)　保険医療機関の建物が全半壊等し、これに代替する仮設の建物等（以下「仮設医療機関」という。）において診療等を行う場合、当該仮設医療機関と全半壊等した保険医療機関との間に、場所的近接性及び診療体制等から保険医療機関としての継続性が認められる場合については、当該診療等を保険診療として取り扱って差し支えないこと。

４．被災地における保険調剤の取扱い

（１）被災地の保険薬局において、次に掲げる処方箋（通常の処方箋様式によらない、医師の指示を記した文書等を含む。）を受け付けた場合においては、それぞれに掲げる事項を確認した上で、保険調剤として取り扱って差し支えないこと。

①　保険者番号、資格確認書・被保険者手帳の記号・番号の記載がない場合

被災により、資格確認書を保険医療機関に提示できなかった場合であること。この場合、保険薬局において、加入の保険及び被用者保険の被保険者等にあっては事業所名、国民健康保険の被保険者及び後期高齢者医療制度の被保険者にあっては住所を確認するとともに、調剤録に記載しておくこと。

②　保険医療機関の記載がない場合

処方箋の交付を受けた場所を患者に確認すること。なお、処方箋の交付を受けた場所が、救護所、避難所救護センターその他保険医療機関以外の場所であることが明らかな場合は、保険調剤として取り扱えないものであること。（（３）参照）

（２）被災した患者が処方箋を持参せずに調剤を求めてきた場合については、事後的に処方箋が発行されることを条件として、以下の要件のいずれにも該当する場合には、保険調剤として取り扱って差し支えない。

ア　交通の遮断、近隣の医療機関の診療状況等客観的にやむを得ない理由により、医師の診療を受けることができないものと認められること。

イ　主治医（主治医と連絡が取れない場合には他の医師）との電話やメモ等により医師からの処方内容が確認できること。

また、医療機関との連絡が取れないときには、服薬中の薬剤を滅失等した被災者であって、処方内容が安定した慢性疾患に係るものであることが、薬歴、お薬手帳、包装等により明らかな場合には、認めることとするが、事後的に医師に処方内容を確認するものとすること。

（３）災害救助法（昭和 22 年法律第 118 号）に基づく医療（※）の一環として、救護所、避難所救護センター等で処方箋の交付を受けたと認められる場合には、当該調剤に係る報酬は救護所の設置主体である都道府県市町村に請求するものであること。ただし、災害救助法が適用されている期間内において処方箋が交付され、調剤されたものであること。

なお、災害により避難所や救護所等において発行された処方箋については、当該処方箋に「災」と記されている場合もあるが、災害救助法の医療が適用される場合は保険診療としては取り扱われないので、処方箋の交付を受けた場所を患者に確認するとともに、保険診療の対象か災害救助法の対象なのか判断に迷った場合は、都道府県市町村に確認されたい。

※　災害救助法の医療は、応急的医療であって、医療機関が被災していて、通常の保険診療等が行われていない場合に提供されるものである。

（４）　医師の指示に基づき、保険薬剤師が避難所等を訪問し、薬学的管理及び指導を行った場合、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できるものであること。ただし、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対しては算定できない。なお、同じ避難所等に居住する複数人に対して同一日に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合は、当該避難所等において当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施する者の人数に従い「単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合」又は「単一建物診療患者が 10 人以上の場合」の取扱いとするが、同一世帯の複数の患者が避難所等に同居している場合には、１人目は「単一建物診療患者が１人の場合」を算定し、２人目以降の患者については、「単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合」又は「単一建物診療患者が 10 人以上の場合」を算定すること。

（５）　被災地の保険薬局において、現地での医薬品の供給不足により、調剤に必要な医薬品の在庫が逼迫している場合等やむを得ない場合には、被災地での医薬品の流通状況等に応じて、分割指示のない処方箋であっても、処方医へ迅速に疑義照会を行うことが難しい場合には、保険薬局の判断で分割調剤を行い、事後に報告することで差し支えないこと。

（６）　被災地の保険薬局において、レセプトコンピューターの全部又は一部が汚損又は滅失し、診療報酬を請求できない場合の概算請求及び保険者等が特定できない場合の診療報酬請求書の記載方法等については、別途連絡があった場合は、これに従うこと。

（７）　保険薬局の建物が全半壊等し、これに代替する仮設の建物等（以下「仮設保険薬局」という。）において調剤等を行う場合、当該仮設保険薬局と全半壊等した保険薬局との間に、場所的近接性及び診療体制等から保険薬局としての継続性が認められる場合については、当該調剤等を保険調剤として取り扱って差し支えないこと。

５．被災地における訪問看護の取扱い

（１）　訪問看護基本療養費（以下「基本療養費」という。）及び包括型訪問看護療養費については、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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」（令和８年３月５日保発 0305 第 19 号。本通知が改正され

た場合は、改正後の通知によること。以下同じ。以下「訪問看護療養費の算定方法の留意事項通知」という。）において、訪問看護指示書（以下「指示書」という。）に記載された有効期間内（６か月を限度とする。）に行った指定訪問看護（以下「訪問看護」という。）について算定する取扱いとされているところであるが、次の①から③のいずれにも該当する場合には、当該有効期間を超えた場合であっても基本療養費及び包括型訪問看護療養費を算定できるものとする。

① 災害発生以前に主治医の指示書の交付を受けている利用者であること。

② 保険医療機関等が被災したため主治医と連絡がとれず、災害発生後に指示書の交付を受けることが困難なこと。

③ 訪問看護ステーションの看護師等が利用者の状態からみて訪問看護が必要と判断し訪問看護を実施したこと。なお、利用者が主治医と連絡が取れる目途がない場合には、速やかに新たな主治医のもとで適切な治療を続けられるような環境整備を行うよう配慮すること。

（２） 訪問看護管理療養費（以下「管理療養費」という。）については、訪問看護療養費の算定方法の留意事項通知において利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書（以下「計画書等」という。）を主治医に提出するなど計画的な管理を継続して行った場合に算定する取扱いとされているところであるが、保険医療機関等が被災地に所在する場合であって、被災のため主治医と連絡がとれず、やむを得ず計画書等を主治医に提出することができない場合であっても、管理療養費の算定ができるものとすること。

（３） 健康保険法上、居宅において訪問看護を行った場合に、訪問看護療養費を算定する取扱いとされているところ。被保険者が被災地に所在していた場合であって、被災のため避難所や避難先の家庭等で生活している場合においても、訪問看護を行った場合にはこれを算定出来るものとすること。

（４） 訪問看護ステーションは、前記（１）から（３）により訪問看護を実施した場合は、その旨を訪問看護記録書に記録しておくこと。