

日 薬 業 発 第 470 号
令 和 6 年 3 月 6 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日 本 薬 剤 師 会
会 長 山 本 信 夫
(会 長 印 省 略)

令和6年度診療報酬改定に関する通知の発出について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和6年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申が行われたことにつきましては、令和6年2月14日付け日薬業発第428号にてお知らせしたところですが、これに関する省令・告示が令和6年3月5日付けで公布され、厚生労働省保険局より関係通知（算定上の留意事項など）が下記のとおり発出されました。

今回の一部改正につきましては、令和6年6月1日より適用となります。また、これらにつきましては、厚生労働省ホームページからも入手できますので、貴会会員にご周知下さるようお願い申し上げます。

なお、厚生労働省ホームページにおいて、令和6年度診療報酬改定説明動画も公開されておりますことを申し添えます。

記

1. 関係通知（いずれも令和6年3月5日付け）

<保険局長通知>

- ① 令和6年度診療報酬改定について（保発 0305 第9号）
- ② 健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令等の公布について（保発 0305 第10号）
- ③ 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（保発 0305 第11号）<抄>

<保険局医療課長通知>

- ④ 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（保医発 0305 第4号）<抄>

- ⑤ 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（保医発 0305 第 5 号）＜抄＞
- ⑥ 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（保医発 0305 第 6 号）＜抄＞
- ⑦ 使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について（保医発 0305 第 1 号）
- ⑧ 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について（保医発 0305 第 8 号）＜抄＞
- ⑨ 特定保険医療材料の定義について（保医発 0305 第 12 号）＜抄＞
- ⑩ 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第 6 関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第 14 関係）に係る留意事項について（保医発 0305 第 3 号）
- ⑪ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」の一部改正について（保医発 0305 第 15 号）
- ⑫ 「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（保医発 0305 第 2 号）＜抄＞

2. 厚生労働省ホームページ

「令和 6 年度診療報酬改定について」

厚生労働省トップページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和 6 年度診療報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

以上

①

保 発 0305 第 9 号
令 和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局長 }
都 道 府 県 知 事 } 殿

厚生労働省保険局長
(公 印 省 略)

令和 6 年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 57 等の関係告示等が別添のとおり公布（一部未定）され、本年 6 月 1 日（一部 4 月 1 日）から適用されることとなったため、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

(別添)

令和6年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示(予定)日	法令番号
1	健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第34号
2	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第35号
3	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第55号
4	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掲示事項等の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第56号
5	診療報酬の算定方法の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第57号
6	基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第58号
7	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第59号
8	使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第60号
9	特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第61号
10	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を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第62号
11	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第63号
12	入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第64号
13	複数手術に係る費用の特例の一部を改正する件	3月21日	(未定)
14	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の一部を改正する件	3月21日	(未定)
15	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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3月21日	(未定)
16	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の一部を改正する件	3月21日	(未定)
17	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部を改正する件	3月21日	(未定)
18	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養等の一部を改正する告示	3月27日	(未定)

19	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一部を改正する告示	3月27日	(未定)
20	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を改正する告示	3月27日	(未定)
21	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月27日	(未定)
22	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第二条の二の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月27日	(未定)
23	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の一部を改正する告示	3月27日	(未定)
24	厚生労働大臣が定める療養を廃止する件	3月27日	(未定)

保 発 0305 第 10 号
令 和 6 年 3 月 5 日

都道府県知事
地方厚生（支）局長
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長
社会保険診療報酬支払基金理事長
全国健康保険協会理事長
健康保険組合理事長
健康保険組合連合会長

殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 長
〔 公 印 省 略 〕

健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令等の公布について

健康保険法施行規則及び保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部を改正する省令（令和6年厚生労働省令第34号。以下「健保則等改正省令」という。）、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和6年厚生労働省令第35号。以下「療担規則等改正省令」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第55号。以下「療担基準改正告示」という。）及び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掲示事項等の一部を改正する告示（令和6年厚生労働省告示第56号。以下「掲示事項等告示改正告示」という。）については、本日公布され、順次施行・適用される。

改正の趣旨及び内容等は下記のとおりであるので、十分御了知の上、管内市町村、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきようお願いする。

記

第1 改正の趣旨

デジタル臨時行政調査会において、アナログ規制に該当するアナログ行為を求める場合があると解される法律・政令・省令及び告示・通知・通達等の条項について、当該条項に係る規制の見直しを実施するため、令和4年12月21日に「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」が、また、令和5年5月30日に「デジタル原則を踏まえたアナログ規制（通知・通達等）の見直し方針」が公表されたところである。今般、こうした工程表を踏まえ、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

また、令和6年度診療報酬改定における長期収載品の保険給付の在り方の見直し等を踏まえ、処方箋様式の改正等の所要の改正を行うこととする。

第2 改正の内容

1 健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）の一部改正（健保則等改正省令第1条関係）

指定訪問看護事業者は、原則として、訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。）である旨をウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない指定訪問看護事業者については、この限りではない。

（第75条第2項関係）

2 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令（昭和32年厚生省令第13号）の一部改正（健保則等改正省令第2条関係）

（1） 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令（昭和32年政令第87号）第1条の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定に関する公示については、地方厚生局等が当該地方厚生局等の掲示場に掲示することに加え、今般、当該地方厚生局等のウェブサイトに掲載することによって行うこと。（第5条関係）

（2） 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令第6条の規定による保険医若しくは保険薬剤師の登録に関する公示は、地方厚生局等が当該地方厚生局等の掲示場に掲示することに加え、今般、当該地方厚生局等のウェブサイトに掲載することによって行うこと。（第21条関係）

3 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号。以下「療担規則」という。）の一部改正（療担規則等改正省令第 1 条及び第 2 条関係）

（1） 保険医療機関は、次に掲げる事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。（第 2 条の 6 第 2 項、第 5 条の 3 第 5 項、第 5 条の 3 の 2 第 5 項及び第 5 条の 4 第 3 項関係）

ア 療担規則第 2 条の 6 第 1 項により掲示することとされている厚生労働大臣が定める事項

イ 療担規則第 5 条の 3 第 4 項により掲示することとされている食事療養の内容及び費用に関する事項

ウ 療担規則第 5 条の 3 の 2 第 4 項により掲示することとされている生活療養の内容及び費用に関する事項

エ 療担規則第 5 条の 4 第 2 項により掲示することとされている評価療養、患者申出療養又は選定療養の内容及び費用に関する事項

（2） 長期収載品の保険給付の在り方の見直しに伴い、次に掲げる改正を行うこと。なお、その詳細については、追って通知する予定であること。（第 5 条第 2 項並びに様式第 2 号及び様式第 2 号の 2 関係）

ア 療担規則第 5 条第 2 項について、保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養に関して、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

イ 処方箋様式について、所要の改正を行うこと。

4 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号。以下「薬担規則」という。）の一部改正（薬担規則等改正省令第 3 条及び第 4 条関係）

（1） 薬担規則第 2 条の 4 第 1 項により掲示することとされている厚生労働大臣が定める事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。（第 2 条の 4 第 2 項関係）

（2） 評価療養、患者申出療養又は選定療養について、次に掲げる改正を行うこと。（第 4 条の 3 関係）

ア 保険薬局は、薬担規則第 4 条第 2 項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あ

らかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならないこと。

イ 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、当該療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならないこと。

ウ 保険薬局は、原則として、当該療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならないこと。

(3) 3(2)アに準じた改正を行うこと。なお、その詳細については、追って通知する予定であること。(第4条第2項関係)

5 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)の一部改正(療担基準改正告示第1条及び第2条関係)

3(1)及び(2)並びに4に準じた改正を行うこと。(第2条の6第2項、第5条第2項、第5条の3第5項、第5条の3の2第5項、第5条の4第3項、第25条の4、第26条の4第2項及び第26条の6関係)

6 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(平成18年厚生労働省告示第107号)の一部改正(揭示事項等告示改正告示第1条及び第2条関係)

(1) 保険医療機関は、療担規則第5条の4第1項及び療担基準第5条の4第1項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準に関し、次に掲げる事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。(第3の3(4)、7(4)、8(3)、9(3)及び10(4)関係)

ア 予約診察を行う日時及び予約料

イ 金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項

ウ う蝕^{しよく}に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項

エ 前歯部の金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項

オ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項

なお、3(1)エ並びに5及び7(2)(3(1)に準じた改正に限る。)のとおり、令和7年5月31日までの間の経過措置を設けること。

(2) その他所要の改正を行うこと。

7 施行期日等

- (1) 健保則等改正省令、療担規則等改正省令及び改正告示は、令和6年6月1日から施行・適用すること。ただし、3(2)、4(3)及び5(3(2)及び4(3)に準じた改正に限る。)は、令和6年10月1日から施行・適用するものとする。こと。(健保則等改正省令附則第1条、療担規則等改正省令附則第1条及び改正告示附則第1条)
- (2) 1、2、3(1)、4(1)及び(2)ウ並びに5(3(1)、4(1)及び(2)ウに準じた改正に限る。)については、令和7年5月31日までの間の経過措置を設けること。(健保則等改正省令附則第2条、療担規則等改正省令附則第2条及び改正告示附則第2条)
- (3) 療担規則等改正省令第5条による指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第80号)の改正については、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について(令和6年3月5日保発0305第13号)によって通知すること。

保 発 0305 第 11 号
令 和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局長
都道府県知事 } 殿

厚生労働省保険局長
（公印省略）

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、義務付けられているところであるが、「保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和6年厚生労働省令第35号）により、指定訪問看護事業者についても、明細書を交付する義務が設けられ、本年6月1日から施行することとされた。

これに併せ、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和4年3月4日保発0304第2号。以下「旧通知」という。）の一部を変更することとするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、旧通知については、令和6年5月31日限り廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式1を、歯科診療報酬については別紙様式2を、調剤報酬については別紙様式3を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第9項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護ベースアップ評価料の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。
- 3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならない

いこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口で「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならないこと。ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある診療所については患者から求められたときに交付することで足りるものとする。なお、院内掲示等については、3と同様に取り扱うこと。

6 5の「正当な理由」に該当する診療所については、「正当な理由」に該当する旨並びに明細書を発行する場合には費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。ただし、4により届出を行っている診療所については、別途届出を行うことは要しないこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあつては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、

明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

- 8 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。
- 9 患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。
- 10 指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書を無償で交付すること。領収証兼明細書の様式は別紙様式4を参考とするものであること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで明細書を発行しているものとみなすものであること。
- 11 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。
- 12 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。
- 13 「正当な理由」に該当する診療所において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該診療所は、4及び6の届出の記載事項について、毎年8月1日現在の状況の報告を行うこと。
- 14 「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。
- 15 明細書の発行状況に関し、院内掲示することとされている事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。なお、令和7年5月31日までの間は経過措置を設けている。

(別紙様式3)

(調剤報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

領収証No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家
	年 月 日			

保 険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点

保険外 負 担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)
	-----	-----
	-----	-----

	保 険	保険外負担
合 計	円	円
負担額	円	円
領収額 合 計	円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇薬局 〇 〇 〇 〇

領収印

調剤明細書(記載例)

	調剤	保険		
患者番号		氏名	〇〇 〇〇	様 調剤日 YYYYY/MM/DD

区分	項目名	点数	備考
調剤技術料	調剤基本料	〇〇	
	後発医薬品調剤体制加算1	〇〇	
	調剤料		
	内服薬(28日分)	〇〇	
	内服薬(14日分)	〇〇	
	屯服薬	〇〇	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	〇〇	
	特定薬剤管理指導加算1	〇〇	
薬剤料	A錠 1日2錠×28日分	〇〇	後発医薬品
	B錠 1日1錠×14日分	〇〇	
	C錠 1回1錠×5回分	〇〇	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
 〇〇〇薬局 〇〇 〇〇

(別紙様式 7)

院内掲示例

○年○月

▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

4

< 抄 >

保医発 0305 第 4 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 57 号）等が公布され、令和 6 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添 1、歯科診療報酬点数表については別添 2 及び調剤報酬点数表については別添 3 のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「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」（令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第58号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和6年厚生労働省告示第59号）による改正後の「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）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第57号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

「呼吸ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。

(4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。

(5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

A 2 4 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算

(1) 術後疼痛管理チーム加算は、質の高い疼痛管理による患者の疼痛スコアの減弱、生活の質の向上及び合併症予防等を目的として、術後疼痛管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「術後疼痛管理チーム」という。)が必要な疼痛管理を実施することを評価したものである。

(2) 術後疼痛管理チーム加算は、「L 0 0 8」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を受けた患者であって、手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの(覚醒下のものに限る。)に対して、術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に、手術日の翌日から起算して3日を限度として、所定点数に加算する。

(3) 術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき、術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、必要に応じて当該患者の診療を行う医師及び術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携して対応すること。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

(1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

A 2 4 3 - 2 バイオ後続品使用体制加算

(1) バイオ後続品使用体制加算は、バイオ後続品の品質、有効性、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

(2) バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している保険医療機関であって、当該保険医療機関の調剤した後発バイオ医薬品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下同じ。)及びバイオ後続品を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である保険医療機関に

において、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用する患者について、入院初日に算定する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 病棟薬剤業務実施加算は、当該保険医療機関の病棟等において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟又は治療室において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週を限度として加算できる。
- (2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、「A100」一般病棟入院基本料、「A101」療養病棟入院基本料、「A102」結核病棟入院基本料、「A103」精神病棟入院基本料、「A104」特定機能病院入院基本料、「A105」専門病院入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「A307」小児入院医療管理料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。
- (3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
- ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
- イ 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）に関する情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。
- ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。
- i 緊急安全性情報、安全性速報
 - ii 医薬品・医療機器等安全性情報
 - iii 医薬品・医療機器等の回収等
- エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録等に添付すること。

オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。

キ 特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合は、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。

ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

（4）病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録等にも記録すること。

ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

（5）「注2」に規定する薬剤業務向上加算は、さらなるチーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の充実した研修体制を整備した医療機関において病棟薬剤業務を実施することを評価するものである。

（6）薬剤業務向上加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局に届け出た保険医療機関において、薬剤師が（3）に掲げる病棟薬剤業務を実施している場合に週1回に限り所定点数に加算する。

A245 データ提出加算

（1）厚生労働省が実施する「DPCの評価・検証等に係る調査」（以下「DPC調査」という。）の退院患者調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、医療機関毎に公開されるものである。

また、提出されたデータは、入院医療等を担う保険医療機関の機能や役割の分析・評価等や健康保険法第150条の2第1項の規定に基づき、厚生労働省が行う匿名診療等関連情報の第三者提供のために適宜活用されるものである。

（2）当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定

ための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第 2 条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から 3 日以内に 1 回に限り算定すること。

(5) (4)において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。

- イ 過去 6 か月以内に精神科受診の既往がある患者
- ロ 医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者
- ハ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

(6) 精神疾患診療体制加算 2 を算定した場合には、「A 3 0 0」救命救急入院料の注 2 に規定する加算及び「I 0 0 1」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して 4 日目以降に限り、「I 0 0 1」入院精神療法を算定することができる。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算

(1) 「注 1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。

ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、(7)の関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。

イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。

オ イ、ウ及びエを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施するほか、病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる

機会を活用して、多職種が連携して実施すること。

カ (7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

- (2) 「注1のイ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものについて、算定する。この場合において、「特に規定するもの」として、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。
- (3) 「注1のロ」については、精神病棟に入院中の患者であって、入院時又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、算定する。
- (4) 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (5) 「注1のロ」及び「注2のロ」に規定する抗精神病薬の種類については、第2章第5部第2節(3)イにおける抗精神病薬の種類と同様の取扱いとする。
- (6) 医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要な応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要な応じ医師に情報提供を行う。
- (7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別)）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(厚生労働省)、「ポリファーマシー対策の進め方」(日本病院薬剤師会)等を参考にすること。
- (8) 患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」(日本老年医学会、日本老年薬学会)等を参考にすること。
- (9) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。
- (10) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙36の2に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で1,000mg以上減少した場合を含めることができる。
- (11) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (12) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、当該保険医療機関及び他の保険

医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、「B008-2」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (13) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、当該保険医療機関で薬剤調整加算又は「B008-2」薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

A251 排尿自立支援加算

- (1) 排尿自立支援加算は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。
- (2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。
- ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
- (3) 病棟の看護師等は、次の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。
- ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。
 - イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。
 - ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。
- (4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。
- (5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う。
- (6) (3)から(5)までについて、診療録等に記載する。
- (7) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価する等の関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行った場合について、週1回に限り、12週を限度として算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

た場合について評価を行うものである。大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合に、「イ」及び「ロ」については入院中に1回、「ハ」については初回算定日より1年を限度として月に1回に限り算定する。

- (2) 「イ」を算定した患者が当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に転院した場合又は同一の保険医療機関のリハビリテーション医療等を担う病棟に転棟した場合において「ロ」は算定できない。
- (3) 「イ」又は「ロ」を算定した患者が退院し、入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合について、「イ」又は「ロ」を算定した同一月において「ハ」は算定できない。
- (4) 「イ」については、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
- (5) 「ロ」及び「ハ」は、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (6) 当該管理料を算定すべき医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

- (1) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料は、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎と診断された患者に対して、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に月に1回に限り算定する。なお、アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料イにおいて「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- (2) アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。
- (3) 学会によるガイドライン等を参考にする。

36 下肢創傷処置管理料

- (1) 下肢創傷処置管理料は、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とするものに対し、「J000-2」に掲げる下肢創傷処置と併せて、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。
- (2) 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- (3) 学会によるガイドライン等を参考にする。

37 慢性腎臓病透析予防指導管理料

- (1) 慢性腎臓病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）に対し、医師が透析を要する状態となることを予防するために重点的な指

導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。

- (2) 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、(1)の患者に対し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (3) 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- (4) 当該管理を実施する透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載すること。
- (5) 同一月又は同一日においても、「注2」に規定するものを除き、第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
- (6) 当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式13の10に基づき、1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- (7) 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。
- (8) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。
- (9) 「注3」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。
 - ア 透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、(1)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあつては、医師又は当該医師の指示を受けた看護師（又は保健師）若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。
 - イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導と情報通信機器を用いた診療による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。
 - ウ 透析予防診療チームは、情報通信機器を用いた診療により実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する。

B001-2 小児科外来診療料

- (1) 小児科外来診療料は、入院中の患者以外の患者であつて、6歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。

- (7) 小児かかりつけ診療料を算定した場合は、「B001-2」小児科外来診療料は算定できない。
- (8) 小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- (9) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者については、算定できない。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- (2) 「1」の「イ」の(1)、「2」の「イ」の(1)又は「3」の「イ」の(1)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の(2)、「2」の「イ」(2)又「3」の「イ」の(2)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- (3) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- (4) 外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。

なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にも説明を行った場合は算定できない。

ア 化学療法を初めて実施する場合、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。

イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

- (5) 抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。
- (6) 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して 24 時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。
- (7) 外来腫瘍化学療法診療料 1 は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる。
- (8) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に 1 回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- (9) 「注 8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料 1 を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料 1 のイの（1）を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月 1 回に限り算定する。

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

- (イ) 患者に実施しているレジメン
- (ロ) 当該レジメンの実施状況
- (ハ) 患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

(ニ) 主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

(ホ) その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。

ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

(10) 「注9」に規定するがん薬物療法体制充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して(4)イ及びウに掲げる業務について、医師の指示を受けた薬剤師による業務のうち、医師の診察前に服薬状況、副作用の有無等の情報を患者から直接収集し、評価を行った上で、当該医師に当該患者に係る情報提供、処方提案等を行った場合は、月1回に限り100点を所定点数に加算する。なお、必要に応じて、医師の診察後においても、抗悪性腫瘍剤、副作用に対する薬剤等の使い方等について、適宜患者に対して説明を行うこと。

B001-3 生活習慣病管理料（I）

(1) 生活習慣病管理料（I）は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

(2) 生活習慣病管理料（I）は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。以下同じ。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載して

いる場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。

- (3) 当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に規定する外来管理加算、第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料(I)を継続して算定する月においては、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合に交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- (6) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、当該管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (7) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- (8) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。
- (9) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
- (10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科を標榜する保険医療機関への受診を促すこと。
- (11) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で8.

0%以上（NGSP 値で 8.4%以上）の者をいう。

- (12) 「注 3」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月 20 回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。

当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

- (13) 「注 4」に規定する外来データ提出加算を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 厚生労働省が毎年実施する「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」（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、生活習慣病管理料（I）を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ データの作成は 3 月単位で行うものとし、作成されたデータには第 1 月の初日から第 3 月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して 12 週間にわたり計 5 回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

- ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
- イ 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。
- ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。
- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。
- (5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。
- (6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行う。
- (7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。
- (8) 情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、「F100」処方料又は「F400」処方箋料を別に算定できる。
- (9) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。
- (10) 情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- (11) ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (12) ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。
- (13) ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。
- (14) (2)に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

- (1) 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、「A000」初診料を算定した日の属する月においては、

本管理料は算定しない。

- (2) 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。以下同じ。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (3) 当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に規定する外来管理加算、第2章第1部医学管理等（「B001」の「9」外来栄養食事指導料、同「11」集団栄養食事指導料、同「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料、同「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料、「B001-3-2」ニコチン依存症管理料、「B001-9」療養・就労両立支援指導料、「B005-14」プログラム医療機器等指導管理料、「B009」診療情報提供料（Ⅰ）、「B009-2」電子的診療情報評価料、「B010」診療情報提供料（Ⅱ）、「B010-2」診療情報連携共有料、「B011」連携強化診療情報提供料及び「B011-3」薬剤情報提供料を除く。）の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を継続して算定する月においては、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合に交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- (6) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、当該管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。

- (7) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- (8) 患者の状態に応じ、28 日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応すること。
- (9) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
- (10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年 1 回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科を標榜する保険医療機関への受診を促すこと。
- (11) 「注 3」及び「注 4」に規定する加算の取扱いについては、生活習慣病管理料（I）の(11)～(13)の例による。
- (12) 「注 6」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、「L 0 0 2」硬膜外麻酔、「L 0 0 4」脊椎麻酔若しくは「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月 1 回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。
 - (2) 手術前 1 週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前 1 週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として 1 週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。
 - (3) 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に「D 0 2 6」血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。
 - (4) 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、「E 4 0 0」フィルムの所定点数により算定する。
 - (5) 本管理料を算定する手術前 1 週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の 1 回目の所定点数については別に算定できない。
 - (6) 本管理料を月初めに算定し、手術前 1 週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の 1 回目の所定点数については別に算定できない。
 - (7) 同一の患者について、月をまたがって 1 週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を 2 回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、2 回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。
- (例) 当該月の 29 日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の 3 日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

- を提供する保険医療機関又は産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、患者1人につき提供する保険医療機関ごとに1月に1回又は3月に1回に限り算定する。
- (2) 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
- ア 患者の氏名、生年月日、連絡先
 - イ 診療情報の提供先保険医療機関名
 - ウ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容
 - エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- (3) 必要に応じて、紹介元の保険医療機関が「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関であることを確認すること。
- (4) 「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。なお、予約診療を実施していない保険医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。
- (5) 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に連携強化診療情報提供料を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) 「注5」については、3月に1回に限り算定する。ただし、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (7) 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い「B009」診療情報提供料(I)を算定した保険医療機関においては、「B009」診療情報提供料(I)を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。
- (8) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

B011-3 薬剤情報提供料

- (1) 薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 「注1」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月1回に限り「注2」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
- ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録
- また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔

な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

- (3) やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。
- (4) 同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。
- (5) 処方内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。
- (6) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に2以上の診療科で処方された場合であっても、1回のみ算定とする。
- (7) 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録等に記載する。

B011-4 医療機器安全管理料

- (1) 医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。
- (2) 医療機器安全管理料1は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に1月に1回に限り算定する。
- (3) 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。）、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。
- (4) 医療機器安全管理料2は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。
- (5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）、ガンマナイフ装置及び密封小線源治療機器をいう。

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

- (1) がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) 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

合には、主たるもののみ算定する。また、当該画像診断を実施したと同一月内に肝臓の線維化の診断を目的として「D 2 1 5 - 2」肝硬度測定、「D 2 1 5 - 3」超音波エラストグラフィ又は「D 2 1 5 - 4」超音波減衰法検査を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

E 2 0 3 コンピューター断層診断

- (1) コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び「E 1 0 1 - 4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、「A 0 0 0」に掲げる初診料（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

第5部 投薬

<通則>

- 1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方箋を交付した場合は第5節処方箋料に掲げる所定点数のみを算定する。
なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。
- 2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。
- 3 投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。
- 4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。
- 5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。
- 6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- 7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。
- 8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費

用は、被保険者の負担とする。

- 9 「通則4」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。
- 10 「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。
- 11 入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第1節 調剤料

F000 調剤料

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。
- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。
- (5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。
 - ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。
 - イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこ

と。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(3) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。（年2回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、I C D-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

(4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

(7) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(8) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

(9) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患（以下、この項において「特定疾患」という。）を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかか

りつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院においてのみ算定する。

イ 同一暦月に「F 1 0 0」処方料と「F 4 0 0」処方箋料を算定する場合にあっては、「F 1 0 0」処方料又は「F 4 0 0」処方箋料のいずれか一方の加算として月 1 回に限り算定する。

ウ 当該加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て 28 日以上である必要はない。

エ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2 以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

オ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

(10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注 6」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に「F 1 0 0」処方料と「F 4 0 0」処方箋料を算定する場合にあっては、「F 1 0 0」処方料又は「F 4 0 0」処方箋料のいずれか一方の加算として月 1 回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(11) 「注 7」については、「A 0 0 0」初診料の「注 2」又は「注 3」、「A 0 0 2」外来診療料の「注 2」又は「注 3」を算定する保険医療機関において、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ 薬効分類の小分類が合成ビタミン D 製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者

に対して用いた場合

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合

- (12) 「注 8」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。
- (13) 「注 9」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は 1 日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い（No. 11 2017 年 3 月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成 24 年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。
- (14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の 1 日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。
- (15) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75%以上、85%以上又は 90%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1 処方につき 5 点、7 点又は 8 点を所定点数に加算する。

第 3 節 薬剤料

F 2 0 0 薬剤

- (1) 「注 2」については、「F 1 0 0」処方料の(3)に準じるものとする。
- (2) 「注 2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1 処方とは処方料の算定単位となる処方という。
- (3) 1 回の処方において、2 種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き 1 剤として算定する。
 - ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
 - イ 固形剤と内用液剤の場合
 - ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合
- (4) 「注 1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法

律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

(5) 特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(6) 「注3」の多剤投与の場合の算定

ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方の中の全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

ア 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

(イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）

(ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を

含む。)であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

(ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

(ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

(ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

(1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)に定められている様式の完備した処方箋(院外処方箋)を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量(日分数)等の如何にかかわらず、1回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は3回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。

(3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方箋を交付した場合は、1回として算定する。

(4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。

(5) 「1」については、「F100」処方料の(3)に準じるものとする。

(6) 「2」において、処方箋料における内服薬の種類については、「F200」薬剤の「注

3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

- (7) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

- (8) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、「F100」処方料の(6)に準じるものとする。

- (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

- (10) 「注2」については、「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

- (11) 乳幼児加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は「F100」処方料の(8)、(9)又は(10)に準じるものとする。ただし、(9)のウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上(リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の場合を含む。)」と読み替えるものとする。

- (12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

- (13) 「注7」については、「F100」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

- (14) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生(支)局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回(末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限られる。

- (15) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品

及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

- (16) 「注8」において、「直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「00」調剤基本料の4に規定する特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。

ア 直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。

イ 保険薬局(調剤点数表「00」の4に規定する特別調剤基本料Aを算定しているものに限る。)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。

ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の2の(3)の取扱いに準じる。

第6節 調剤技術基本料

F500 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。
- (2) 同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。
- (3) 同一月に「B008」薬剤管理指導料又は「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

(4) 院内製剤加算

ア 「注3」に規定する院内製剤加算は、薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合

(ロ) 散剤を調剤した場合

(ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

(ニ) 1種類だけの医薬品を水に溶解して液剤とする場合(安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。)

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合を除く。

(イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤(賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。)を混合した場合(散剤及び顆粒剤を除く。)

(ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤

した場合

(ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第6部 注射

<通則>

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。
- 2 生物学的製剤注射加算
 - (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
 - ア ㊦乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
 - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
 - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
 - エ 肺炎球菌ワクチン
 - オ 髄膜炎菌ワクチン
 - カ 乾燥ヘモフィルスb型ワクチン
 - キ 沈降破傷風トキソイド
 - ク ㊦ガスエソウマ抗毒素
 - ケ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
 - コ ㊦乾燥ジフテリアウマ抗毒素
 - サ ㊦乾燥破傷風ウマ抗毒素
 - シ ㊦乾燥はぶウマ抗毒素
 - ス ㊦乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
 - セ ㊦乾燥まむしウマ抗毒素
 - (2) 「G005」中心静脈注射又は「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。
- 3 精密持続点滴注射加算
 - (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
 - (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定する。
 - (3) 「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
 - (4) 「G005」中心静脈注射又は「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回

路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則 4」の加算を算定できる。

4 外来化学療法加算

- (1) 「通則 6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。
- (2) 外来化学療法加算 1 を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算 1 を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算 1 及び 2 は算定できない。
- (3) 外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎、キャッスルマン病又は成人スチル病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチ又は多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

カ 視神経脊髄炎スペクトラム障害の患者に対してイネビリズマブ製剤を投与した場合

5 バイオ後続品導入初期加算

「通則 7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、3 月を限度として、月 1 回に限り算定する。

- 6 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則 3」から「通則 5」までの加算は算定できない。なお、薬価基準に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第 2 節薬剤料は算定せず、第 1 節注射料及び第 3 節特定保険医療材料のみ算定する。

- 7 心臓内注射及び痔核注射等の第 1 節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第 2 節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第 2 章第 9 部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第 2 章第 5 部投薬の「F200」薬剤の(4)、(5)及び(8)の例による。

- 8 第 1 節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの（点数表にあっても、手技が従来

と著しく異なる場合等を含む。)の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

- 9 「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射又は「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- 10 「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 11 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第1節 注射料

<通則>

注射料は、第1款注射実施料及び第2款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、6歳未満の乳幼児である入院患者に対する1日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

第1款 注射実施料

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腔部注射、咽頭注射(軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。)、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。
- (3) 「C101」在宅自己注射指導管理料、「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。)に対して、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G001 静脈内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。
- (2) 「C101」在宅自己注射指導管理料、「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。)に対して、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算

定しない。

G 0 0 2 動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

G 0 0 3 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

- (1) ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 「C 1 0 8」在宅麻薬等注射指導管理料又は「C 1 0 8 - 2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料を除く。）は算定できない。

G 0 0 3 - 3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- (1) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月 1 回に限り算定できる。

G 0 0 4 点滴注射

- (1) 6 歳未満の乳幼児に対する 1 日分の注射量が 100mL 未満の場合及び 6 歳以上の者に対する 1 日分の注射量が 500mL 未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、「3」に掲げる所定点数で算定する。
- (2) 「注射量」は、次のように計算する。
 - ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量
 - イ 同一の者に対して、点滴注射を 1 日に 2 回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量
- (3) 血漿成分製剤加算
 - ア 「注 3」に規定する「文書による説明」とは、1 回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね 1 週間毎）に、別紙様式 20 又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。
 - イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。
 - ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。
 - エ 「注 3」に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤

及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について（平成26年11月12日薬食発1112第12号）及び「血液製剤の使用指針」の改定について（平成31年3月25日薬生発0325第1号）を遵守するよう努めるものとする。

- (4) 「C101」在宅自己注射指導管理料、「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G005 中心静脈注射

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (2) 「注1」に掲げられる血漿成分製剤加算については、「G004」点滴注射の(3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。
- (3) 「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合

は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

- (4) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (5) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (6) 「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。
- (7) 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く。）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。
- (8) 中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (4) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (5) 「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C108」在宅麻薬等注射指導管理料、「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C108-4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

G 0 0 5 - 4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

- (1) 本カテーテルの材料及び手技料は1週間に1回を限度として算定できる。
- (2) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

G 0 0 6 植込型カテーテルによる中心静脈注射

- (1) 植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (3) 「C 1 0 4」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 「C 1 0 8」在宅麻薬等注射指導管理料、「C 1 0 8 - 2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C 1 0 8 - 3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C 1 0 8 - 4」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。)について、「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料(I)又は「C 0 0 1 - 2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

G 0 0 9 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

G 0 1 0 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

G 0 1 2 結膜下注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

G 0 1 2 - 2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

G 0 1 6 硝子体内注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 未熟児加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に硝子体内注射が行われた場合に限り算定できる。

G 0 1 7 腋窩多汗症注射(片側につき)

同一側の2箇所以上に注射を行った場合においても、1回のみ算定とする。

G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）

当該注射の実施に当たっては、関連学会の定める手引きを遵守すること。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

- (1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、脳脊髄腔注射又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第6項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成16年厚生労働省告示第185号）に掲げる医薬品等）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

- (3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

- (4) 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

- (5) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定するもの又はこれらの患者と同等の状態にあるもの

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

2 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科においてベースアップ評価料（Ⅰ）若しくはベースアップ評価料（Ⅱ）又は歯科外来ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは歯科外来ベースアップ評価料（Ⅱ）（以下「ベースアップ評価料」という。）を算定することができる。ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみベースアップ評価料を算定する。

第1節 看護職員処遇改善評価料

〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料

看護職員処遇改善評価料は、地域で新型コロナウイルス感染症に係る医療など一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。

第2節 ベースアップ評価料

〇100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)は、当該保険医療機関に勤務する主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。以下この節において同じ。)の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診、訪問診療（この節において「初診等」という。）を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「1」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「2」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」、認知症地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「3」の「イ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「3」の「ロ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

○101 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

(1) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)は、当該保険医療機関が勤務する対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できる。

(2) 「イ」の「初診又は訪問診療を行った場合」については、「0100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」若しくは「3」を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

(3) 「ロ」の「再診時等」については、「0100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「2」を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

○102 入院ベースアップ評価料

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定した日において、1日につき1回に限り算定できる。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

<通則>

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者(以下「施設入所者」という。)が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第1章基本診療料又は第2章特掲診療料は適用せず、第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」(平成14年3月8日保医発第0308008号)に規定する保険医療機関をいう。

1 緊急時施設治療管理料

(1) 平成18年7月1日から令和6年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設(以下「介護療養型老健施設」という。)においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。

調剤報酬点数表に関する事項

＜通則＞

- 1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。
- 2 保険薬剤師は、医師の分割指示に係る処方箋又は投与日数が長期間にわたる処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない先発医薬品がある処方箋（以下「後発医薬品への変更が可能な処方箋」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方箋に記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方箋交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量10日分の処方箋で4月4日に5日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は $(10+4) - 7 = 7$ であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、 $(10+4) - 10 = 4$ となるので4日分しか交付できない。

- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方箋に薬剤師法（昭和35年法律第146号）第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、処方箋を患者に返却すること。
- 4 保険薬局において、「リフィル可」欄に「✓」が記載されていた場合、当該処方箋を「リフィル処方箋」として取り扱い調剤を行うこと。

リフィル処方箋による調剤を行う場合は、1回目の調剤を行うことが可能な期間については、使用期間に記載されている日までとする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、その前後7日以内とする。

- 5 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該保険薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。なお、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- 6 処方箋において、残薬分を差し引いた減数調剤（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務をいう。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場

合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量、患者への説明内容等について、遅滞なく当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

- 7 調剤基本料の「注7」の後発医薬品調剤体制加算及び「注8」に係る後発医薬品については、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（令和6年3月5日保医発0305第2号）を参照すること。
- 8 保険薬局は、患者が当該保険薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。
- 9 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。
- 10 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 11 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の薬剤服用歴等に関する情報を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。
- 12 区分番号は、例えば「区分00」調剤基本料における「00」又は医科点数表区分番号「A000」初診料の「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「00」又は「A000」のみ記載する。

<調剤技術料>

区分00 調剤基本料

1 受付回数等

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付1回につき算定する。なお、分割調剤を行う場合は、7により算定し、リフィル処方箋による調剤を行う場合は、8により算定する。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋（リフィル処方箋を含む。）を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。
ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋について

は歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。

- (3) 複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該注3の規定は、注9から注11までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。

2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、「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(通知)」(令和6年3月5日保医発 0305 第6号)を参照すること。

ア 医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。

イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を地方厚生(支)局長に報告していない保険薬局

ウ 保険薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的業務を1年間実施していない保険薬局

- (2) 当該調剤基本料の減算については、調剤基本料の所定点数を100分の50にし、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。

3 地域支援体制加算

- (1) 地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する保険薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件(一定の開局時間、在宅体制整備等)及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を100分の10にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

- (2) 地域支援体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

4 連携強化加算

- (1) 連携強化加算は、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。この場合において、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて当該保険薬局のほか、当該保険薬局の所在地の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知すること。

- (2) 連携強化加算は、「00」特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、「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)」第十五の四の三に規定する保険医療機関が医科点数表の「A000」初診料の「注11」及び「A001」再診料の「注15」に規定する外来感染対策向上加算又は医科点数表の「A234-2」及び歯科点数表の「A224-2」感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合は、算定できない。

- (3) 連携強化加算は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

5 後発医薬品調剤体制加算

- (1) 特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の所定点数を100分の10にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。
- (2) 後発医薬品調剤体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

6 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

- (1) 後発医薬品の調剤数量割合が5割以下の保険薬局（処方箋受付回数が1月に600回以下の場合を除く。）である場合は、調剤基本料を5点減算する。なお、詳細な施設基準については、「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（通知）」を参照すること。
- (2) 処方箋受付回数が1月に600回以下に該当するか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

7 分割調剤

(1) 通則

- ア 「注9」又は「注10」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については「注9」又は「注10」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。
- イ 「注9」、「注10」又は「注11」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同日に行う場合にあっては、「注11」の分割調剤に係る点数により算定する。

(2) 長期保存の困難性等の理由による分割調剤

- ア 「注9」の分割調剤については、長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、1処方箋の2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。
- イ 「注9」に係る分割調剤を行う場合は、処方箋の受付時に、当該処方箋を発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。

(3) 後発医薬品の試用のための分割調剤

- ア 「注10」の分割調剤については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方箋の2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、調剤管理料、服薬管理指導料及び外来服薬支援料2を算定できる。
- イ 「注10」に係る分割調剤を行った場合は、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必

要な事項を調剤録等に記入すること。

ウ 1 処方箋について、「注 9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤の 2 回目以降の調剤と「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤の 2 回目の調剤を同一の保険薬局において同日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

(4) 医師の指示による分割調剤

ア 「注 11」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注 9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤及び「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に該当する場合を除く。）により、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。

イ 調剤基本料及びその加算、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ 「注 11」の医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

(イ) 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の 1 回目の調剤から全ての調剤が完了するまで、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきであることを説明する。

(ロ) 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

(ハ) また、患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

(ニ) 2 回目以降の調剤において患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

- ・残薬の有無
- ・残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
- ・副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア リフィル処方箋による調剤を行う場合は、所定の要件を満たせば、調剤技術料及び薬学管理料を算定できる。なお、リフィル処方箋による調剤を行うごとに、処方箋受付回数 1 回として取扱う。

イ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるも

の又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

(2) リフィル処方箋による調剤

- ア 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋による1回目又は2回目(総使用回数3回の場合)の調剤を行う場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を所定の欄に記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- イ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤を行うに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤を行うことが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- ウ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- エ 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。次回の来局の希望があるにもかかわらず予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により患者の状況を確認すること。
- オ 保険薬局の保険薬剤師は、患者が次回の調剤を他の保険薬局において受けることを申し出た場合は、調剤の状況とともに必要な情報を当該他の保険薬局に提供する又は当該情報を記録したものを患者に提供すること。

9 在宅薬学総合体制加算

- (1) 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1(4)において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて、訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を行った場合は、当該加算を届け出ている在宅協力薬局に限り、当該加算を算定できる。
- (2) 在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、所定点数を100分の10にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。
- (3) 在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

10 医療DX推進体制整備加算

- (1) 医療DX推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報、薬剤情報等を調剤に実際に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を評価するものであり、処方箋受付1回につき4点を所定点数に加算する。ただし、患者

- 1人につき同一月に2回以上調剤を行った場合においても、月1回のみ算定とする。
- (2) 医療DX推進体制整備加算を算定する保険薬局では、以下の対応を行う。
- ア オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を閲覧及び活用し、調剤、服薬指導等を行う。
- イ 患者の求めに応じて、電子処方箋（「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知）に基づく電子処方箋をいう。）を受け付け、当該電子処方箋に基づき調剤するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する。
- (3) 医療DX推進体制整備加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。
- 11 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（連携強化加算）、「注7」（後発医薬品調剤体制加算）、「注8」（後発医薬品減算）及び「注12」（在宅薬学総合体制加算）のうち該当するもの（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、「注5」、「注7」及び「注12」の所定点数に100分の10を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。）の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

区分01 薬剤調製料

(1) 内服薬

- ア 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の薬剤調製料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる（内服用滴剤は薬剤調製料の「注1」による。）。
- イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての薬剤調製料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての薬剤調製料及び薬剤料は「1調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、薬剤調製料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。
- (イ) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。
- (ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。
- (ハ) (イ)及び(ロ)における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間ごと服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、薬剤調製料の算定にあっては、「食前」とみなし、1剤として扱う。
- (ニ) (イ)及び(ロ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- ② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
- ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

(ホ) 同一有効成分であって同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず1剤として算定する。

ウ 内服薬の薬剤調製料は、1回の処方箋受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含めることとする。

エ 同一保険薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日保医発0305第12号）に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第3の5を参照すること。

カ 内服用滴剤を調剤した場合の薬剤調製料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、1回の使用量が極めて少量（1滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、1調剤分全量を1単位として薬剤料の項により算定するものであり、1剤1日分を所定単位とするものではない。

(2) 屯服薬

屯服薬の薬剤調製料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、1回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

(3) 浸煎薬

ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ 浸煎薬の薬剤調製料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

ウ 浸煎薬の薬剤調製料は、1回の処方箋受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

(4) 湯薬

ア 湯薬とは、薬局において2種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ 湯薬の薬剤調製料は、1 調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

ウ 湯薬の薬剤調製料は、1 回の処方箋受付について4 調剤以上ある場合において、3 調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

(5) 注射薬

ア 注射薬の薬剤調製料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1 回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC 製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジン I 2 製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂ 遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト vonWillebrand 因子製剤、ブロスマブ製剤、アガルシダーゼアルファ製剤、アガルシダーゼベータ製剤、アルグルコシダーゼアルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラールゼ製剤、エロスルファーゼアルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼアルファ製剤、ベラグルセラールゼアルファ製剤、ラロニダーゼ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ビルトラルセン製剤、レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、オフアツムマブ製剤、ボソリチド製剤、エレヌマブ製剤、ア

バロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人 C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、ビメキズマブ製剤、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、ペグバリアーゼ製剤、パビナフスプ アルファ製剤、アバルグルコシダーゼ アルファ製剤、ラナデルマブ製剤、ネモリズマブ製剤、ペグセタコプラン製剤、ジルコプランナトリウム製剤、コンシズマブ製剤、テゼペルマブ製剤及びオゾラリズマブ製剤)に限る。

なお、「モルヒネ塩酸塩製剤」、「フェンタニルクエン酸塩製剤」、「複方オキシコドン製剤」、「オキシコドン塩酸塩製剤」及び「ヒドロモルフォン塩酸塩製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患家に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患家に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。

ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

(6) 外用薬

ア 外用薬の薬剤調製料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

イ 外用薬の薬剤調製料は、1回の処方箋受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

ウ トローチについては、外用薬として算定する。

エ 同一有効成分で同一剤形の外用薬が複数ある場合には、その数にかかわらず、1調剤として取り扱う。

(7) 注射薬の無菌製剤処理

ア 「注2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。

イ 薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、1日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。

(イ) 2以上の注射薬を混合して中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合には69点（6歳未満の乳幼児の場合は137点）を加算する。

(ロ) 抗悪性腫瘍剤を含む2以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含

む。) 抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合には 79 点 (6 歳未満の乳幼児の場合は 147 点) を加算する。

(ハ) 麻薬を含む 2 以上の注射薬を混合して (生理食塩水等で希釈する場合を含む。) 無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合には 69 点 (6 歳未満の乳幼児の場合は 137 点) を加算する。

ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法 (平成 14 年法律第 192 号) 第 4 条第 6 項第 1 号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品 (医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等 (平成 16 年厚生労働省告示第 185 号) に掲げる医薬品等) をいう。

エ 無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて 1 つの注射剤として製剤した場合においても、1 日につき 1 回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

カ 無菌調剤室を共同利用する場合に当たっては、「薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」 (平成 24 年 8 月 22 日薬食発 0822 第 2 号) を遵守し適正に実施すること。なお、この場合の費用については両者の合議とする。

(8) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法 (昭和 28 年法律第 14 号) 第 2 条第 6 号の規定に基づく同法別表第 3 に掲げる向精神薬をいう。

イ 当該加算は、麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに 1 調剤行為につき 70 点、それ以外の場合に 1 調剤行為につき 8 点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。

ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚醒剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚醒剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、当該加算は算定できない。

エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は 1 調剤につき 70 点を算定し、それ以外の場合は 1 調剤につき 8 点を算定する。

オ 当該加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

(9) 調剤技術料の時間外加算等

ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料 (基礎額) の 100 分の 100、休日加算は 100 分の 140、深夜加算は 100 分の 200 であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料 (調剤基本料における「注 1」から「注 13」までを適用して算出した点数)、薬剤調製料及び無菌製剤処理加算並びに調剤管理料の合計額とする。麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び医療情報取得加算は基礎額に含まない。

ウ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合の時間外加算等については、かかりつけ薬剤師包括管理料の所定点数を基礎額として取り扱う。

エ 時間外加算等を算定する保険薬局は、開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示する。

オ 時間外加算

(イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

(ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

(ハ) 時間外加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

(ニ) 「注4」のただし書に規定する「時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局」とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

(ホ) 「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

カ 休日加算

(イ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、

以下のいずれかの場合において休日に調剤を受けた患者

・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合

・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合

② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

キ 深夜加算

(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を

受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、

以下のいずれかの場合において深夜に調剤を受けた患者

- ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合
- ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合

② 深夜時間帯（午後 10 時から午前 6 時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

(ロ) 深夜加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

(10) 薬剤調製料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、午後 7 時（土曜日にあつては午後 1 時）から午前 8 時までの間（休日加算の対象となる休日を除く。）又は休日加算の対象となる休日であつて、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方箋受付 1 回につき、薬剤調製料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。

イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

(11) 自家製剤加算

ア 自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による 1 調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が 7 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、いずれの場合においても、予製剤による場合又は錠剤を分割する場合にあつては所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定する。

イ 当該加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し薬価基準に収載されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

- (イ) 錠剤を粉碎して散剤とすること。
- (ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。
- (ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「注 6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる

剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

(ロ) 液剤を調剤する場合であって、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。以下「医薬品医療機器等法」という。）上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

カ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方箋受付時に当該製剤を投与することをいう。

キ 「錠剤を分割する場合」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。

ク 錠剤を分割して予製剤とする場合においては、予製剤とする場合又は錠剤を分割する場合と同様に自家製剤加算の所定点数を100分の20にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

ケ 通常、成人又は6歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を6歳未満の乳幼児（以下「乳幼児」という。）に対して調剤する場合において、保険薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注6」の「イ」を算定できる。

コ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

サ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(12) 計量混合調剤加算

ア 計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている2種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤等として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという1調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。

(イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について「注6」の自家製剤加算を算定した場合

(ロ) 薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。

ウ 処方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、

又は容易に服用できるようにした場合は、「注7」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合は、この限りでない。

エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限りに行うこと。

<薬学管理料>

通則

- (1) 薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。
- (2) 患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材（以下「服薬カレンダー等」という。）を提供する場合にあっては、患者から実費を徴収しても差し支えない。
- (3) ①服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、②在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、③同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否は別表1のとおりであるため、参考とされたい。
- (4) 薬学管理等の実施に当たっては、薬剤師法第28条で規定される調剤録において情報の提供及び指導の内容の要点等の記入が義務づけられていることから、必要事項等が記録されている薬剤服用歴等を作成すること。薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を含めて、次の事項等を記載すること。

ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）

イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）

ウ 以下の患者情報並びに当該情報等を踏まえた薬学的管理及び指導の要点

- (イ) 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む。）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- (ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- (ハ) 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- (ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- (ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- (ヘ) 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無）

また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由)

エ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

オ 指導した保険薬剤師の氏名

- (5) 薬剤服用歴等の記載に当たっては、患者から収集した情報、相談事項及び患者への指導内容を単に全て記載するのではなく、その要点を記載することで差し支えないが、指導後速やかに記載を完了させること。また、定型文を用いて画一的に記載するのではなく、指導等を行った保険薬剤師が必要事項を判断して記載すること。特に、薬学管理料やその加算を算定する場合には、その根拠及び指導内容等について簡潔に記載すること。なお、指導の内容等について処方医等へ情報提供した場合には、情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に記載又は添付すること。
- (6) 薬剤服用歴等の保存については、最終記入日から起算して3年間保存すること。

区分10の2 調剤管理料

1 調剤管理料

- (1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第2条第3項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）、薬剤服用歴等に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。
- (2) 調剤管理料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。
- (3) 調剤管理料1は、1回の処方箋受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。
- (4) 内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料1は、実際の投与日数により算定する。
- (5) 調剤管理料2は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料1を算定した場合は、調剤管理料の2は算定することができない。
- (6) 調剤管理料については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。
- (7) 同一保険薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注9」の薬剤の保存が困難である等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。
- (8) 調剤基本料の「注11」の医師の指示による分割調剤における2回目以降の調剤を行う場合には、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容の要点を薬剤服用歴等に記載する。
- ・残薬の有無
 - ・残薬が生じている場合はその量及び理由
 - ・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無

・副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

(9) 重複投薬・相互作用等防止加算

ア 重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に処方箋受付1回につき算定する。ただし、複数の項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。なお、調剤管理料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。また、当該加算を算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

イ 「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

(イ) 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

(ロ) 併用薬、飲食物等との相互作用

(ハ) そのほか薬学的観点から必要と認める事項

ウ 「ロ 残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

エ 重複投薬・相互作用等防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

オ 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。

カ 当該加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者については算定できない。

(10) 調剤管理加算

ア 調剤管理加算は、複数の保険医療機関から合計で6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者であって、初めて処方箋を持参した場合又は2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合に、患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、重複投薬、相互作用等の有無を確認した上で、手帳、オンライン資格確認等システムを活用した診療情報、薬剤情報等の情報、薬剤服用歴等、直接患者又はその家族等から収集した服薬状況等の情報等に基づき、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的分析を行った場合に処方箋受付1回につき算定する。

イ 算定に当たっては、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じて処方医に情報提供すること。

ウ アにおいて確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。

オ 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品

適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ 「2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合」とは、薬剤服用歴等が保存されている患者において、当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が1種類以上増加した場合をいう。なお、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更は、内服薬の種類が変更した場合に含めない。

(11) 医療情報取得加算

ア 医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報取得加算1として、6月に1回に限り3点を算定する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報取得加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。

イ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。

(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。

(ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、診療情報、薬剤情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。

ウ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、「10の3」服薬管理指導料の2(3)イ(イ)から(ホ)までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載すること。

区分10の3 服薬管理指導料

1 通則

(1) 服薬管理指導料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。

(2) 服薬管理指導料は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者の場合、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合に限り算定できる。

(3) 算定に当たっては、薬学管理料の通則(4)の薬剤服用歴等を活用して必要な情報提供及び指導を行うものであり、指導後は、その要点を薬剤服用歴等に速やかに記載すること。

2 服薬管理指導料「1」及び「2」

(1) 服薬管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、(2)の「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び(3)の「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

ア 服薬管理指導料「1」

3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ 服薬管理指導料「2」

以下のいずれかに該当する患者

- (イ) 初めて処方箋を持参した患者
- (ロ) 3月を超えて再度処方箋を持参した患者
- (ハ) 3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示しないもの

(2) 薬剤の服用に関する基本的な説明

患者ごとに作成した薬剤服用歴等に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。また、必要に応じて、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（Risk Management Plan：以下「RMP」という。）に基づく患者向け資材を活用すること。

- (イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）
- (ロ) 用法、用量、効能、効果
- (ハ) 副作用及び相互作用
- (ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項
- (ホ) 調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報
- (ヘ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名
- (ト) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア 薬剤服用歴等を参照しつつ、患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、それを踏まえて、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たって、特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。

イ 以下の事項については、処方箋の受付後、薬を取りそろえる前に、保険薬剤師が患者等に確認すること。

- (イ) 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- (ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- (ハ) 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- (ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- (ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名

処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称)、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。

エ 残薬の状況について、薬剤服用歴等を踏まえつつ、患者又はその家族等に残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡し、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ 当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

カ 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

キ 抗微生物薬の適正使用を推進する観点から、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省結核感染症課)を参考に、必要な服薬指導を行うこと。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい。

ク ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)、「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」(厚生労働省)及び日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

(4) 継続的服薬指導

保険薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。

ア 保険薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。

イ 保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、(3)のイに掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

ウ イの対応は情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に一方的に一律の内容の電子メールを一斉送信すること等のみをもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。

- エ 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。
- (5) 指導等に係る留意点
- (2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。
- ア 情報提供等
- (イ) (2)の薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行った全ての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤を複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。なお、薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、患者に交付する必要はないが、患者の意向等を踏まえた上で交付の必要性を判断すること。
- (ロ) 薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、ボイスレコーダー等への録音、視覚障害者に対する点字その他のものをいう。
- (ハ) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。
- (ニ) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方箋発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (ホ) (2)の(ホ)の「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。
- ① 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無
- ② 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該保険薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）
- (ヘ) 指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載すること。
- イ 手帳
- (イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
- ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
- ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等
- ①から③までの手帳の欄については、保険薬局において適切に記載されているこ

とを確認する。手帳を有効に活用する観点から、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入する、又は患者本人による記入を指導する。④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が当該保険薬局を日常的に利用している場合には、当該保険薬局が手帳に記入し、患者が他の保険薬局を日常的に利用している場合には、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

- (ロ) 手帳については、患者に対して、手帳を活用することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供することとし、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあっては、その理由を薬剤服用歴等に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れたこと等により提示できない患者に対しては、「注1」のただし書の点数を算定することになる旨説明するとともに、次回以降は手帳を提示するよう指導すること。
- (ハ) (3)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行った全ての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等であり、投薬された薬剤や患者の病態に応じるものである。また、薬学管理料やその加算を算定する場合に、患者等への確認内容、指導の要点等について手帳への記載が求められている場合には、当該内容を簡潔に記載すること。
- (ニ) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴等に記載する。
- (ホ) 患者が手帳の持参を忘れたことにより提示できない場合は、手帳に追加すべき事項が記載されている文書（シール等）を交付し、患者が現に利用している手帳に貼付するよう患者に対して説明することで、既に患者が保有している手帳が有効に活用されるよう努めるとともに、当該患者が次回以降に手帳を提示した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。
- (ヘ) 電子版の手帳については、「電子版お薬手帳ガイドラインについて」（令和5年3月31日薬生総発第0331第1号）の「2. 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。その際、保険薬局においては、同通知の「3. 提供施設が留意すべき事項」を満たす必要がある。
- (ト) 手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供に当たっては、患者に対して個人情報の取扱い等の必要事項を説明した上で、患者の意向を踏まえて提供する媒体を判断すること。
- (チ) 紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供する場合には、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を活用できるようにするなど、提供する保険薬局が紙媒体から電子媒体への切り替えを適切に実施できるよ

う対応すること。

ウ その他

(3)のエの残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴等に記載する。

(6) 服薬管理指導料「1」及び「2」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

3 服薬管理指導料「3」

(1) 服薬管理指導料「3」は、以下のいずれかの場合に算定できる。

ア 保険薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者（以下「介護老人福祉施設等の患者」という。）を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合

イ 介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に、保険薬剤師が患者を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合

(2) 服薬管理指導料「3」は月に4回に限り算定する。また、上記(1)に掲げる指導等について、情報通信機器を用いた服薬指導（以下「オンライン服薬指導」という。）等を行った場合においても、服薬管理指導料「3」を算定することとし、服薬管理指導料「4」は算定できない。

(3) 服薬管理指導料「3」についても、「10の3」服薬管理指導料の2の(2)から(4)に関する業務を実施すること。ただし、(3)のイについては、必要に応じて実施すること。

(4) 「注12」に規定する交通費は実費とする。

(5) 服薬管理指導料「3」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

4 服薬管理指導料「4」

(1) 服薬管理指導料「4」は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。ただし、介護老人福祉施設等の患者及び介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して、オンライン服薬指導等を行った場合においては、服薬管理指導料「3」を算定する。

ア 服薬管理指導料「4のイ」

3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ 服薬管理指導料「4のロ」

以下のいずれかに該当する患者

(イ) 初めて処方箋を持参した患者

(ロ) 3月を超えて再度処方箋を持参した患者

(ハ) 3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示していないもの

(2) オンライン服薬指導等により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。

- (3) 医薬品医療機器等法施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）及び関連通知に沿って実施すること。
- (4) 患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。
- (5) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (6) 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (7) 服薬管理指導料「4」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

5 麻薬管理指導加算

- (1) 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、調剤後、継続的に電話等により投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
- (2) (1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。
- (3) (1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

6 特定薬剤管理指導加算 1

- (1) 特定薬剤管理指導加算 1 は、服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、特に安全管理が必要な医薬品が処方された患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。
- (2) 「イ」については、新たに当該医薬品が処方された場合に限り、算定することができる。
- (3) 「ロ」については、次のいずれかに該当する患者に対して指導を行った場合をいう。
ア 特に安全管理が必要な医薬品の用法又は用量の変更に伴い保険薬剤師が必要と認め

て指導を行った患者

イ 患者の副作用の発現状況、服薬状況等の変化に基づき保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者

- (4) 「特に安全管理が必要な医薬品」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬をいう。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。
- (5) 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。この場合において、当該加算は処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定する。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であっても、重複して算定することはできない。
- (6) 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。なお、従来と同一の処方内容の場合は、「ロ」として特に指導が必要と保険薬剤師が認めた場合に限り算定することができるが、この場合において、特に指導が必要と判断した理由の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

7 特定薬剤管理指導加算2

- (1) 特定薬剤管理指導加算2は、医科点数表の「B001-2-12」の「注6」に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。
 - ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。
 - イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等を確認すること。
 - ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。
- (2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。
- (3) 特定薬剤管理指導加算2における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。
- (4) 電話等による患者の服薬状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話の他、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。

- (5) 患者の緊急時に対応できるよう、あらかじめ保険医療機関との間で緊急時の対応方法や連絡先等について共有することが望ましい。また、患者の服薬状況の確認において、重大な副作用の発現のおそれがある場合には、患者に対して速やかに保険医療機関に連絡するよう指導することや受診勧奨を行うことなどにより、必要な対応を行うこと。
- (6) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
- (7) 特定薬剤管理指導加算2は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。
- (8) 患者1人につき同一月に2回以上の情報提供を行った場合においても、当該加算の算定は月1回のみとする。
- (9) 抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。

8 特定薬剤管理指導加算3

- (1) 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者1人につき当該医薬品に関して最初に処方された1回に限り算定する。
- (2) 「イ」については、「10の2」調剤管理料の1の(1)を踏まえ、「当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。
 - ・RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り、患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資料を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合
 - ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合等に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合
- (3) 「ロ」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。
 - ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
 - ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合
- (4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定するものであること。また、複数の項目に該当する場合であっても、重複し

て算定することができない。

- (5) 特定薬剤管理指導加算3を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導1及び特定薬剤管理指導加算2を算定できる。
- (6) 薬剤服用歴等には、対象となる医薬品が分かるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。

9 乳幼児服薬指導加算

- (1) 乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方箋の受付の際に、年齢、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (2) 乳幼児服薬指導加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

10 小児特定加算

- (1) 小児特定加算は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る調剤において、患者又はその家族等に患者の服薬状況等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
- (2) 小児特定加算は、次に掲げる薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
 - ア 患者の服薬状況及び服薬管理を行う際の希望等について、患者又はその家族等から聞き取り、当該患者の薬学的管理に必要な情報を収集する。
 - イ アにおいて収集した情報を踏まえ、薬学的知見に基づき調剤方法を検討し調剤を行うとともに、服用上の注意点や適切な服用方法等について服薬指導を行う。
- (3) 小児特定加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。
- (4) 当該加算は乳幼児服薬指導加算と併算定することはできない。

11 吸入薬指導加算

- (1) 吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に3月に1回に限り算定する。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内であっても算定できる。
 - ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。
 - イ 保険医療機関に対し、吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと。
- (2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。
 - ア 保険医療機関からの求めがあった場合
 - イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合

であって、医師の了解を得たとき

- (3) 当該加算に係る吸入指導を行うに当たっては、日本アレルギー学会が作成する「アレルギー総合ガイドライン」等を参照して行うこと。
 - (4) (1)の「吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと」とは、吸入指導の内容や患者の吸入手技の理解度等について、保険医療機関に情報提供することであり、文書の他、手帳により情報提供することでも差し支えない。ただし、患者への吸入指導等を行った結果、患者の当該吸入薬の使用について疑義等がある場合には、処方医に対して必要な照会を行うこと。
 - (5) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
 - (6) 当該加算は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。
- 12 服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）
- (1) 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。
 - (2) 当該特例への該当性は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年5月1日から当年4月30日までの服薬管理指導料の実績をもって判断し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
 - (3) 当該特例に該当した場合であっても、直近3月間における(1)の割合が50%を上回った場合には、(2)にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。
 - (4) 当該特例を算定する場合は、調剤管理料及び服薬管理指導料の加算は算定できない。
- 13 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が対応した場合）
- (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定できる。
 - (2) 当該特例は、当該保険薬局における当該患者の直近の調剤において、「13の2」かかりつけ薬剤師指導料又は「13の3」かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者について算定できるものとする。
 - (3) 算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ別紙様式2を参考に作成した文書で患者の同意を得ること

- と。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。
- (4) かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師がかかりつけ薬剤師指導料の(6)に準じて、服薬管理指導料の注1に規定する指導等を全て行った場合に算定する。
 - (5) かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師は、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化及び当該患者の指導において注意すべき事項等の情報がかかりつけ薬剤師と共有すること。
 - (6) かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行った場合は、かかりつけ薬剤師に必要な情報を共有すること。

区分13の2 かかりつけ薬剤師指導料

- (1) かかりつけ薬剤師指導料は、かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) 算定に当たっては、当該指導料を算定しようとする保険薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者に対し、別紙様式2を参考に作成した同意書に、かかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求め、同意を得る。また、かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。必要な記入を行った同意書は、当該保険薬局において保管し、当該患者の薬剤服用歴等にその旨を記載する。なお、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする保険薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- (3) 同意取得は、当該保険薬局に複数回来局している患者に行うこととし、患者の同意を得た後、次の処方箋受付時以降に算定できる。なお、1人の患者に対して、1か所の保険薬局における1人の保険薬剤師のみについてかかりつけ薬剤師指導料を算定できるものであり、同一月内は同一の保険薬剤師について算定すること。
- (4) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師・薬局の情報を確認できるように、患者が保有する手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- (5) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が業務を行えない場合は、当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師が服薬指導等を行っても差し支えないが、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない(要件を満たす場合は、服薬管理指導料を算定できる。)。この場合、他の保険薬剤師が服薬指導等で得た情報については、かかりつけ薬剤師と情報を共有すること。
- (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。
 - ア 服薬管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行

うこと。

- イ 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で、服薬指導等の内容を手帳等に記載すること。
 - ウ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴等に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。
 - エ 患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該保険薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。
 - オ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該保険薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応しても差し支えない。ただし、当該保険薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応した場合には、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。
 - カ 患者が他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴等に記載すること。
 - キ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握は、患者の容態や希望に応じて、定期的に行うこと（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者に対し当該情報を提供すること。
 - ク 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるブラウンバッグ運動）の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を行うこと。なお、訪問に要した交通費（実費）は、患家の負担とする。
 - ケ 必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。
- (7) かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外の患者への服薬指導等又は地域住民からの要指導医薬品等の使用に関する相談及び健康の維持増進に関する相談に対しても、丁寧に対応した上で、必要に応じて保険医療機関へ受診勧奨を行うよう努める。
- (8) 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1、特定薬剤管理指導加算 2、特定薬剤管理指導加算 3、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算及び吸入薬指導加算の取扱いについては、服薬管理指導料の麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1、特定薬剤管理指

導加算 2、特定薬剤管理指導加算 3、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算及び吸入薬指導加算に準じるものとする。

- (9) 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号）第 16 条の 8 で定める期間に、当該保険薬局の勤務時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師が算定する場合には、次に掲げる対応を行う。
- ア 同意取得に当たり、勤務時間が通常より短いことを説明する。
- イ 当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師と当該患者についての情報を共有し、同意している保険薬剤師の不在時に患者から問い合わせがあった場合等に、他の保険薬剤師が同意している保険薬剤師と連絡を取るなどして円滑に対応できる体制を整えておく。
- (10) かかりつけ薬剤師指導料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料と同時に算定することはできない。
- (11) 平成 30 年 4 月 1 日前に取得した同意は、(2)の規定によらずその効力を有する。ただし、患者が同意の取消しを申し出た場合は、この限りでない。
- (12) かかりつけ薬剤師指導料は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

区分 1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料

- (1) かかりつけ薬剤師包括管理料は、(2)に該当する患者のかかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) かかりつけ薬剤師包括管理料の対象患者は、医科点数表の「A 0 0 1」の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は「B 0 0 1 - 2 - 9」地域包括診療料若しくは「B 0 0 1 - 2 - 10」認知症地域包括診療料を算定している患者とする。なお、これらの患者のかかりつけ薬剤師としてかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合には、患者の同意の下で保険薬局においていずれかを算定できる。
- (3) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握し、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて処方提案すること。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えない。
- (4) かかりつけ薬剤師包括管理料の算定に当たっては、「1 3 の 2」かかりつけ薬剤師指導料の(2)から(7)まで、(9)及び(11)を準用する。この場合において、「かかりつけ薬剤師指導料」は「かかりつけ薬剤師包括管理料」と読み替える。
- (5) かかりつけ薬剤師包括管理料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師指導料と同時に算定できない。
- (6) かかりつけ薬剤師包括管理料は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

区分 1 4 の 2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料 1

- (1) 外来服薬支援料1は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じ、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で、一包化及び服薬カレンダー等の活用により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、「注1」及び「注2」合わせて服薬支援1回につき、月1回に限り算定する。また、患者の来局時のほか、患者の求めに応じて保険薬剤師が患者を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定できる。この場合、訪問に要した交通費（実費）は患家の負担とする。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。また、服用薬の整理等の支援を行った場合においては、当該支援が必要となった背景、理由等を分析し薬学的管理を実施するとともに、同様の支援が今後必要とならないように努めること。
- (2) 「注1」については、外来服薬支援を行うに当たり、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて一包化及び服薬カレンダー等の活用により整理するよう努める。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じる。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。
- (3) 「注2」については、患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。この場合において、外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。
- (4) 外来服薬支援料1に係る外来服薬支援は、処方箋によらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。
- (5) 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。
- (6) 外来服薬支援料1を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴等に記載する。

(7) 外来服薬支援料1は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。

(8) 外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

2 外来服薬支援料2

(1) 外来服薬支援料2は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、保険薬局の保険薬剤師が治療上の必要性が認められると判断した場合に、医師の了解を得た上で、処方箋受付ごとに、当該保険薬局で一包化及び必要な指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合について評価するものである。

(2) 外来服薬支援料2は、処方箋受付1回につき1回算定できるものであり、投与日数が42日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算した点数を、投与日数が43日分以上の場合には、投与日数にかかわらず240点を算定する。この場合において、外来服薬支援料1は算定できない。

(3) 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

(4) 保険薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

(5) 患者の服薬管理を支援するため、一包化した当該保険薬局の保険薬剤師が必要な服薬指導を行った上で、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供する。

(6) 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、処方箋受付1回につき1回に限り算定する。

(7) 同一保険薬局で同一処方箋に係る分割調剤（調剤基本料の「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）をした上で、2回目以降の調剤について一包化を行った場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数を所定点数に加算する。

(8) 外来服薬支援料2を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できない。

(9) 外来服薬支援料2を算定する場合は、当該処方箋の調剤に係る調剤技術料を同時に算定できる。

(10) 外来服薬支援料2は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

3 施設連携加算

(1) 施設連携加算は、保険薬剤師が患者の入所している地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設を訪問し、当該施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよ

う薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価するものである。

- (2) 当該患者又はその家族等の同意を得て、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で実施すること。
- (3) 当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下のいずれかの場合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定することとし、該当する理由について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合
 - イ 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合
 - ウ 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき保険薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合
- (4) 日常の服薬管理が容易になるような支援については、当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。
- (5) (1)の当該施設職員との協働した服薬管理については、施設における患者の療養生活の状態を保険薬剤師自らが直接確認し、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。また、実施した内容の要点を薬剤服用歴等に記載すること。
- (6) 単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。

区分14の3 服用薬剤調整支援料

- (1) 服用薬剤調整支援料1
 - ア 服用薬剤調整支援料1は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬6種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の意向を踏まえ、当該患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。
 - イ 服用薬剤調整支援料1は、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。
 - ウ 保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。また、当該内服薬の服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。また、調剤し

ている内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を
保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。

オ 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤につ
いては、1 銘柄ごとに1 種類として計算する。

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬
品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各
論編（療養環境別）」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対
策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者
の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに薬
学的見地から検討した内容を薬剤服用歴等に記載する。また、保険医療機関から提供さ
れた処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存し
ておくこと。なお、服用薬剤調整支援料1に係る提案を行った直後に受け付けた当該処
方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料1の提案内容と同一の
処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互
作用等防止管理料は算定できない。

ク 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料1を1年以内に算定した場合においては、前回の
算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り、
新たに算定することができる。

(2) 服用薬剤調整支援料2

ア 服用薬剤調整支援料2は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で6種類以上処方さ
れている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤
師が、重複投薬等の解消のために以下の取組を全て行った場合に算定する。なお、詳細
な施設基準については、「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(通知)」を参照すること。

(イ) 患者の服用薬について、手帳の確認、患者への聞き取り又は他の保険薬局若しく
は保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握すること。なお、同種・同効
薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を処方医又は患者若しくはそ
の家族等に確認すること。

(ロ) 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当
該提案及び(イ)の内容を記載した報告書を作成し、処方医に対して送付すること。

イ 内服薬の種類数の考え方は、服用薬剤調整支援料1に準ずる。また、6種類以上の内
服薬について、少なくとも1種類は当該保険薬局で調剤されている必要がある。

ウ アの(ロ)の報告書は、以下の内容を含む別紙様式3又はこれに準ずるものをいう。

(イ) 受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報

(ロ) 服用中の薬剤の一覧

(ハ) 重複投薬等に関する状況

(ニ) 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤

(ホ) その他（残薬、その他患者への聞き取り状況等）

エ 「重複投薬等の解消に係る提案」とは、重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、

患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案をいう。この場合において、当該文書の写しを薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておくこと。なお、服用薬剤調整支援料2に係る提案を行った直後に受け付けた当該処方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料2の提案内容と同一の処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。

オ 重複投薬等の解消に係る提案を行う場合、患者の希望、かかりつけ医の有無及び処方開始日等について十分な聞き取りを行った上で、処方内容の見直しを依頼する処方医に対して報告書を送付すること。

カ 処方内容の見直し状況について患者の次回以降の来局時に確認すること。

キ 当該加算の算定に係る保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。また、服用薬剤調整支援料2は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分14の4 調剤後薬剤管理指導料

- (1) 調剤後薬剤管理指導料の「1」は、新たに糖尿病用剤が処方等された患者に対し、薬物治療を適切に継続する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。
- (2) (1)の「新たに糖尿病用剤が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。
 - ア 新たに糖尿病用剤が処方された患者
 - イ 糖尿病用剤の用法・用量の変更があった患者
- (3) 調剤後薬剤管理指導料の「2」は、心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対し、薬物治療を適切に継続するとともに、特に入院歴を有する慢性心不全患者の再入院を抑制する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。
- (4) (3)の「心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者」とは、日本循環器学会及び日本心不全学会が作成する最新の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」等を参照し、複数の作用機序の異なる循環器疾患に係る治療薬の処方を受けている慢性心不全患者をいう。
- (5) 調剤後薬剤管理指導料に係る電話等による当該治療薬の服薬状況の確認等は、以下のい

ずれかの場合に患者の同意を得て行うものであること。なお、電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて必要な対応を行うこと。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 患者若しくはその家族等の求めがあり、保険薬剤師が調剤後の薬剤管理指導を必要と認め、医師の了解を得た場合

- (6) 調剤後薬剤管理指導料に係る調剤後の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話等による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。
- (7) 電話等による患者の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき患者の服薬中の体調の変化等の情報を入手した場合は、当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。
- (8) 医療機関への情報提供に当たっては、単に確認された服薬状況、副作用の状況を記載して情報提供するだけでなく、医療機関との連携の下で、処方医等の求めに応じた情報の収集と、薬学的分析及び評価に基づく情報提供を実施するとともに、必要に応じて処方に係る提案等を行うこと。この際、体重の増減、塩分摂取、飲水の状況など、薬学的管理に密接に関係する情報も積極的に収集し、活用することが望ましい。また、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。
- (9) 調剤後薬剤管理指導料の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
- (10) 調剤後薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の保険薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3まで及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者

等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。なお、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう「単一建物診療患者の人数」とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

(3) 「在宅での療養を行っている患者」とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「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）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(4) 在宅協力薬局

ア (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「在宅協力薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には、在宅基幹薬局の保険薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合であって、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行ったときには、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。ただし、訪問薬剤管理指導に係る費用については、在宅基幹薬局と在宅協力薬局の合議とする。

イ 在宅協力薬局の保険薬剤師が在宅基幹薬局の保険薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴等を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行った在宅協力薬局名及び当該訪問薬剤管理指導を行った日付を記載する。また、在宅協力薬局が処方箋を受け付け、調剤を行った在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等は在宅協力薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄には在宅協力薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。

(5) 薬学的管理指導計画

- ア 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、薬剤特性（薬物動態、副作用、相互作用等）を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。
- イ 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存する。
- ウ 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。
- エ 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。
- オ 薬学的管理指導計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行う。
- (6) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供する。
- (7) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。
- (8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (9) 保険薬剤師1人につき在宅患者訪問薬剤管理指導料1、2及び3並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて週40回に限り算定できる。
- (10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問の実施日、訪問した保険薬剤師の氏名
- イ 処方医から提供された情報の要点
- ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）
- エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点
- カ 在宅協力薬局の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、（4）のイで規定する事項
- (11) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、服薬管理指導料、かかりつけ

薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合を除いて算定できない。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、外来服薬支援料1又は服薬情報等提供料は算定できない。

- (12) 1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- (13) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬剤管理指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1、2及び3並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。
- (3) 在宅患者オンライン薬剤管理指導により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (6) 患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。
- (7) 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (10) 在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は

算定できない。

3 麻薬管理指導加算

(1) 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、処方箋発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点を所定点数に加算する。

(2) 麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

(3) (1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

(4) 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）及び「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

イ 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

エ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

4 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

(1) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

(2) 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

(3) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状

況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

(4) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

(5) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則(4)及び「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容(麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無などの確認等)

イ 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等)

ウ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。)の要点

エ 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。)

(6) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

5 乳幼児加算

乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点を所定点数に加算する。

6 小児特定加算

小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患者を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

7 在宅中心静脈栄養法加算

(1) 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者を訪問し、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

(2) 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

(3) 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合

は算定できない。

- (4) 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則(4)及び「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容(輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等)

イ 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点(輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等)

ウ 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報(輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)等の状況、服薬指導の要点等)に関する事項を含む。)の要点

8 その他留意点

- (1) 保険薬局(在宅協力薬局を含む。)の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患者の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている保険薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患者の希望により16キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患者を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

- (2) 「注9」に規定する交通費は実費とする。

区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医(以下この項で単に「保険医」という。)の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1及び2並びに在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。
- (2) (1)の規定にかかわらず、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る業務を実施する場合は、1と2を合わせて原則として月8回まで算定できる。ただし、特に医療上の必要がある場合であって、保険医の発行した処方箋に基づくときに限り、月8回を超えて算定することができる。

ただし、この場合にあつては、保険医からの指示内容、訪問が必要になった患者の容態等について、必要な薬学的分析を実施し、薬剤服用歴等に記載した上で、当該訪問が必要であった理由を調剤報酬明細書の摘要欄に簡潔に記載すること。

- (3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- (4) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっていない疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- (5) (3)及び(4)については、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (6) (3)から(5)までについては、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。
- (7) 「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)の取扱いに準ずること。
- (8) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア 訪問の実施日、訪問した保険薬剤師の氏名

イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医と連携する他の保険医から緊急の要請があつた日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨

ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容(服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。)

エ 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(9) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点を

所定点数に加算する。

- イ 麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- ウ アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。
- エ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の２」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（８）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - （イ） 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
 - （ロ） 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
 - （ハ） 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
 - （ニ） 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）
- (10) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
 - ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
 - イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。
 - ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。
 - エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
 - オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の２」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（８）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - （イ） 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投

与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

(11) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点を所定点数に加算する。

(12) 小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

(13) 在宅中心静脈栄養法加算

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）及び「15の2」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（8）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

- (ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (14) 保険薬局（在宅協力薬局を含む。）の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている保険薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。
- ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。
- (15) 「注 8」に規定する交通費は実費とする。
- (16) 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算
- ア 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算は、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより、以下に掲げる夜間、休日及び深夜時間帯に、保険薬局の保険薬剤師が、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している保険薬局は除く。
- (イ) 夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前 8 時前と午後 6 時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。
- (ロ) 休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第 3 条に規定する休日をいう。なお、1 月 2 日、3 日、12 月 29 日、30 日及び 31 日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。
- (ハ) 深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後 10 時から午前 6 時までの間）とする。
- イ 訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限るものであること。
- ウ 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する患者については、処方箋の受付時間（又は保険医から指示を受けた時間）及び患家を訪問した時間について、当該患者の薬剤服用歴等に記載すること。
- エ 「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が当該夜間、休日又は深夜時間帯に緊急訪問薬剤管理指導を行った場合（ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している場合は除く。）は、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定できる。なお、

その場合においては、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)の取扱いに準ずること。

オ 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する保険薬局は、開局時間及び当該加算の費用について、患者及びその家族等に対して説明すること。

(17) 「注10」については、患家又は宿泊施設及び入所中の施設を保険薬剤師が緊急に訪問し、当該患者又はその家族等（現にその看護に当たっている者及び当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して、必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合に「注1」に規定する計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。また、この場合において、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

(18) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

(1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等（居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。）が一堂に会す等によりカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。

(2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて、患家を訪問した上で患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導1回につき1回に限り算定する。

(3) (1)及び(2)については、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

(4) 当該カンファレンスは、保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

(5) (4)において、患者の個人情報に当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意

- を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (6) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った保険薬剤師の氏名並びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名
 - イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医と連携する他の保険医から要請があつて患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由
 - ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容(服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。)
 - エ 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (7) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。また、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定し、在宅患者緊急時等共同指導料は算定できない。
- (8) 在宅患者緊急時等共同指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。
- (9) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
 - イ 麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。
 - ウ アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。
 - エ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則(4)及び「15の3」在宅患者緊急時等共同指導料の(6)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無などの確認等)
 - (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残薬の適切

な取扱方法も含めた保管管理の指導等)

- (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
 - (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）
- (10) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
- ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
 - イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。
 - ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。
 - エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。
 - オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の３」在宅患者緊急時等共同指導料の（６）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
 - (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
 - (ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
 - (ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
 - (ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）
 - カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。
- (11) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (12) 小児特定加算は、児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はそ

の家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

(13) 在宅中心静脈栄養法加算

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）及び「15の3」在宅患者緊急時等共同指導料の（6）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ） 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）

（ロ） 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

（ハ） 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(14) 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている保険薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

区分15の4 退院時共同指導料

(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問

薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、医科点数表の第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- (3) (2)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (4) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴等に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴等に添付する。
- (6) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- (7) 退院時共同指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の5 服薬情報等提供料

- (1) 服薬情報等提供料は、保険薬局において調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関に当該情報を提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下で医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。
- (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のアからウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけでなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。
 - ア 処方箋を発行した保険医療機関が患者の服用薬の残薬の報告を求めており、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、残薬が生じている場合はその理由を薬学的に分析した上で当該保険医療機関に対して情報提供を行った場合
 - イ 調剤基本料の「注11」に掲げる医師の指示による分割調剤及びリフィル処方箋による調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等につい

て確認し、処方医に対して情報提供を行った場合
この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

- ・残薬の有無
- ・残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・副作用の有無
- ・副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

ウ 保険医療機関からの求めに応じ、入院前の患者の服用薬について確認し、依頼元の医療機関に情報提供した場合

- (3) 服薬情報等提供料 2 は、保険薬剤師が患者の服薬状況等について薬学的な分析に基づき患者の薬学的管理に必要な情報を文書により以下のとおり情報提供した場合に算定できる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

ア 服薬情報等提供料「2のイ」

保険薬局の保険薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する(5)のアからエまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合であって、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬、副作用の発現状況等を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合、現に歯科医療機関を受診している患者について、当該歯科医療機関に対して他の医療機関の処方に基づく当該患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合が含まれる。

イ 服薬情報等提供料「2のロ」

保険薬局の保険薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に対して当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。

ウ 服薬情報等提供料「2のハ」

保険薬局の保険薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する(5)のアからエまでに掲げる情報提供の必要性を認め、介護支援専門員が関与する要介護又は要支援認定を受けた患者で、居宅療養管理指導を同一月に算定していない場合において、患者の同意を得て、当該患者の介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合。なお、この場合において、介護支援専門員からの情報提供の求めがあった場合においても保険薬局の保険薬剤師が情報提供の必要性を認めたとうえで要件を満たせば算定することができる。

- (4) 服薬情報等提供料 3 は、以下の場合に算定できる。

ア 入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、患者が入院を予定している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。

イ 保険医療機関の求めについては、患者が入院を予定している保険医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の保険医療機関からの求めを含む。

- ウ 患者の服用薬等については、当該保険薬局で調剤した薬剤、他の保険薬局で調剤された薬剤、保険医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。
- エ 算定に当たっては、別紙様式1-2又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について保険医療機関への情報提供を行うこと。
- ・受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
 - ・服用中の薬剤の一覧
 - ・患者の服薬状況
 - ・併用薬剤等の情報
- (5) 保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。
- ア 当該患者の服用薬及び服薬状況
 - イ 当該患者に対する服薬指導の要点
 - ウ 服薬期間中の患者の状態の変化等、自覚症状がある場合はその原因の可能性がある薬剤の推定
 - エ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報
- (6) 服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えや自覚症状がある場合には、患者の自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果を踏まえて服薬指導し、当該分析及び指導の要点を情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。
- (7) (5)のエについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。
- (8) 保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。
- ア 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。
 - イ 複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
 - ウ 処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
- (9) 介護支援専門員に対して服薬情報等を提供し服薬情報等提供料2を算定した場合であって、処方箋を発行した保険医療機関の医師又は歯科医師に対しても同様の服薬情報等の提供を行った場合においては、服薬情報等提供料2を別に算定できる。ただし、情報提供の内容については、(10)に示すように相手方に応じたものとする。
- (10) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式1-1、別紙様式1-2又はこれに準ずる様式の文書等に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付すること。介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和4年度・令和5年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照されたい。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の報告書様式及び薬学的評価シートを参考に

当該患者の生活様式を踏まえた薬学的分析を行うとともに、情報提供の際には介護支援専門員が理解しやすい表現で実施すること。

- (11) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。また、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料若しくは在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に係る情報提供を行った場合は算定できない。
- (12) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- (1) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。
- (2) 受け付けた処方箋について処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「2」を算定する。
- (3) 「1」のイ及び「2」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容が該当する。
 - ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）
 - イ 併用薬、飲食物等との相互作用
 - ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項
- (4) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- (5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。
- (6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい
- (7) 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。
- (8) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の7 経管投薬支援料

- (1) 経管投薬支援料は、胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。
- (2) 当該加算に係る服薬支援は、以下の場合に患者の同意を得て行うものであること。
 - ア 保険医療機関からの求めがあった場合
 - イ 家族等の求めがあった場合等、服薬支援の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき
- (3) 「簡易懸濁法」とは、錠剤の粉砕やカプセルの開封等を行わず、経管投薬の前に薬剤を崩壊及び懸濁させ、投薬する方法のことをいう。
- (4) 「必要な支援」とは主に次に掲げる内容をいう。
 - ア 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
 - イ 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
 - ウ 必要に応じて保険医療機関への患者の服薬状況及びその患者の家族等の理解度に係る情報提供
- (5) 患者1人につき複数回の支援を行った場合においても、1回のみ算定とする。
- (6) 患者の服薬状況等を保険医療機関に情報提供した場合であって所定の要件を満たすときは、服薬情報等提供料1、2又は3を算定できる。
- (7) 経管投薬支援料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の8 在宅移行初期管理料

- (1) 在宅移行初期管理料は、在宅での療養に移行する予定の服薬管理に係る支援が必要な患者に対して、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前に、保険薬剤師が患家を訪問して、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と連携しながら、退院時の処方内容を踏まえた薬剤の調整、残薬の整理、適切な服薬方法の提案等の必要な薬学的管理及び指導を行うことを評価するものである。
- (2) 在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要があると判断したものを対象とする。
 - ア 認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が1人の場合に限る。）、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも保険薬局の保険薬剤師が行う場合に限る。、単一建物居住者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。
- (3) (2)のイの場合においては、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(2)及び(12)における単一建物診療患者の取扱いに準ずること。
- (4) 必要な薬学的管理及び指導として、薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報

を収集すること。

- イ 患者における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。
- (5) 実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。
 - (6) 在宅移行初期管理料は、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患者を訪問して(4)に掲げる業務を実施した場合に算定する。なお、この場合に実施した服薬管理の支援等については、外来服薬支援料1を別途算定できない。
 - (7) 在宅移行初期管理料は、当該患者において在宅患者訪問薬剤管理指導料(単一建物診療患者が1人の場合に限る。)、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(いずれも保険薬局の保険薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。)の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。
 - (8) 在宅移行初期管理料に係る業務について、「15」に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)に規定する在宅協力薬局が実施した場合は算定できない。
 - (9) (6)に掲げる訪問を実施した日付について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (10) 「注3」に規定する交通費は実費とする。
 - (11) 在宅移行初期管理料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

<薬剤料>

区分20 使用薬剤料

- (1) 投薬時における薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。
なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。
- (2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具(散粉器)を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。
- (3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため(天災地変その他やむを得ない場合を除く。)再交付された処方箋に基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。
- (4) 内服用液剤を投与する際には常水(水道水、自然水)を使用するが、特に蒸留水を使用

しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

(6) 「注2」の多剤投与の場合の算定

ア 「注2」の算定は、特別調剤基本料A及び特別調剤基本料Bを算定する保険薬局に限り、1回の処方箋受付のうち、内服薬（内服用滴剤を含む。以下、(イ)及び(ホ)について同じ。）についてのみ対象とする。

この場合の「種類」については、次のように計算する。

(イ) 内服薬の種類に屯服薬は含めない。

(ロ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) 散剤、顆粒剤、液剤、浸煎薬及び湯薬については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ニ) (ハ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ホ) 複数の診療科を標榜する同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、内服薬の「種類」については、それぞれの処方箋の内服薬の「種類」を合計して計算する。

イ 「注2」の「所定点数」とは、1回の処方箋受付のうち、所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、浸煎薬にあつては1調剤分）ごとの内服薬の薬剤料（単位薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数）をいう。ただし、同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、それぞれの処方箋の内服薬の薬剤料を合計して計算する。

<特定保険医療材料料>

区分30 特定保険医療材料

(1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表2に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。

ア 別表3に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器

イ 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料

(2) 特定保険医療材料の定義については、「特定保険医療材料の定義について」（令和6年3月5日保医発0305第12号）を参照すること。

別表 1

(1) 服薬管理指導料

及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	服薬管理指導料	手帳減算に該当する場合	かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合	かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料
等の加算 調剤管理料	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	×	○	○	×
	特定薬剤管理指導加算 3	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	吸入薬指導加算	3 月に 1 回まで	○	×	○	○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2		3 月に 1 回まで	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2		月 1 回まで	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1		月 1 回まで	○	○	○	×	×
服薬情報等提供料 2		月 1 回まで※ ¹	○	○	○	×	×
服薬情報等提供料 3		3 月に 1 回まで	○	○	○	×	×
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
経管投薬支援料		1 回まで	○	○	○	○	○

※1 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

		在宅患者訪問薬剤管理指導料	在宅患者オンライン薬剤管理指導料 ^{※2}	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 ^{※2}	在宅患者緊急時等共同指導料	
項目		算定回数					
等の加算 調剤管理料	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
指導料等の加算 在宅患者訪問薬剤管理	麻薬管理指導加算	1回ごと	○	△	○	△	○
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1回ごと	○	×	○	×	○
	乳幼児加算	1回ごと	○	△	○	△	○
	小児特定加算	1回ごと	○	△	○	△	○
	在宅中心静脈栄養法加算	1回ごと	○	×	○	×	○
外来服薬支援料1		月1回まで	×	×	×	×	×
外来服薬支援料2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料1		月1回まで	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料2		3月に1回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料1		月1回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料2		月1回まで	○	○	○	○	○
服薬情報等提供料1		月1回まで	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料2		月1回まで ^{※1}	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料3		3月に1回まで	×	×	×	×	×
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
経管投薬支援料		1回まで	○	○	○	○	○

※1 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

※2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の算定に当たっては、麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算は外来における点数を算定する。
(別表では△として記載している。)

(3) 同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

		服薬情報等提供料 1、2、3	在宅患者訪問薬剤管理指導料	
項目	算定回数			
服薬管理指導料	処方箋受付ごと	○	× ^{※2}	
かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付ごと	×		
かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付ごと	×		
料 調 の 剤 加 管 算 理	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	
	医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	× ^{※2}	
	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと		
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで		○ ^{※1}
	特定薬剤管理指導加算 3	処方箋受付ごと		○
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと		○
	小児特定加算	処方箋受付ごと		○
	吸入薬指導加算	3 月に 1 回まで		○ ^{※1}
外来服薬支援料 1	月 1 回まで	○	×	
外来服薬支援料 2	処方箋受付ごと	○	○	
服用薬剤調整支援料 1	月 1 回まで	○	○	
服用薬剤調整支援料 2	3 月に 1 回まで	○ ^{※1}	○	
調剤後薬剤管理指導料 1	月 1 回まで	○ ^{※1}	○	
調剤後薬剤管理指導料 2	月 1 回まで	○ ^{※1}	○	
経管投薬支援料	患者ごとに 1 回のみ	○	○	

※ 1 当該薬学管理料の算定に係る保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

※ 2 訪問薬剤管理指導の薬学的管理指導計画に係る別の疾病又は負傷に係る臨時の処方を行った場合を除く。

別表 2

- インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、ブロスマブ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ガルカネズマブ製剤、オフアツムマブ製剤、ボソリチド製剤、エレヌマブ製剤、アバロパラチド酢酸塩製剤、カブラシズマブ製剤、濃縮乾燥人 C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、ビメキズマブ製剤、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、ペグバリアーゼ製剤、ラナデルマブ製剤、ネモリズマブ製剤、ペグセタコプラン製剤、ジルコプランナトリウム製剤、コンシズマブ製剤、テゼペルマブ製剤及びオゾラリズマブ製剤の自己注射のために用いるデイスポーザブル注射器（針を含む。）
- 万年筆型注入器用注射針
- 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料

別表 3

インスリン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂

回活性複合体を含む。)

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

性腺刺激ホルモン製剤

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体

ソマトスタチンアナログ

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

ブプレノルフィン製剤

抗悪性腫瘍剤

グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト

ヒトソマトメジンC製剤

エタネルセプト製剤

ペグビソマント製剤

スマトリプタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤

アダリムマブ製剤

テリパラチド製剤

アドレナリン製剤

ヘパリンカルシウム製剤

アポモルヒネ塩酸塩製剤

セルトリズマブペゴル製剤

トシリズマブ製剤

メトレプレチン製剤

アバタセプト製剤

pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

アスホターゼ アルファ製剤

グラチラマー酢酸塩製剤

セクキヌマブ製剤

エボロクマブ製剤

ブロダルマブ製剤

アリロクマブ製剤

ベリムマブ製剤

イキセキズマブ製剤

ゴリムマブ製剤

エミシズマブ製剤

イカチバント製剤

サリルマブ製剤

デュピルマブ製剤
インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤
ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤
ブロスマブ製剤
メポリズマブ製剤
オマリズマブ製剤
テデュグルチド製剤
サトラリズマブ製剤
ガルカネズマブ製剤
オフアツムマブ製剤
ボソリチド製剤
エレヌマブ製剤
アバロパラチド酢酸塩製剤
カプラシズマブ製剤
濃縮乾燥人C1-インアクチベーター製剤
フレマネズマブ製剤
メトトレキサート製剤
チルゼパチド製剤
ビメキズマブ製剤
ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤
ペグバリアーゼ製剤
ラナデルマブ製剤
ネモリズマブ製剤
ペグセタコプラン製剤
ジルコプランナトリウム製剤
コンシズマブ製剤
テゼペルマブ製剤
オゾラリズマブ製剤

患者の服薬状況等に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(F A X)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 年 月 日生 (歳)

住所

電話番号

以下のとおり、情報提供いたします。

情報提供の概要：

1 処方薬の情報

薬剤名等：

2 併用薬剤等 (要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。) の情報

薬剤名等：

3 処方薬剤の服用状況 (アドヒアランス及び残薬等) 及びそれに対する指導に関する情報

4 患者、家族又は介護者からの情報 (副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)

5 薬剤に関する提案

6 その他

[記載上の注意]

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2 わかりやすく記入すること。
- 3 必要な場合には、手帳又は処方箋等の写しを添付すること。

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調節している薬	
3 患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）	
服薬管理者 （当てはまるものに☑）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	
4 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報	
5 その他	

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

(別紙様式2)

様式例

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について

〇〇薬局

(連絡先:)

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

薬剤師の _____ が

1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者（看護師等）との連携を図ります。
5. 医療機関への入院時や医療機関からの退院時においても医療機関と連携を図り、継続的に担当します。
6. いつでもお薬についてご相談に応じます。
7. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
8. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
9. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
10. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。

注) かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料/加算等が算定されている方が対象です。

《薬学的観点から必要と判断した理由》（かかりつけ薬剤師記入欄）

※《希望する場合》（かかりつけ薬剤師記入欄）

連携する薬剤師の氏名 (_____)

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

お名前（ご署名）: _____

(別紙)

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について<説明用資料>

※薬剤師名（_____）

マイナンバーカード

- マイナンバーカードの健康保険証（マイナ保険証）をご提示ください。
- 診療情報や薬剤情報などを確認し、これらの情報に基づいた薬に関する相談などが行えます。

お薬手帳

- マイナ保険証とともに、お薬手帳を忘れずにご提示ください。
- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際にも、その手帳を提出してください。

かかりつけ薬剤師による薬の説明や指導

- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際には、「かかりつけ薬剤師」を決めていることをお伝えください。
- 当薬局の連絡先や薬剤師名が記載されているお薬手帳を提示していただくと便利です。
- やむを得ない理由により「かかりつけ薬剤師」が対応できない場合は、ほかの薬剤師が責任をもって担当いたします。

費用

- かかりつけ薬剤師指導料（76点）に要する費用は、3割負担の場合約230円です（※現在のご負担（服薬管理指導料）との実際の差額は、約60円または約100円程度の増）。
- かかりつけ薬剤師包括管理料（291点）は3割負担の場合約870円ですが、調剤基本料、薬剤調製料と調剤管理料のご負担は生じません。
- かかりつけ薬剤師が対応できない場合は、服薬管理指導料（45点または59点）もしくは服薬管理指導料の特例（59点）を算定します。

※ 同意はいつでも取り下げることができます。

3 重複投薬等に関する状況

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名（先発医薬品名）	服用開始日

薬剤師のコメント

4 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する医薬品名

「1」の処方医療機関の番号	症状	関連する医薬品名

薬剤師のコメント

5. その他特記すべき事項（残薬及びその他の患者への聞き取り内容等）

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」及び「2」を記載した上で「3」又は「4」により重複投薬等の解消等、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案を行うこと。
- 2 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 3 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。
- 4 「2」については、後発医薬品を服用中の場合であっても、当該医薬品に先発医薬品がある場合はその名称を併記すること。
- 5 「3」については、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を確認すること。
- 6 「5」については、必要に応じて記載すること。

⑤

< 抄 >

保医発 0305 第 5 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 57 号）の告示に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 58 号）が告示され、令和 6 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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 0304 第 2 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準等を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じて、当該基準等中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添 1 のとおりとすること。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとすること。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添 3 のとおりとすること。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添 4 のとおりとすること。

- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとすること。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。
- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。
- 9 カンファレンス等をリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合には、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- 10 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 11 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

第2 届出に関する手続き

- 1 「基本診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等の内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出

書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

3 届出書の提出があった場合は、地方厚生（支）局は届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)については届出前3か月、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料及び精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。

5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

(1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。

(2) 当該届出を行う前6か月間において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（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。

(3) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

(4) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、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（平成18年厚生労働省告示第104号）に該当している保険医療機関である場合。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

情報通信機器を用いた診療に係る基準

（情報通信）第 号

機能強化加算	(機能強化) 第	号
外来感染対策向上加算	(外来感染) 第	号
連携強化加算	(連携強化) 第	号
サーベイランス強化加算	(サ強化) 第	号
抗菌薬適正使用体制加算	(抗薬適) 第	号
医療DX推進体制整備加算	(医療DX) 第	号
看護師等遠隔診療補助加算	(看遠診) 第	号
時間外対応加算 1	(時間外 1) 第	号
時間外対応加算 2	(時間外 2) 第	号
時間外対応加算 3	(時間外 3) 第	号
時間外対応加算 4	(時間外 4) 第	号
地域包括診療加算	(地包加) 第	号
初診料(歯科)の注1に掲げる基準	(歯初診) 第	号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診) 第	号
歯科外来診療医療安全対策加算 1	(外安全 1) 第	号
歯科外来診療医療安全対策加算 2	(外安全 2) 第	号
歯科外来診療感染対策加算 1	(外感染 1) 第	号
歯科外来診療感染対策加算 2	(外感染 2) 第	号
歯科外来診療感染対策加算 3	(外感染 3) 第	号
歯科外来診療感染対策加算 4	(外感染 4) 第	号
歯科診療特別対応連携加算	(歯特連) 第	号
初診料(歯科)の注16及び再診料(歯科)の注12に掲げる基準	(歯情報通信) 第	号
一般病棟入院基本料	(一般入院) 第	号
療養病棟入院基本料	(療養入院) 第	号
結核病棟入院基本料	(結核入院) 第	号
精神病棟入院基本料	(精神入院) 第	号
特定機能病院入院基本料	(特定入院) 第	号
専門病院入院基本料	(専門入院) 第	号
障害者施設等入院基本料	(障害入院) 第	号
有床診療所入院基本料	(診入院) 第	号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診入帰) 第	号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第	号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診療養入帰) 第	号
総合入院体制加算 1	(総合 1) 第	号
総合入院体制加算 2	(総合 2) 第	号
総合入院体制加算 3	(総合 3) 第	号
急性期充実体制加算 1	(急充実 1) 第	号
急性期充実体制加算 2	(急充実 2) 第	号
救急医療管理加算	(救急医療) 第	号
超急性期脳卒中加算	(超急性期) 第	号

診療録管理体制加算 1	(診療録 1) 第	号
診療録管理体制加算 2	(診療録 2) 第	号
診療録管理体制加算 3	(診療録 3) 第	号
医師事務作業補助体制加算 1	(事補 1) 第	号
医師事務作業補助体制加算 2	(事補 2) 第	号
急性期看護補助体制加算	(急性看補) 第	号
看護職員夜間配置加算	(看夜配) 第	号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第	号
看護配置加算	(看配) 第	号
看護補助加算	(看補) 第	号
療養環境加算	(療) 第	号
重症者等療養環境特別加算	(重) 第	号
療養病棟療養環境加算 1	(療養 1) 第	号
療養病棟療養環境加算 2	(療養 2) 第	号
療養病棟療養環境改善加算 1	(療養改 1) 第	号
療養病棟療養環境改善加算 2	(療養改 2) 第	号
診療所療養病床療養環境加算	(診療養) 第	号
診療所療養病床療養環境改善加算	(診療養改) 第	号
無菌治療室管理加算 1	(無菌 1) 第	号
無菌治療室管理加算 2	(無菌 2) 第	号
放射線治療病室管理加算 (治療用放射性同位元素による場合)	(放射治療) 第	号
放射線治療病室管理加算 (密封小線源による場合)	(放射密封) 第	号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第	号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩診) 第	号
小児緩和ケア診療加算	(小緩診) 第	号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第	号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第	号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第	号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第	号
精神科リエゾンチーム加算	(精リエ) 第	号
依存症入院医療管理加算	(依存管理) 第	号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害) 第	号
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	(リハ栄養) 第	号
栄養サポートチーム加算	(栄養チ) 第	号
医療安全対策加算 1	(医療安全 1) 第	号
医療安全対策加算 2	(医療安全 2) 第	号
感染対策向上加算 1	(感染対策 1) 第	号
感染対策向上加算 2	(感染対策 2) 第	号
感染対策向上加算 3	(感染対策 3) 第	号
患者サポート体制充実加算	(患サポ) 第	号

重症患者初期支援充実加算	(重症初期) 第	号
報告書管理体制加算	(報告管理) 第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第	号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第	号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第	号
地域連携分娩管理加算	(地域分娩) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入) 第	号
呼吸ケアチーム加算	(呼吸チ) 第	号
術後疼痛管理チーム加算	(術後疼痛) 第	号
後発医薬品使用体制加算 1	(後発使 1) 第	号
後発医薬品使用体制加算 2	(後発使 2) 第	号
後発医薬品使用体制加算 3	(後発使 3) 第	号
バイオ後続品使用体制加算	(バ後使) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 1	(病棟薬 1) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 2	(病棟薬 2) 第	号
データ提出加算	(データ提) 第	号
入退院支援加算	(入退支) 第	号
精神科入退院支援加算	(精入退支) 第	号
医療的ケア児(者)入院前支援加算	(医ケア支) 第	号
認知症ケア加算	(認ケア) 第	号
せん妄ハイリスク患者ケア加算	(せん妄ケア) 第	号
精神疾患診療体制加算	(精疾診) 第	号
精神科急性期医師配置加算	(精急医配) 第	号
排尿自立支援加算	(排自支) 第	号
地域医療体制確保加算	(地医確保) 第	号
協力対象施設入所者入院加算	(協力施設) 第	号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第	号
救命救急入院料 1	(救 1) 第	号
救命救急入院料 2	(救 2) 第	号
救命救急入院料 3	(救 3) 第	号
救命救急入院料 4	(救 4) 第	号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第	号
特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第	号
特定集中治療室管理料 3	(集 3) 第	号
特定集中治療室管理料 4	(集 4) 第	号
特定集中治療室管理料 5	(集 5) 第	号
特定集中治療室管理料 6	(集 6) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 1	(ハイケア 1) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 2	(ハイケア 2) 第	号

脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第	号
小児特定集中治療室管理料	(小集) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第	号
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	(新重) 第	号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第	号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第	号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第	号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第	号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第	号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第	号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第	号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第	号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第	号
地域包括医療病棟入院料	(地包医) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	(回 3) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	(回 4) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	(回 5) 第	号
回復期リハビリテーション入院医療管理料	(回管) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	(地包ケア 1) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	(地包ケア 2) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3	(地包ケア 3) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4	(地包ケア 4) 第	号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第	号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第	号
緩和ケア病棟入院料 1	(緩 1) 第	号
緩和ケア病棟入院料 2	(緩 2) 第	号
精神科救急急性期医療入院料	(精救) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第	号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第	号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第	号
精神療養病棟入院料	(精療) 第	号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第	号
認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第	号
精神科地域包括ケア病棟入院料	(精地ケ) 第	号
特定一般病棟入院料 1	(特般 1) 第	号
特定一般病棟入院料 2	(特般 2) 第	号

地域移行機能強化病棟入院料	(移機強) 第 号
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	(特定リハ) 第 号
短期滞在手術等基本料 1	(短手 1) 第 号

- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、令和 6 年 6 月 1 日からの算定に係る届出については、令和 6 年 5 月 2 日以降に届出書の提出を行うことができる。
- 8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第 3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行うものであること。なお、病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して 1 割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
 - ア 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から 1 を減じた数以上である範囲
 - イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の 4、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数から 1 を減じた数以上
- (3) 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。）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（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で 1 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が 100 床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1 日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
- (5) 算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護

必要度Ⅰ又はⅡ」という。)の評価方法を用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)の要件を含む。)中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(6) 算定要件中の紹介割合及び逆紹介割合については、暦月で3か月間の一時的な変動。

- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日)から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準に係る場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。
- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年1回、受理後6か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 「基本診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において閲覧(ホームページへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものであること。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

(掲示例)

- (1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料6を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員(看護師及び准看護師)が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時から夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時から深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時から朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- (2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和6年5月31日現在において現に入院基本料等を算定し

ている保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和6年6月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和6年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表1）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表2）については、令和6年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表2における経過措置期間については、令和6年3月31日時点で改正前の当該入院基本料等を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注14及び再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算
初診料（医科）の注16及び初診料（歯科）の注15に規定する医療DX推進体制整備加算
再診料の注10に規定する時間外対応加算2
再診料の注20及び外来診療料の注11に規定する看護師等遠隔診療補助加算
歯科外来診療感染対策加算2
歯科外来診療感染対策加算4
初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注12に掲げる基準
療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算
療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算1及び2
障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2
急性期充実体制加算の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算
診療録管理体制加算1
急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1
看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1
小児緩和ケア診療加算
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算
バイオ後続品使用体制加算
病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算
精神科入退院支援加算
医療的ケア児（者）入院前支援加算
医療的ケア児（者）入院前支援加算の注2に規定する情報通信機器を用いた入院前支援
協力対象施設入所者入院加算
特定集中治療室管理料5及び6
特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
地域包括医療病棟入院料
地域包括医療病棟入院料の注3に規定する夜間看護体制特定日減算
地域包括医療病棟入院料の注5に規定する看護補助体制加算（25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）、25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）、50対1看護補助体制加算及び75対1看護補助体制加算）

地域包括医療病棟入院料の注6に規定する夜間看護補助体制加算（夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算及び夜間100対1看護補助体制加算）

地域包括医療病棟入院料の注7に規定する夜間看護体制加算

地域包括医療病棟入院料の注8に規定する看護補助体制充実加算1、2及び3

地域包括医療病棟入院料の注9に規定する看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間12対1配置加算2、看護職員夜間16対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算2）

地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算

小児入院医療管理料の注2に規定する加算（保育士2名以上の場合）

小児入院医療管理料の注4に規定する重症児受入体制加算2

小児入院医療管理料の注9に規定する看護補助加算

小児入院医療管理料の注10に規定する看護補助体制充実加算

回復期リハビリテーション入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する看護補助体制充実加算1及び2

児童・思春期精神科入院医療管理料の注3に規定する精神科養育支援体制加算

精神科地域包括ケア病棟入院料

表2 施設基準が改正された入院基本料等

外来感染対策向上加算（令和7年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括診療加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

歯科外来診療医療安全対策加算1（令和6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告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

歯科外来診療医療安全対策加算2（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

歯科外来診療感染対策加算1（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

歯科外来診療感染対策加算3（令和6年3月31日時点で旧算定方法別表第二「A000」に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6を除く。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

有床診療所療養病床入院基本料（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算1、2及び3（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期充実体制加算1及び2（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期充実体制加算1及び2（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期充実体制加算1（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

超急性期脳卒中加算（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

感染対策向上加算（令和7年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

入退院支援加算1（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料1（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料2（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料3（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料4（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定集中治療室管理料1、2、3及び4（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

ハイケアユニット入院医療管理料1及び2（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

小児特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

新生児特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合周産期特定集中治療室管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料1（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料2（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料3（令和6年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（令和7年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期治療病棟入院料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

児童・思春期精神科入院医療管理料（令和8年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料（地域包括ケア1、地域包括ケア2及び地域包括ケア3）（令和6年10月

1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

情報通信機器を用いた診療
 時間外対応加算1、3及び4
 特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料
 初診料（歯科）の注1に掲げる基準
 地域歯科診療支援病院歯科初診料
 入院基本料又は特定入院料（療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料特定一般入院料の注7の届出を行っている保険医療機関を除く。）
 障害者施設等入院基本料
 障害者施設等入院基本料の注11に規定する夜間看護体制加算
 有床診療所在宅患者支援病床初期加算
 介護障害連携加算1及び2
 救急医療管理加算
 医師事務作業補助体制加算
 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
 特殊疾患入院施設管理加算
 看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算
 緩和ケア診療加算
 がん拠点病院加算
 後発医薬品使用体制加算
 入退院支援加算3
 地域医療体制確保加算
 新生児治療回復室入院医療管理料
 特殊疾患入院医療管理料
 小児入院医療管理料
 回復期リハビリテーション病棟入院料4
 回復期リハビリテーション病棟入院料5
 特殊疾患病棟入院料
 特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
 地域移行機能強化病棟入院料

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

診療録管理体制加算1	→	診療録管理体制加算2
診療録管理体制加算2	→	診療録管理体制加算3
療養病棟入院基本料の注12に規定する	→	療養病棟入院基本料の注13に規定す

看護補助体制充実加算		る看護補助体制充実加算 3
障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助体制充実加算	→	障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算 3
急性期看護補助体制加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	急性期看護補助体制加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算 2
看護補助加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	看護補助加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算 2
地域包括ケア病棟入院料の注 4 に規定する看護補助体制充実加算	→	地域包括ケア病棟入院料の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 3

別添 1

初・再診料の施設基準等

第 1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。

ア 保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に該当しており、事後的に確認が可能であること。

イ 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有すること。

ウ 患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること。

エ 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。

(2) オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

(1) 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 1 を用いること。

(2) 毎年 8 月において、前年度における情報通信機器を用いた診療実施状況及び診療の件数について、別添 7 の様式 1 の 2 により届け出ること。

第 1 の 2 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

(1) 1 週間当たりの表示診療時間の合計が 30 時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1 週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

(2) (1)の規定にかかわらず、概ね月 1 回以上、当該診療所の保険医が、客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、1 週間当たりの表示診療時間の合計が 27 時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。

ア 地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について（昭和 52 年医発第 692 号）」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

- (3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療所が常態として医師が不在となる時間（訪問診療に要する時間を除く。）は、1週間当たりの表示診療時間の合計に含めない。
- (4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

2 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の3 機能強化加算

1 機能強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- (2) 次のいずれかを満たしていること。
 - ア 「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。
 - ① 「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上
 - ② 「C001」在宅患者訪問診療料（I）の「1」、「C001-2」在宅患者訪問診療料（II）（注1のイの場合に限る。）又は「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上
 - ウ 「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - エ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。
 - ① 「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上
 - ② 「C001」在宅患者訪問診療料（I）の「1」、「C001-2」在宅患者訪問診療料（II）（注1のイの場合に限る。）又は「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上
 - オ 「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - カ 「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、「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6年3月5日保医発0305第5

号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。)の別添1の第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。

キ 「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、特掲診療料施設基準通知の別添1の第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

(イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。

① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上

② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。

① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上

② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。

イ 警察医として協力していること。

ウ 母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査(市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査)を実施していること。

エ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項に規定する予防接種(定期予防接種)を実施していること。

オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

- (4) 地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ、以下のアからオの対応を行っていること。また、当該対応を行っていることについて当該保険医療機関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。

ア 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うこと。

イ 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

ウ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

エ 保健・福祉サービスに関する相談に応じること。

オ 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (5) (4)に基づき掲示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付すること。

2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の3を用いること。

第1の4 外来感染対策向上加算

1 外来感染対策向上加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 診療所であること。
- (2) 感染防止に係る部門「以下「感染防止対策部門」という。」を設置していること。ただし、別添3の第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) 感染防止対策部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は別添3の第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、医科点数表第1章第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)の院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。
- (6) (3)の院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお、当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)の院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加

し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。

- (8) (7)に規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。
- (10) (3)の院内感染管理者により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (11) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (12) 当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- (13) 感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（同法第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。
- (14) 新興感染症の発生時等に、発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること。
- (15) 厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること。
- (17) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制を有していることが望ましい。
- (18) 「A234-2」に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出は、別添7の様式1の4を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(13)に該当するものとみなす。

第1の5 連携強化加算

1 連携強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。
- (2) 当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

2 届出に関する事項

連携強化加算に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。

第1の6 サーベイランス強化加算

1 サーベイランス強化加算に関する施設基準

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。
- (2) 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。

2 届出に関する事項

サーベイランス強化加算に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。

第1の7 抗菌薬適正使用体制加算

1 抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。
- (2) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (3) 直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。

2 届出に関する事項

抗菌薬適正使用体制加算に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。

第1の8 医療情報取得加算

1 医療情報取得加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 医療情報取得加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (2) 1の(4)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

第1の9 医療DX推進体制整備加算

1 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧及び活用できる体制を有していること。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。
- (5) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (6) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関であること
 - イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
 - ウ 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療DXにかかる取組を実施している保険医療機関であること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の6を用いること。
- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- (3) 1の(6)については、令和6年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示す予定である。
- (4) 令和7年9月30日までの間に限り、1の(7)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。
- (5) 1の(8)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものと

みなす。

第2 時間外対応加算

1 通則

- (1) 診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算1に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3 時間外対応加算2に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。この場合において、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

4 時間外対応加算3に関する施設基準

- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

5 時間外対応加算4に関する施設基準

- (1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であつ

でも、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

- (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

6 届出に関する事項

時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

- (1) 診療所であること。
- (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
- (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算1に関する施設基準

- (1)から(12)までの基準を全て満たしていること。
- (1) 診療所であること。
- (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。なお、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (3) 次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。以下同じ。）及び相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準第3条に規定するものをいう。以下同じ。）からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (5) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。
- (6) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
 - イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
- ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置していること。
 - イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
 - エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション及び同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。
 - カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
 - ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。
 - ケ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- (8) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること特掲診療料施設基準通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。。
- (9) 以下のいずれか1つを満たしていること。
- ア 時間外対応加算1、2、3又は4の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 - ウ 在宅療養支援診療所であること。
- (10) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
- ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。

- (11) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。
- ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、「C000」往診料、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上であること。
 - イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。
- (12) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- 2 地域包括診療加算2に関する施設基準
- 以下の全てを満たしていること。
- (1) 1の(1)から(7)まで、(9)、(10)及び(12)を満たしていること。
 - (2) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 地域包括診療加算1又は2の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の3を用いること。
 - (2) 令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(10)又は(12)を満たしているものとする。
 - (3) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)を満たしているものとする。

第2の4 認知症地域包括診療加算

1 認知症地域包括診療加算1に関する基準

第2の3に掲げる地域包括診療加算1の届出を行っていること。

2 認知症地域包括診療加算2に関する基準

第2の3に掲げる地域包括診療加算2の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

地域包括診療加算1又は2の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療加算1又は2として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の5 特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料

1 保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」(以下「流通改善ガイドライン」という。)に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を報告すること等について規定しているものであり、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。なお、医薬品取引に係る契約書の写し等の資料については適切に保管していること。

(1) 妥結率の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合

は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（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。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額

(2) 医療用医薬品の取引に係る状況とは、「前年度における価格交渉及び妥結価格についての状況をいう。

(3) 流通改善に関する取組状況とは、流通改善ガイドラインにおいて、卸売販売業者との保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項とされている、単品単価契約の推進、個々の医薬品の価値に基づいた価格交渉の推進、価格交渉の頻度の改善等の取組について、当該医療機関における状況を報告するものであること。

2 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況について、別添 7 の様式 2 の 4 により、毎年 10 月 1 日から 11 月末日までに、同年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11 月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料は、12 月 1 日から翌年 11 月末日まで適用する。

第 2 の 6 看護師等遠隔診療補助加算

1. 看護師等遠隔診療補助加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

(1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年 5 月 16 日医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。

(2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。

(3) 別添 1 の第 1 に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2. 届出に関する事項

看護師等遠隔診療補助加算に関する届出は別添 7 の様式 1 の 7 を用いること。

第 2 の 7 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準

(1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。

(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。

(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を 4 年に 1 回以上、定期的受講している常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。

(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。

(5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行

入院基本料等の施設基準等

第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添 6 の別紙 2 又は別紙 2 の 3 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後 7 日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添 6 の別紙 2 の 2 を参考にすること。
なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要があること。

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月 1 回程度、定期的開催されていること。なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。なお、診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。
- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある

検査部において)、各病棟(有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。)の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

- (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2) 安全管理のための指針が整備されていること。
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。
- (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。
安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。
安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施されていること。

4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。

- (5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができる。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
- (6) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましい。
- (7) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (8) 毎年8月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

6 意思決定支援の基準

- (1) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。ただし、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・

思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する保険医療機関についてはこの限りでない。

- (2) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注7に規定する施設基準の届出を行っている病棟又は病床を除く。）については、令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

7 身体的拘束最小化の基準

- (1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- (2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
- ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
- イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律25第123号）の規定による。
- (7) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り、(1)から(5)までの基準を満たしているものとする。

8 医科点数表第1章第2部通則第8号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第7号に規定する基準

当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されていること。

~~第1の2 歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準~~

~~入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。~~

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第 1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。

なお、精神科については、24 時間対応できる体制を確保し、医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床を有していること。また、「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料、「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料、「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料、「A 3 1 5」精神科地域包括ケア病棟入院料又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

- (3) 全身麻酔による手術件数が年 2,000 件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40 件／年以上

イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上

ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上

エ 放射線治療（体外照射法）4,000 件／年以上

オ 化学療法 1,000 件／年以上

カ 分娩件数 100 件／年以上

- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第 2 章第 11 部に掲げる麻酔のうち「L 0 0 7」開放点滴式全身麻酔又は「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第 2 章第 10 部に掲げる手術（輸血管管理料を除く。）をいう。

イ 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第 2 章第 10 部に掲げる手術のうち、「K 5 4

1」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K552-2」に掲げる手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）。

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K843-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、G-C S F 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開術を含む。）とする。

(5) 24 時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める第 3 「救命救急センター」又は第 4 「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。

(6) 外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、「B O O 9」診療情報提供料(I)の「注 8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近 1 か月間の総退院患者数（外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来及びH I V等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4 割以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関（医療法第 30 条の 18 の 2 第 1 項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）であること。

(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年 1 回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも 3 項目以上を含んでいること。

- (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
 - (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。）
 - (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減
 - (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
 - (ホ) 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定にする指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減
 - (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減
 - (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置していること。
 - (9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
 - (10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
 - (11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
 - イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
 - ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
 - エ 「A103」精神病棟入院基本料、「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、「A310」緩和ケア病棟入院料、「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料、「A312」精神療養病棟入院料、「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。
 - オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。
 - (12) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 「A101」療養病棟入院基本料又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
 - イ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している

保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。

- (13) 総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表2のとおりであること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表1

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1	3割3分	3割2分
総合入院体制加算2	3割1分	3割
総合入院体制加算3	2割8分	2割7分

- (14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うものであること。ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
- (15) 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とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- (16) 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関

6 届出に関する事項

- (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。
- (2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10、様式13及び様式13の2を用いること。
- (3) 毎年8月において、前年度における手術件数等及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13及び様式13の2により届け出ること。
- (4) 当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の2の届出を略することができること。
- (5) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。
- (6) 1の(5)及び2の(4)に係る救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

- (1) 「A100」一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

第1の1の(4)のアと同様である。

イ 緊急手術

病状の急変により緊急に行われた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

第1の1の(4)のウと同様である。

エ 腹腔鏡下手術

第1の1の(4)のエと同様である。

オ 胸腔鏡下手術

胸腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K488-3」、「K488-4」、「K494-2」、「K496-2」、「K496-4」、「K501-3」、「K502-3」、「K502-5」、「K504-2」、「K513」、「K513-2」から「K513-4」まで、「K514-2」、「K524-2」、「K528-3」、「K529-2」、「K539-3」、「K554-2」、「K555-3」、「K562-2」、「K594」の「4」の「ロ」をいう。

カ 心臓カテーテル法による手術

心臓カテーテル法による手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K

546」から「K550-2」まで、「K555-2」、「K556-2」、「K559-2」、「K559-3」、「K562」の「1」、「K567-2」、「K570-2」から「K570-4」まで、「K573」の「1」、「K574-2」、「K574-3」、「K594」の「4」の「ハ」、「K595」、「K595-2」、「K602-2」をいう。

キ 消化管内視鏡による手術

消化管内視鏡による手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K520」の「4」、「K526-2」から「K526-4」まで、「K530-3」、「K647-3」、「K653」、「K653-5」、「K653-6」、「K682-3」、「K682-4」、「K685」から「K688」まで、「K699-2」、「K705」の「1」、「K707」の「1」、「K708-3」、「K721-4」、「K721-5」、「K722」、「K730」の「3」、「K731」の「3」、「K735-2」、「K735-4」、「K739-2」をいう。

ク 化学療法

第1の1の(4)のカと同様である。

ケ 心臓胸部大血管の手術

心臓胸部大血管手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K541」から「K544」まで、「K551」から「K555-2」の「1」及び「2」まで、「K555-3」、「K556」「K557」から「K559」まで、「K560」の「1」から「5」まで、「K560-2」、「K561」の「2」の「イ」、「K562」の「2」、「K562-2」から「K567」まで、「K568」から「K570」まで、「K571」、「K572」、「K573」の「2」、「K574」、「K575」から「K593」まで、「K594」の「1」から「3」まで、「4」の「イ」、「ロ」、「K594-2」、「K603」、「K603-2」、「K604-2」から「K605-4」をいう。

コ 異常分娩

当該医療機関において分娩を行ったもののうち、異常分娩であるものの総数をいう。

サ 6歳未満の乳幼児の手術

医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）のうち、6歳未満の乳幼児に対して行ったもの。

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア 以下のいずれかを満たしていること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(ロ) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上、又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり6.0件/年以上であること。

イ 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること。

また、「A248」の「2」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入

院3日以内における「I001」入院精神療法若しくは「A300」救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

- (4) 高度急性期医療の提供として、特定入院料のうち「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ていること。
- (5) 「A234-2」に掲げる感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- (6) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- (7) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- (8) 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟については、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ること。
- (9) 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は「A247」認知症ケア加算1又は2の届出を行っていること。
- (10) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として、次の体制を整備していること。
 - ア 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という。）を設置すること。院内迅速対応チームが病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、24時間対応できる体制を確保しておくこと。
 - ① 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師1名
 - ② 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師1名
 - イ 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関して、当該対応等の改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - ウ 院内迅速対応チームの対応内容も含めた、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
 - エ 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価するとともに、必要に応じて院内迅速対応チームの対応体制及び報告体制のマニュアルの見直しを行うこと。また、当該マニュアルの見直しを行う場合等、必要に応じて委員会等を開催することとし、イの責任者が年1回以上出席していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における医療安全管理委員会等を活用することとして差し支えない。

オ 院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、当該保険医療機関内に周知するとともに、年2回程度の院内講習を開催すること。

カ 院内迅速対応チームの対応状況等必要な実績を記録していること。

- (11) 外来を縮小するに当たり、次のいずれかの体制を確保していること。また、報告年度の前年度1年間の初診の患者数と再診の患者数を別添7の様式14を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

ア 次の要件を満たしていること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 「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」に規定する紹介割合・逆紹介割合について、紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関であること。

- (12) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい。なお、届出を行っていない場合は、別添7の様式14にその理由を記載すること。

- (13) 次のいずれにも該当すること。

ア 「A101」療養病棟入院基本料又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。

イ 「A100」一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)、 「A300」救命救急入院料、 「A301」特定集中治療室管理料、 「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、 「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、 「A301-4」小児特定集中治療室管理料、 「A302」新生児特定集中治療室管理料、 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、 「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、 「A305」一類感染症患者入院医療管理料及び「A307」小児入院医療管理料(以下この項目において「一般病棟」という。)の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から「A103」精神病棟入院基本料、 「A311」精神科救急急性期医療入院料、 「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、 「A311-3」精神科救急・合併症入院料、 「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料、 「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料及び「A318」地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数の9割以上であること。

ウ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないこと。

エ 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。

- (14) 次のいずれにも該当すること。

ア 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

なお、平均在院日数の算出方法については、入院基本料等における算出方法にならうものとする。

イ 一般病棟の退棟患者(退院患者を含む。)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満であること。

なお、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近3か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近3か月に当該病棟から退棟した患者の数で除して算出するものであること。

ウ 「A246」入退院支援加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。

(15) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 「A103」精神病棟入院基本料、「A310」緩和ケア病棟入院料、「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料、「A312」精神療養病棟入院料、「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

(16) 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とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

(17) 総合入院体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

2 急性期充実体制加算1に関する施設基準

(1) 手術等に係る実績について、以下のうち、ア及び、イからキまでのうち5つ以上を満たしていること。

ア 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上（うち、緊急手術350件/年以上）

イ 悪性腫瘍手術について、400件/年以上

ウ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上

エ 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上

オ 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上

カ 化学療法の実施について、1,000件/年以上

キ 心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上

(2) (1)の力を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。

ア 「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。

イ 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。

第 12 の 4 放射線治療病室管理加算の施設基準

1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

- (1) 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が 1 週間につき 1 ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。
- (2) 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
- (3) 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

2 密封小線源による治療の場合の施設基準

密封小線源による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

- (1) 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が 1 週間につき 1 ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。
- (2) 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

3 届出に関する事項

- (1) 放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 3 を用いること。
- (2) 当該病室の平面図を添付すること。

第 13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

- (1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

- ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

- オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- カ 精神症状の緩和を担当する医師
- キ 緩和ケアの経験を有する看護師
- ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームの構成員及び外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。

- (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

- ア 指定介護老人福祉施設
- イ 指定地域密着型介護老人福祉施設
- ウ 介護老人保健施設
- エ 介護医療院
- オ 指定特定施設入居者生活介護事業所
- カ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- キ 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
- ク 指定認知症対応型共同生活介護事業所
- ケ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
- コ 指定障害者支援施設
- サ 指定共同生活援助事業所
- シ 指定福祉型障害児入所施設

- (4) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる

業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。））を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(5) (1)のイ又はカに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(6) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アからウまでのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

(7) (1)のウ又はキに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

- (チ) コンサルテーション方法
 - (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
 - エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (8) (1)のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
 - (9) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
 - (10) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
 - (11) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
 - (12) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
 - (13) 緩和ケア診療加算の注4に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。
 - (14) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（いずれも特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院（いずれも特例型を含む。））又は「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院）をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。

また、がん診療の拠点となる病院又は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に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。

第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした

1年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

(3) (1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有する者であること。

(4) (1)に掲げる医師又は看護師のいずれかが所定の研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療又は看護を行う場合は、この限りではない。

(5) (4)に掲げる「所定の研修を修了している」とは次のとおりであること。

① (1)に掲げる医師については、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了していること。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

② (1)に掲げる看護師については、次の事項に該当する研修を修了していること。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(6) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。

(7) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の2を用いること。

第14の3 小児緩和ケア診療加算

1 小児緩和ケア診療加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師

カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師

ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの要件は満たしていることとする。ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カを満たしていることとする。

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、小児緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- (2) 小児緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。

- (3) (1)の小児緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等及び指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、小児緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

- (4) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。））を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が小児緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。なお、アに掲げる医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有し、オの要件を満たしている場合においては、悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有すること。

- (5) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が小児緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (6) (1)のア、イに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アからウまでのいずれかの研修

を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース

(7) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(8) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

(9) (1)のア、イに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、小児緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

(10) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、小児緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。

(11) 当該医療機関において小児緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(12) 院内の見やすい場所に小児緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(13) 小児緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、小児緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。なお、当該管理栄養士は、緩和ケア診療加算の注4に規定する個別栄養管理加算に係る管理栄養士と兼任できる。

- (14) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（いずれも特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院（いずれも特例型を含む。））又は「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院）をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。

また、がん診療の拠点となる病院又は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に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

小児緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の3を用いること。

第15 精神科応急入院施設管理加算

1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定による指定を受けた精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、精神保健福祉法第33条の4第1項及び第34条第1項から第3項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。
- (2) 当該病院の病床について、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の8割以上であり、かつ、看護職員の2割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に1床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福

定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。

- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式30を用いること。

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 「A103」精神病棟入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料、「A314」認知症治療病棟入院料及び「A315」精神科地域包括ケア病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること。

2 届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

第17 精神科リエゾンチーム加算

1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。
 - ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。)
 - イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師(精神科等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。)
 - ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。

なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。

(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

(ロ) 精神症状の病因・病態、治療

(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

(ホ) 患者・家族の支援、関係調整

(ヘ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）

(ト) ストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。

(4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。

(5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。

2 届出に関する事項

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 を用いること。

第 17 の 2 強度行動障害入院医療管理加算

1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

(1) 児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

(3) 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟であること。

2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添 6 の別紙 14 の 2 を参照のこと。

第18 がん拠点病院加算

1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院等又は特定領域がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん拠点病院加算の1のロに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

3 「基本診療料の施設基準等」第八の二十七の（2）に規定する施設基準

イ がん拠点病院加算の1のイの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及び特例領域がん診療連携拠点病院のいずれかの特例型の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

ロ がん拠点病院加算の1のロの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院（特例型）の指定を受けていること。

4 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

5 がんゲノム拠点病院加算に関する施設基準

「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。

6 届出に関する事項

がん拠点病院加算又はがんゲノム医療拠点病院の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準

(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。

(2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「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

第19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注2に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。

- オ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- カ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師
- キ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師
- ク 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

- (2) (1)のア及びオにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- ア 栄養不良がもたらす影響
- イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
- ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング
- エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
- キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

また、(1)のア又はオに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（栄養管理に係る所定の研修を修了した医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が栄養サポートチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (1)のイからエまで及びカからクまでにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

- ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。
- イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
 - (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
 - (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
 - (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
 - (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
 - (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
 - (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
 - (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
 - (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
 - (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
 - (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導
- (4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

- (イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。
- (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。
- (ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。
カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。
イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のアに規定された専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

(3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対

策地域連携加算 1 に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染対策向上加算 1 を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 1 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準

(1) 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。

(2) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 2 に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染対策向上加算 1 を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 2 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(3) (2)に係る評価については、3 の (4) に掲げる内容に対する評価を含むものである。

5 届出に関する事項

(1) 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 を用いること。

(2) 医療安全対策地域連携加算 1 及び医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 の 4 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 21 感染対策向上加算

1 感染対策向上加算 1 の施設基準

(1) 感染防止対策部門を設置していること。この場合において、第 20 の 1 の (1) のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の

看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算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他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 感染予防・管理システム

(ロ) 医療関連感染サーベイランス

(ハ) 感染防止技術

(ニ) 職業感染管理

(ホ) 感染管理指導

(ヘ) 感染管理相談

(ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (2)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (2)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策

に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (7) (2)のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。
- (8) (7)に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) (2)のチームにより、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他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (2)のチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 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。
- (15) 感染症法第38条の第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。
- (16) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。
- (17) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）から当該評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
 - ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算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他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(20) (19)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、(3)に掲げる研修をいう。

(21) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア 抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を記録する。

ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

オ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。

カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。なお、当該院内研修については、感染対策向上加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容を含めること。

キ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

ク (10)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

(22) 抗菌薬適正使用支援チームが、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っ

ていない保険医療機関に限る。) から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の保険医療機関に周知すること。

- (23) 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての实地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と合同で実施することが望ましい。

2 感染対策向上加算 2 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第 20 の 1 の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第 20 の 1 の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (4) (3)のウ及びエにおける適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ 医療機関における感染防止対策の推進を目的とした研修であること。

ウ 講義により、次の内容を含むものであること。

(イ) 標準予防策と経路別予防策

(ロ) 院内感染サーベイランス

(ハ) 洗浄・消毒・滅菌

(ニ) 院内アウトブレイク対策

(ホ) 行政（保健所）との連携

(ヘ) 抗菌薬適正使用

- (5) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

- (6) (3)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

- (7) (3)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策

に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添 2 の第 1 の 3 の (5) に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (8) (3) のチームは、少なくとも年 4 回程度、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回参加し、合わせて年 4 回以上参加していること。また、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年 1 回以上参加していること。
- (9) (8) に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話を用いて実施しても差し支えない。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (3) のチームにより、1 週間に 1 回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。
- (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること。
- (17) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7) の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と合同で実施することが望ましい。

3 感染対策向上加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第 20 の 1 の (1) イ に規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2) に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - イ 専任の看護師当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していること

が望ましい。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (4) (3)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (5) (3)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (6) (3)のチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の保険医療機関と連携する場合は、当該複数の保険医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。
- (7) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
- (8) (3)のチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (9) 2の(4)、(5)(9)、(12)、(13)及び(16)から(18)までを満たしていること。
- (10) 感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関(第36条の2第1項の規定による通知(同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。)若しくは第36条の3第1項に規定する医療措置協定(同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。))に基づく措置を講ずる医療機関に限る。)であること。
- (11) 新興感染症の発生時等に、感染症患者若しくは疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制又は発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること。

4 指導強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、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。

5 連携強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関である

こと。

- (2) 当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

6 サーベイランス強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行っていること。
- (2) 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。

7 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近 6 か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60% 以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30% 以内であること。

8 届出に関する事項

- (1) 感染対策向上加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 の 2 を用いること。
- (2) 指導強化加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 の 3 を用いること。
- (3) 連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 1 の 5 を用いること。
- (4) サーベイランス強化加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 1 の 5 を用いること。
- (5) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 1 の 5 を用いること。
- (6) (1) に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。
- (7) 令和 6 年 3 月 31 日において現に感染対策向上加算 1、2、又は 3 の届出を行っている保険医療機関については、令和 6 年 12 月 31 日までの間に限り、それぞれ 1 (15)、2 (14) 又は 3 の(10)に該当するものとみなす

第 21 の 2 患者サポート体制充実加算

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1) における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時 1 名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1) における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話推進者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1) における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されており、必要

に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。

エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。

(5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。

(6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

2 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

第21の3 重症患者初期支援充実加算

1 重症患者初期支援充実加算の施設基準

(1) 「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に、特に重篤な患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う体制として、以下の体制が整備されていること。

ア 当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

イ 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。

(イ) 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

(ロ) (イ)以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

ウ 当該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が月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。

エ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。

オ 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。

カ 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

2 届出に関する事項

重症患者初期支援充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36の2を用いること。

第21の4 報告書管理体制加算

1 報告書管理体制加算に関する施設基準

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 「A234」医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 第4部通則5に規定する画像診断管理加算2、3若しくは4又は「N006」病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第20医療安全対策加算の1の(1)のアをいうものである。
- (5) 当該保険医療機関内に、以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。
 - ア (4)の報告書確認管理者
 - イ 専ら画像診断を行う医師もしくは専ら病理診断を行う医師
 - ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者
- (6) 報告書確認管理者が行う業務に関する事項
 - ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。
 - イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
 - ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。
 - エ 報告書作成から概ね2週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。
 - オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項
 - ア 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成すること。
 - イ 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。
 - ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。
 - エ 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
 - イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
 - ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
 - エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。
 - イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
 - (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
 - (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
 - (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
 - (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
 - (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
 - (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
 - (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
 - (リ) コンサルテーション方法
 - エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践
- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
- (5) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。
- 2 届出に関する事項
- 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。

第26の2 術後疼痛管理チーム加算

1 術後疼痛管理チーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される術後疼痛管理のための術後疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。

ア 麻酔に従事する常勤の医師（以下「麻酔科医」という。）

イ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の看護師

ウ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の薬剤師

なお、アからウまでのほか、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

(2) (1)のイの専任の看護師は、年間 200 症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を 2 年以上有するものであること。

(3) (1)のウの専任の薬剤師は、薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有し、かつ、うち 2 年以上が周術期関連の勤務経験を有しているものであること。

(4) (1)に掲げる臨床工学技士は、手術室、周術期管理センター又は集中治療部門の勤務経験を 3 年以上有しているものであること。

(5) (1)に掲げる術後疼痛管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が主催する 26 時間以上の研修であって、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 術後疼痛管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び臨床工学技士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

(イ) 術後疼痛に係る解剖、生理、薬理学

(ロ) 術後疼痛発症例の抽出・早期対応

(ハ) 術後疼痛に対する鎮痛薬の種類と説明・指導

(ニ) 硬膜外鎮痛法、末梢神経ブロックのプランニングとモニタリング

(ホ) 患者自己調節式鎮痛法のプランニングとモニタリング

(ヘ) 術後鎮痛で問題となる術前合併症・リスクの抽出

(ト) 術後鎮痛法に伴う合併症の予防・発症時の対応

(チ) 在宅術後疼痛・院外施設での術後疼痛管理法の指導

(リ) 手術別各論

(6) 当該保険医療機関において、術後疼痛管理チームが組織上明確に位置づけられていること。

(7) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 2 の 2 を用いること。

第 26 の 2 の 2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 90%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 85%以上 90%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 75%以上 85%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
- ア 経腸成分栄養剤
 エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーゴ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液
- イ 特殊ミルク製剤
 フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」
- ウ 生薬（薬効分類番号 510）
- エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）
- オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）
- (5) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (6) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (7) (6) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (5) 及び (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 3 を用いること。
- (2) 令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の (8) に該当するものとみなす。

第 26 の 2 の 3 バイオ後続品使用体制加算

1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門においてバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等でバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師がバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の

情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。

(2) 直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。

(3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。

ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ) エポエチン

(ロ) リツキシマブ

(ハ) トラスツズマブ

(ニ) テリパラチド

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ) ソマトロピン

(ロ) インフリキシマブ

(ハ) エタネルセプト

(ニ) アガルシダーゼベータ

(ホ) ベバシズマブ

(ヘ) インスリンリスプロ

(ト) インスリンアスパルト

(チ) アダリムマブ

(リ) ラニビズマブ

(4) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(5) (4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

(1) バイオ後続品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3の2を用いること。

(2) 1の(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を2名組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち1名までに限る。
- (2) 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（「A106」障害者施設等入院基本料又は「A307」小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。
- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（「A106」障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があってはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、「A307」小児入院医療管理料の「注6」に規定する退院時薬剤情報管理指導連携加算、「B008」薬剤管理指導料及び「B014」退院時薬剤情報管理指導料の算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報（以下「医薬品安全性情報等」という。）を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、医薬品安全性情報等及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
 - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）
 - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第68条の10第2項の規定による報告の対象となる副作用をいう。なお、同条第1項の規定による報告の対象となる副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報
 - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外

部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報を含む。）

- (7) 医薬品安全性情報等のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
- (11) 「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
- (12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準

- (1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない治療室があってはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、「B008」薬剤管理指導料及び「B014」退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、医薬品安全性情報等を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
- (6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

3 薬剤業務向上加算の施設基準

- (1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 「免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修」とは、次に掲げる体制を整備する保険医療機関が実施するものをいう。
 - ア 当該保険医療機関は研修を計画的に実施するために、次のいずれも満たしていること。
 - (イ) 当該研修における責任者を配置すること。
 - (ロ) 研修の計画や実施等に関して検討するために、(イ)の責任者及び当該保険医療機関の医師、薬剤師等の多職種から構成される委員会が設置されていること。
 - イ 薬剤師として十分な病院勤務経験を有し、研修内容に関して指導能力を有する常勤の

薬剤師が、当該研修を受ける薬剤師（以下「受講薬剤師」という。）の指導に当たっていること。

ウ 受講薬剤師の研修に対する理解及び修得の状況などを定期的に評価し、その結果を当該受講薬剤師にフィードバックすること。また、研修修了時に当該受講薬剤師が必要な知識及び技能を習得しているかどうかについて、評価が適切に実施されていること。

エ 無菌製剤処理を行うための設備及び医薬品情報管理室等の設備が整備されていること。

オ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施していること。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有していること。

(3) (2)のオの研修プログラムは、以下の内容を含むものであること。

ア 内服・外用・注射剤の調剤（医薬品（麻薬・毒薬・向精神薬）の管理、処方鑑査を含む。）

イ 外来患者の薬学的管理（外来化学療法を実施するための治療室における薬学的管理等）

ウ 入院患者の薬学的管理（薬剤管理指導、病棟薬剤業務、入院時の薬局との連携を含む。）

エ 無菌製剤処理（レジメン鑑査を含む）

オ 医薬品情報管理

カ 薬剤の血中濃度測定の結果に基づく投与量の管理

キ 手術室及び集中治療室等における薬学的管理

(4) (2)及び(3)に関しては、「医療機関における新人薬剤師の研修プログラムの基本的考え方」（一般社団法人日本病院薬剤師会）並びに「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究」（令和3年度厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究）における薬剤師の卒後研修プログラム骨子案及び薬剤師卒後研修プログラム評価票案を参考にすること。

(5) 「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」とは、地域医療に係る業務を一定期間経験させるため、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署と連携して、自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）に出向させる体制として、以下の要件のいずれも満たすこと。

ア 出向先について、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における保険医療機関に勤務する薬剤師の需要と供給の状況を踏まえ、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関を選定していること。なお、薬剤師が不足している地域とは、「薬剤師確保計画ガイドラインについて」（令和5年6月9日付薬生総発0609第2号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）及び「薬剤師偏在指標等について」（令和5年6月9日付厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡）等に基づいて都道府県により判断されるものであること。

イ アにおいて選定した出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、次の要件を満たす具体的な計画が策定されていること。なお、具体的な計画には、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、出

向先の保険医療機関を選定した理由を記載するとともに、都道府県と協議したことがわかる内容を記載又は計画書へ添付しておくこと。

(イ) 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師であり、その後、出向元の保険医療機関に戻って勤務すること。

(ロ) 出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたものであること。

ウ ア及びビに基づき現に出向を実施していること。

(6) 医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院又は急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

4 届出に関する事項

(1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。

(2) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。

(3) 薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4の1を用いること。

(4) 新規届出の場合は、3(5)に基づき当該保険医療機関において出向に関する具体的な計画が策定された時点で届出を行うことができる。また、現に出向を開始した月から算定を開始すること。

(5) 薬剤業務向上加算を算定する場合は、毎年8月に前年度における3の(2)及び(5)に係る体制を評価するため、別添7の様式40の4の2により届け出ること。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

(1) 「A207」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であること。

ただし、特定入院料（「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関にあつては、「A207」診療録管理体制加算1、2又は3の施設基準を満たしていれば足りること。

(2) 厚生労働省が毎年実施する「DPCの評価・検証等に係る調査」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局（以下「DPC調査事務局」という。）と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査の退院患者調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4) 「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門

又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。

2 データ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関（DPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除く）は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに別添7の様式40の5について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2か月分のデータ（例として、令和6年7月に届出を行った場合は、令和6年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和6年9月及び10月の2か月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までにDPC調査事務局へ提出すること。
- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を1の(2)の担当者宛てに電子メールにて発出する。

なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

3 届出に関する事項

- (1) データ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いること。
- (2) 入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算1及び3、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2及び4を届け出ること。なお、データ提出加算1及び3の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを提出するものとしてデータ提出加算2及び4の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算2及び4の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算1及び3へ届出を変更することはできない。
- (3) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめる場合、1の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添7の様式40の8を提出すること。なお、様式40の8を提出しデータ提出加算に係る届出を辞退した場合、当該加算の届出が施設基準の1つとなっている入院基本料等も算定できなくなること。
- (5) (4)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2の手続きより開始

すること。

- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の十に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第26の5 入退院支援加算

1 入退院支援加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下この項において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること（ただし、「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下この項において同じ。）。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関（特定機能病院、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関及び「A200」総合入院体制加算又は「A200-2」急性期充実体制加算に関する届出を行っている保険医療機関は除く）であること。また、地域包括ケア病棟入院料を算

- (1) 当該保険医療機関における直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児(者)の入院患者数が10件以上であること。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、(1)の基準を満たしているものとする。
- 2 医療的ケア児(者)入院前支援加算の注ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 医療的ケア児(者)入院前支援前加算に係る届出は、別添7の様式40の9の3を用いること。
 - (2) 情報通信機器を用いた入院前支援を行う場合の施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、情報通信機器を用いた入院前支援を行う場合として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の6 認知症ケア加算

1 認知症ケア加算1の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム(以下「認知症ケアチーム」という。)が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、第1の7の(4)に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。

ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

- (2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)。

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

(ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

(ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

(ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

(ホ) コミュニケーションスキル

(ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状（BPSD）への対応

(ト) ケアマネジメント（各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法）

(チ) 家族への支援・関係調整

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

エ せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。

(6) 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあつてはこの限りではない）。また、原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、2の(4)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師を1名以上配置することが望ましい。

(7) 当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。

2 認知症ケア加算2の施設基準

(1) 当該保険医療機関に、認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であつて、認知症看護に係る適切

な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。

(2) (1)に掲げる医師については、1の(2)を満たすものであること。また、(1)に掲げる認知症看護に係る適切な研修については、1の(3)の例による。

(3) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること。

(4) (3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、(3)に掲げる3名以上の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受けた看護師が行う認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修の受講をもって満たすものとして差し支えない。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患と病態・治療

(ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

(ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

(ニ) 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法

(ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

(5) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対して必要な助言等を行うこと。

(6) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

(7) (1)の医師又は看護師を中心として、せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

(8) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

3 認知症ケア加算3の施設基準

(1) 2の(3)及び(4)の施設基準を満たしていること。

(2) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

(3) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

(4) 2の(3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

4 届出に関する事項

- (1) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10を用いること。
- (2) 認知症ケア加算2又は3の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。
- (3) 令和6年3月31日時点で認知症ケア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6年9月30日までの間、1の(5)のエ、2の(7)及び3の(3)の基準を満たしているものとみなす。

第26の6の2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

1 せん妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

- (1) 「A100」一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、「A104」特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は「A317」特定一般病棟入院料を算定する病棟であること。
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

2 届出に関する事項

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係る届出は別添7の2を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準

- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

2 届出に関する事項

精神疾患診療体制加算に係る届出は別添7の様式40の12を用いること。

第26の8 精神科急性期医師配置加算

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算1に関する施設基準

- (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料においては、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
 - (2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。
 - (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。
 - (4) 当該病棟に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- 3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準
- 「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）及び「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。
- (1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。
 - (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
 - (4) 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
 - (5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
 - (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。
- 4 精神科急性期医師配置加算2のロに関する施設基準
- 2の(1)及び(3)を満たすものであること。
- 5 精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準
- (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であるこ

と。

- (2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。
- (3) 2の(3)を満たすものであること。

6 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

第26の9 排尿自立支援加算

1 排尿自立支援加算に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
 - ウ 通算して6時間以上のものであること。
- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。
 - ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。
 - エ 通算して16時間以上のものであること。
- (4) 排尿ケアチームの構成員は、「B005-9」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (6) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2 届出に関する事項

当該加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の14を用いること。

別紙 2

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市 町 村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡（上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町）
	大北	大町市、北安曇野郡（池田町、松川村、白馬村、小谷村）
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町

島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第 2 条第 1 項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第 1 条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第 4 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第 3 条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添 7 の様式 5、様式 6 及び様式 7 を用いること。
- 2 特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。
- 3 特定入院料を算定する病棟及び治療室等のみの保険医療機関又は特定入院料を算定する病棟及び治療室等以外に算定する入院基本料等が特別入院基本料等のみの保険医療機関において、届出及び算定可能な特定入院料は、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3、4 及び 5 並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料 1、2、3 及び 4（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）、地域包括医療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料 1 及び 2、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、特定一般病棟入院料 1 及び 2、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料に限る。このうち精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2 は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。なお、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料については、当該保険医療機関において、このうち 2 種類の特定入院料まで、かつ、これらの届出病床数の合計が 200 床までに限るものであること。

第 1 救命救急入院料

1 救命救急入院料 1 に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前 0 時より午後 12 時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。
- (3) 重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ ペースメーカー
 - エ 心電計
 - オ ポータブルエックス線撮影装置
 - カ 呼吸循環監視装置

(ロ) 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関
イ 当該病棟の入院患者数の8割以上が、重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る。)等の重度の障害者(ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者(平成20年10月1日以降に限る。))を除く。)であること。なお、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式24の2及び様式51を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20を省略することができること。また、当該病棟の平面図(面積等の分かるもの。)を添付すること。

第14 緩和ケア病棟入院料

1 緩和ケア病棟入院料1に関する施設基準等

(1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。

(2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。

(3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。

(4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。

(5) (4)に掲げる医師は次のいずれかの研修を修了している者であること。

ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会(平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。)

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

(6) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。

(7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。

(8) 当該病棟は全室個室であつて差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。

(9) 入退棟に関する基準が作成されていること。

(10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

- (12) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24 時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。
- (13) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。
- (14) がん診療の拠点となる病院は、別添 3 の第 14 の 1 の(13)と同様であること。
また、がん診療の拠点となる病院又は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に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- (15) 当該病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、(4)の医師が入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。
- (16) 以下のア又はイを満たしていること。
ア 当該病棟直近 1 年間の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が 14 日未満であること。
（イ）（4）の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日
（ロ）患者が当該病棟に入院した日
イ 直近 1 年間ににおいて、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が 15% 以上であること。
（イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者
（ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者
（ハ）死亡退院の患者
- (17) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
ア 「A 2 2 6 - 2」に掲げる緩和ケア診療加算
イ 「B 0 0 1」「2 4」に掲げる外来緩和ケア管理料
ウ 「C 0 0 3」に掲げる在宅がん医療総合診療料
- (18) 毎年 8 月において、前年度に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の(16)のアに掲げる期間の平均及びイに掲げる割合について、別添 7 の様式 52 の 2 により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- (19) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添 7 の様式 40 の 7 を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、令和 6 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、旧算定方法別表第 1 に掲げる療養病棟入院基本料の注 11 に係る

届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

2 緩和ケア病棟入院料 2 に関する施設基準等

1 の(1)から(14)まで及び(19)を満たしていること。

3 届出に関する事項

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 52 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第 15 精神科救急急性期医療入院料

1 精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が 4 名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
- (5) 当該各病棟に 2 名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時 2 名以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
- (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
- (9) 必要な検査及び C T 撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、C T 撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
- (10) 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち 6 割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
- (12) 以下の地域における直近 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

褥瘡対策に関する診療計画書（1）

氏名 _____ 殿 男 女 病棟 _____ 計画作成日 _____
 _____ 年 月 日生 (歳) 記入医師名 _____
 記入看護師名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出			なし	あり	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

両括弧内は点数 (※1)

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR2020)	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U)深さ判定が不能の場合	合計点
深さ									
滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換					
大きさ(cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3C) (※3) 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)	(3) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり(発熱など)	(9) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)	(9) 全身的影響あり(発熱など)			
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない			
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く厚い密着した壊死組織あり						
ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上				

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
 ※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。
 ※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上 イス上
スキンケア	
栄養状態改善	
リハビリテーション	

[記載上の注意]

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 _____ 殿（男・女） _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

＜薬学的管理に関する事項＞ 対応の必要無し

薬学的管理計画	褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（ ））
	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

＜栄養管理に関する事項＞ 対応の必要無し 栄養管理計画書での対応

栄養評価	評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	体重 _____ kg(測定日 /) BMI _____ kg/m ² 体重減少（無・有）			
	身体所見 浮腫（無・有（胸水・腹水・下肢）・不明）			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/) </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/) </td> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 測定無し CRP()mg/dL 測定日(/) </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し CRP()mg/dL 測定日(/)
<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/)	<input type="checkbox"/> 測定無し CRP()mg/dL 測定日(/)		
	栄養補給法 経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈 栄養補助食品の使用（無・有）			
栄養管理計画				

[記載上の注意]

- 1 対応の必要がない項目の場合、にチェックを入れること。
- 2 栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、にチェックを入れること。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数200床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院料1の届出を行っている場合及び許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院料2から5までのいずれかの届出を行っている場合を除く。）、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限り。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）並びに手術等の医学的状況（C項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者

は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A6「専門的な治療・処置等」①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R2020分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く。）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 注射薬剤3種類以上の管理

項目の定義

注射薬剤3種類以上の管理は、注射により投与した薬剤の種類数が3種類以上であって、当該注射に係る管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
注射により投与した薬剤が3種類に満たない場合をいう。
「あり」
注射により投与した薬剤が3種類以上の場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入個所の数は問わない。
注射薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）の薬剤に限り、評価の対象となる。ただし、血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。
なお、厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には、1種類として数えること。また、健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない。

4 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

6 専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが

入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊（電離作用）により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

7. 救急搬送後の入院

項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。
入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B9「移乗」、B10「口腔清潔」、B11「食事摂取」、B12「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患

者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

9 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

10 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合

をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.1 食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」
介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」
1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自

立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

。医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.2 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1.3 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をい

う。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1 4 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

1 5 開頭手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から13日間の場合、「あり」とする。

1 6 開胸手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から12日間の場合、「あり」とする。

1 7 開腹手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から7日間の場合、「あり」とする。

1 8 骨の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から11日間の場合、「あり」とする。

1 9 胸腔鏡・腹腔鏡手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2 0 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2 1 救命等に係る内科的治療

選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2 2 別に定める検査

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から2日間の場合、「あり」とする。

2 3 別に定める手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から6日間の場合、「あり」とする。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A7「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。
2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

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 評価の手引き

<特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料2及び4、並びに特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

7. 評価の根拠

B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。

2. 輸血や血液製剤については、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となる。また、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）、50番（手術）の薬剤に限り、評価の対象となる。

3. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B9「移乗」、B10「口腔清潔」、B11「食事摂取」、B12「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

9 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

10 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.1 食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1 2 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 3 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.4 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料1及び3並びにハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
DESIGN-R2020分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
蘇生術の施行がなかった場合をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の管理」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10 人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

人工呼吸器を使用していない場合をいう。

「あり」

人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

1 2 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

1 3 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）、IMPELLA（経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの））を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。

4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B15「移乗」、B16「口腔清潔」、B17「食事摂取」、B18「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

1.4 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

1.5 移乗 項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1.6 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

い。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.7 食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.8 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

19 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

20 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

感染対策向上加算1チェック項目表

評価基準	A:適切に行われている、あるいは十分である B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C:不適切である、あるいは行われていない X:判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価実施日: 年 月 日 評価対象医療機関名:

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1)委員会が定期的開催されている		
	2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3)議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織(ICT) ※医師または看護師のうち1人は専従であること	1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3)5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任看護師がいる		
	4)3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいる		
	5)3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2)必要に応じて改訂がなされている		
2. 教育	1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2)講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5)外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)		
3. サーベイランスとインターベンション	1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		
	4)アウトブレイクに介入している		

	5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている		
4. 抗菌薬適正使用	1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4)抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5. コンサルテーション	1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6. 職業感染曝露の防止	1)職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2)HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3)結核接触者検診にQFTを活用している		
	4)麻疹、風疹、ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている		
	6)安全装置付きの機材を導入している		
7. ICTラウンド	1)定期的なICTラウンドを実施している		
	2)感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		
C. 外来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1)感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)		
	2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2. 外来診察室	1)診察室に手洗いの設備がある		
	2)各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3)各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		

3. 外来処置室	1) 鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている (廃棄容器の蓋が開いていない、など)		
	2) 鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3) 検査検体が適切に保管してある		
4. 抗がん化学療法外来	1) 薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2) 咳エチケットが確実に実施されている		
	3) 患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D. 病棟		評価	コメント
1. 病室	1) 部屋ごとに手洗い場がある		
	2) 床や廊下に物品が放置されていない		
	3) 必要なコホーティングが行われている		
	4) 隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5) 隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6) 空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2. スタッフステーション	1) 水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2) 鋭利器材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3) 鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4) 臨床検体の保存場所が整備されている		
3. 処置室	1) 清潔区域と不潔区域を区別している		
	2) 滅菌機材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている		
	3) 包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4) 包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		
4. 薬剤の管理	1) 清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2) 希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3) 薬品保管庫の中が整理されている		

	4)薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5)薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6)保冷库の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1. 着衣および環境	1)入室時に手指衛生を実施している		
	2)処置者は半そでの着衣である		
	3)処置者は腕時計をはずしている		
	4)ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5)手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1. 手洗い	1)職員の手指消毒が適切である		
	2)職員の手洗いの方法が適切である		
	3)手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4)手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2. 手袋	1)手袋を適切に使用している		
	2)手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防護具(PPE)	1)必要なときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2)マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3)個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1)結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2)陰圧個室が整備されている		
	3)麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5)N95マスクが常備してある		
2. 飛沫感染予防対策	1)インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		

	2)風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3)流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)可能ならば個室隔離としている		
	5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6)ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8)飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3. 接触感染予防策	1)MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2)手袋が適切に使用されている		
	3)必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4)処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5)処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6)必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7)シーツやリネン類の処理が適切である		
	* マニュアルの評価項目:連絡体制。感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγ-グロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1)除毛は術直前に行っている		
	2)周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		
	3)必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4)バンコマイシンをルーチンに使用していない(または使用基準がある)		
I. 医療器材の管理		評価	コメント
1. 尿道カテーテル	1)集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についでいない		
	2)閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない		
	3)集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4)尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		

	5) 日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6) 膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2. 人工呼吸器	1) 加湿器には滅菌水を使用している		
	2) 気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である		
	3) 定期的に口腔内清拭を行っている		
3. 血管内留置カテーテル	1) 中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2) 中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション(滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布)が行われている		
	3) 高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4) 輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5) ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6) ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7) 末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している		
J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1. 医療器具	1) 病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている(計画がある)		
	2) 生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3) 消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		
	4) 乾燥が適切に行われている		
2. 内視鏡	1) 内視鏡洗浄・管理が中央化されている(計画がある)		
	2) 専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3) 用手洗浄が適切に行われている		
	4) 管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5) 消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6) 自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7) 自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		

	8)自動洗浄・消毒機のメンテナンスの期日が記録されている		
	9)内視鏡の保管が適切である		
	10)内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1)廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2)感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3)最終保管場所が整備されている		
	4)廃棄物の処理過程が適切である		
L. 微生物検査室		評価	コメント
1. 設備・機器	1)安全キャビネット(クラスⅡ以上)を備えている		
	2)安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている		
	3)菌株保存庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
	4)検査材料の一時保管場所が定められている		
2. 検査業務	1)安全対策マニュアル等が整備されている		
	2)業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		
	3)抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
	4)遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
	5)感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
	6)廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
	7)感染防止のための手洗い対策が適正である		
	8)感染性廃棄物が適正に処理されている		
	9)関係者以外の立ち入りを制限している		

評価実施医療機関名：

(評価責任者名：

)

[記載上の注意]

- 1) チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
- 2) 評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。
- 3) 評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
- 4) 評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		連絡先 担当者氏名： 電話番号：
<p>(届出事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において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掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p><u>標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。</u></p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p>開設者名</p> <p>殿</p>		
<p>備考1 <input type="checkbox"/>には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>2 ※は記載する必要がないこと。</p> <p>3 届出書は、1通提出のこと。</p>		

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2））
第1	情報通信機器を用いた診療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
1の3	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の3
1の4	外来感染対策向上加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の4
1の5	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の6	サーベイランス強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の7	抗菌薬適正使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5
1の9	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の6
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	看護師等遠隔診療補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の7
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科診療医療安全対策加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4	歯科診療医療安全対策加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の1の2
5	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5の2	歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の3
第5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
1の2	急性期充実体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
			年 月		
2の2	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
12の4	放射線治療病室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の3
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の2
14の3	小児緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の3
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32
17の3	依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
18の2	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5の5
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染対策向上加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1の5, 35の2, 35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
21の3	重症患者初期支援充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36の2
21の4	報告書管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36の3
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩等管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	術後疼痛管理チーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2の2
26の2の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の2の3	バイオ後続品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3の2
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の4, 様式40の4の2
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2)様式12, 12の2
26の5の2	精神科入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9の2
26の5の3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9の3
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の15, 40の16
26の11	協力対象施設入所者入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の18
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 42の4, 42の6, 42の7, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 42の4, 42の7, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の3, 42の4, 43, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 20, 42の3, 42の4, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の3, 42の4, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
5の2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
7の2	地域包括医療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20の3, 45の4
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 49～49の6 (49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2））
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52
15	精神科救急急性期医療入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2 (特掲別添2)様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2)様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2)様式48
19の2	精神科地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 57の5
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 10, 20, 50~50の3, 57の2, 57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 49, 49の2, 49の5
	短期滞在手術等基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式2の2, 2の5, 2の8, 5の2, 8, 9の3, 9の4, 10の3, 10の4, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 35の5, 35の6, 39, 39の2, 40, 49の7, 53の2は欠番

様式 1

情報通信機器を用いた診療に係る届出書添付書類

1 診療体制等

要件	該当
(1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って診療を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
(2) 対面診療を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
(3) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。	<input type="checkbox"/>

2 医師が保険医療機関外で診療を行う場合

想定している ・ 想定していない (以下も記載すること)

① 別紙2に定める「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に属する保険医療機関であるか	<input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない
② 実施場所	
③ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制(具体的な内容を記載すること。)	
④ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制(具体的な内容を記載すること。)	
⑤ 物理的に外部から隔離される空間であるかの状況	

3 自院以外で緊急時に連携する保険医療機関(あらかじめ定めている場合)

① 名称	
② 所在地	
③ 開設者名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

4 医師の配置状況

	配置医師の 氏名	経験等	修了証登録番号	修了年月日
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 情報通信機器を用いた診療を実施する医師が、オンライン指針に定める「厚生労働省が定める研修」を修了している		

〔記載上の注意〕

- 1 「4」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。
- 2 には適合する場合「✓」を記入すること。

3) 医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

医師名	常勤／ 非常勤	情報通信機器を用いた 診療を実施した場所	都道府県	診療録等、過去の患者の 状態を把握する体制
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 情報通信機器を用いた診療の件数

	対面診療で実施した 診療の算定件数		情報通信機器を用いた診療の算定件数		
	初診料	再診料等 (外來診療料を含む)	初診料 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わ なかった件数)		再診料等 (外來診療料を含む)
8月	件	件	件		件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数)	件	
			(初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数)	件	
9月	件	件	件		件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数)	件	
			(初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数)	件	
10月	件	件	件		件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数)	件	
			(初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数)	件	
11月	件	件	件		件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数)	件	
			(初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数)	件	
12月	件	件	件		件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数)	件	
			(初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数)	件	

1月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数)	
2月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	
3月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	
4月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	
5月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	
6月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	
7月	件	件	件	件
			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	

〔記載上の注意〕

- 1 本報告については、前年8月1日又は「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行った日～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。
なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が5名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
- 4 「情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

様式 1 の 3

機能強化加算に係る届出書添付書類

1 診療体制等（適合する全ての□に「✓」を記入すること。）

要件	該当
ア 地域包括診療加算 1 に係る届出を行っている。	□
イ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療加算 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療加算 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	□
ウ 地域包括診療料 1 に係る届出を行っている	□
エ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療料 2 に係る届出を行っている。 (ロ) 直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 在宅患者訪問診療料 (I) の「1」、在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上	□
オ 小児かかりつけ診療料 1 又は 2 に係る届出を行っている。	□
カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) 若しくは (2) に該当する診療所又は第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) 若しくは (2) に該当する病院である。	□
キ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所並びに第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 (イ) 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (3) に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ① 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) コに掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績が 3 件以上 ② 第 9 在宅療養支援診療所の 1 (1) サに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上 (ロ) 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (3) に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。	□

① 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) シ①に掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績又は 1 (1) シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近 1 年間で 3 件以上	
② 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) スに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上	

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての□に「✓」を記入すること。）

常勤医師の氏名		該当
ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている	<input type="checkbox"/>
イ	警察医として協力している	<input type="checkbox"/>
ウ	母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする 1 歳 6 か月、3 歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している	<input type="checkbox"/>
エ	予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している	<input type="checkbox"/>
オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している	<input type="checkbox"/>
カ	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している	<input type="checkbox"/>
キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している	<input type="checkbox"/>

3 地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等

掲載状況等	該当
保険医療機関の見やすい場所に掲示している	<input type="checkbox"/>
ホームページ等に掲示している	<input type="checkbox"/>
掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている	<input type="checkbox"/>

外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類

1 院内感染管理者

氏 名	職 種

2 抗菌薬適正使用のための方策

3 連携保険医療機関名又は地域の医師会

医療機関名	開設者名	所在地

4 発熱患者等への対応

外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有している	<input type="checkbox"/>
受診の有無関わらず発熱患者等の受入れを行う旨が公表されているホームページ： （ ）	

5 新興感染症の発生・まん延時の対応

感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関の通知（同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）を締結している	<input type="checkbox"/>
上記について公表されている自治体のホームページ：（ ）	

[記載上の注意]

- 1 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 2 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者の業務内容が明記された文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 3 「2」は、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 4 標準予防策及び発熱患者等の受入を行う際の動線分離の方法等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 5 「3」は、連携する感染対策向上加算 1 の医療機関名又は地域の医師会名を記載すること。

**医療DX推進体制整備加算の施設基準
に係る届出書添付書類**

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

施設基準		
1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	□
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	□
3	オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制が整備されている	□
4	「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている	□
5	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	令和（ ）年 （ ）月
6	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	□
7	マイナ保険証の利用率が一定割合以上である	□
8	届出時点における、直近の社会保険診療支払基金から報告されたマイナ保険証利用率	（ ）%
9	医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している	□
10	医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	□

[記載上の注意]

- 1 「5」については、届出時点で電子処方箋を未導入の場合に記載すること
- 2 「6」については、令和7年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。

- 3 「7」及び「8」については、令和6年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。
- 4 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り、「6」については、令和7年9月30日までの間に限り、「10」については、令和7年5月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- 5 「10」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書添付書類

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	■下記の全てを院内掲示及びホームページ等に掲載している	-
	健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨	□
	介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨	□
	患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨	□
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	□
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	□
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	□
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	□
	地域ケア会議に年1回以上出席	□
	居宅介護支援事業所の指定	□
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	□
	介護サービス事業所の併設	□
	介護認定審査会に参加	□
	主治医意見書に関する研修会を受講	□
	医師が介護支援専門員の資格を有している	□
	「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること	□
⑦	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること	□
	常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。	□
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療	□

	所であること	
⑧	■下記のいずれかを満たすこと	-
	サービス担当者会議に参加した実績があること	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に出席した実績があること	<input type="checkbox"/>
	保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいは ICT 等を用いた相談の機会を設けていること	<input type="checkbox"/>
⑨	適切な意思決定支援に関する指針を定めていること	<input type="checkbox"/>

地域包括診療加算 1 に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑩	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保している	<input type="checkbox"/>
	連携医療機関名	
⑪	直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計	人
⑪-2	直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%

地域包括診療加算 2 に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑫	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保している	<input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	--------------------------

〔記載上の注意〕

1. 研修受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑩、⑪及び⑪-2 又は⑫のいずれかを選択して記入すること。
6. 本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 <div style="text-align: center;">(②/①) %</div>	%

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 自施設が卸売販売業者と直接交渉した。
- 法人の本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉した。
- 価格交渉を代行する者に依頼して交渉した。

(2) 価格交渉の状況 (該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

- 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況 (上半期と比較した下半期の取引状況)

- 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。
- 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥

結価格であった。

- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

- 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品（カテゴリーA）、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬及び覚醒剤
- 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

- 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

- 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2 (1) で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

（該当する項目に☑を記入すること。）

- 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。

- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 本報告書による報告については、報告年度の4月1日から9月30日の実績を同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料により算定されることに留意すること。

栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類
(有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のみ)

1 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士

氏名	勤務時間	備考

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別添 6 の別紙 23 又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に添付すること。

(ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

(ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

[記載上の注意]

栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

	<input type="checkbox"/> 救急救命入院料の「注2」に規定する精神疾患診断初回加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る）（ ）件
4 全身麻酔による年間手術件数	（ ）件
5 手術等の件数	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術（40件／年以上）（ ）件 イ 悪性腫瘍手術（400件／年以上）（ ）件 ウ 腹腔鏡手術（100件／年以上）（ ）件 エ 放射線治療（体外照射法）（4,000件／年以上）（ ）件 オ 化学療法（1,000件／年以上）（ ）件 カ 分娩（100件／年以上）（ ）件 アからカのうち基準を満たす要件の数（ ）
6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。	<input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 2 救命救急センター <input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 5 その他（ ）
7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の場合に記載すること。	1年間の救急用の自動車等による搬送件数（2,000件／年以上）（ ）件
8 外来縮小体制	1-1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の報告の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）
	1-2 診療情報提供料等を算定する割合（4割以上） $(②+③) / ① \times 10$ （ ）割

	<p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料 (I) の注「 8 」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p>
9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	<p>様式 13 の 2 に記載すること。</p> <p>※ 直近 7 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p>
10 地域連携室の設置	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
11 24 時間の画像及び検査体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
13 禁煙の取扱	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。</p> <p>具体的な受動喫煙防止措置 ()</p>
※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。	
14 療養病棟入院基本料の届出等	<p>・療養病棟入院基本料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>・地域包括ケア病棟入院料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>(地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p>

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
 （新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	届出年月日	新規届出	既届出	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (療養病棟入院基本料の注12・注13) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (障害者施設等入院基本料の注9・注10) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算 1・2・3 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間75対1看護補助加算	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (看護補助加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助体制加算 (対1) ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括医療病棟入院料の注5・注8) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護補助体制加算 (対1) (地域包括医療病棟入院料注6)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 (地域包括医療病棟入院料の注7)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算／看護補助体制充実加算 (小児入院医療管理料注9・注10)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注3)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助者配置加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括ケア病棟入院料の注4・5) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注8)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注5)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 (精神科救急・合併症入院料の注5)	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名: _____ 職種: _____
イ 看護職員の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間	平均週 _____ 時間 (うち、時間外労働 _____ 時間)
(イ) 2交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 勤務後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 <input type="checkbox"/> 16時間未満となる夜勤時間の設定 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
(ウ) 3交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 夜勤後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種 (_____)
エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知
オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法: _____)

(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容

ア 業務量の調整	<input type="checkbox"/> 時間外労働が発生しないような業務量の調整
イ 看護職員と他職種との業務分担	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他(職種)
ウ 看護補助者の配置	<input type="checkbox"/> 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 <input type="checkbox"/> 看護補助者の夜間配置
エ 短時間正規雇用の看護職員の活用	<input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の看護職員の活用
オ 多様な勤務形態の導入	<input type="checkbox"/> 多様な勤務形態の導入
カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	<input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> 夜間保育の実施 <input type="checkbox"/> 夜勤の減免制度 <input type="checkbox"/> 休日勤務の制限制度 <input type="checkbox"/> 半日・時間単位休暇制度 <input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 他部署等への配置転換
キ 夜勤負担の軽減	<input type="checkbox"/> 夜勤従事者の増員 <input type="checkbox"/> 月の夜勤回数の上限定

(3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

① 交代制勤務の種別 (□3交代、 □変則3交代、 □2交代、 □変則2交代)

② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理

	1)夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)	2)夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注7)	3)看護職員夜間配置加算(12対1配置1・16対1配置1)	4)看護補助加算(夜間看護体制加算)	5)看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5/精神科救急・合併症入院料の注5)	6) 1)から5)のいずれかの加算を算定する病棟以外
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ 暦日の休日の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ア)過去1年間のシステムの運用	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)
	(イ)部署間における業務標準化	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ク 看護補助者の夜間配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コ 夜間院内保育所の設置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
該当項目数	()	()	()	()	()	
(参考)満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上	

【記載上の注意】

- 2(1)イ(ア)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 2(3)①の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに「✓」を記入すること。
- 2(3)②クは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入すること。
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5又は精神科救急・合併症入院料の注5に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目のうち□に「✓」を記入したものについて、以下の書類を添付すること。
 - ・アからエについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績(1)、2)又は4)は看護要員、3)又は5)は看護職員)が分かる書類
 - ・オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類
 - ・カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ・ク及びケについては、様式9
 - ・コについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料
 - ・サについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員(1)、2)又は4)又は看護職員(3)又は5))の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

(新規・8月報告)

1. 届出に係る区分（届出を行うものに「✓」を記入すること。）

<input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 1 <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 2 <input type="checkbox"/> 小児・周産期・精神科充実体制加算 <input type="checkbox"/> 精神科充実体制加算

2. 許可病床数

許可病床数	床
-------	---

3. 急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

<input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を算定する病棟を有する保険医療機関である。 <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟について、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る。						
1 手術等に係る実績	以下を満たしている。 急性期充実体制加算 1 : <input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしている。 急性期充実体制加算 2 : <input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしている。					
	以下に年間件数又は許可病床 1 床あたりの年間件数※ ¹ を記入※ ² すること。 ※ ¹ () の許可病床 1 床あたりの記載は、令和 6 年 3 月 31 日時点で急性期充実体制加算に係る届出を行っている許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。 ※ ² 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えないこと。					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;">ア</td> <td style="padding: 5px;"> (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上) </td> <td style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: middle;"> (許可病床 1 床あたり 件／年) </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;"> うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上) </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> (許可病床 1 床あたり 件／年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組： </td> </tr> </table>	ア	(イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上)	(許可病床 1 床あたり 件／年)		うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上)
ア	(イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上)	(許可病床 1 床あたり 件／年)				
	うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上)	(許可病床 1 床あたり 件／年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：				

	<p>(ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡 下手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ニ) 心臓カテーテル法による 手術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ホ) 消化管内視鏡による手術 (600 件/年以上) (1.5 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ヘ) 化学療法 (1,000 件/年以上) (3.0 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ト) 心臓胸部大血管の手術 (100 件/年以上)</p> <p>件/年</p>	件/年
	<p>イ (イ) 異常分娩 (50 件/年以上) (0.1 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
	<p>(ロ) 6 歳未満の乳幼児の手術 (40 件/年以上) (0.1 件/年/床以上)</p> <p>(許可病床 1 床あたり 件/年)</p>	件/年 件/年
2 外来化学療法の実施を推進する体制	<p>1 のアの (ヘ) を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法を実施した患者全体 (①) に占める、外来で化学療法を実施した患者 (②) の割合 (③) が 6 割以上である。</p> <p>① 化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>② うち、外来で化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>③ $① \div ② \times 10 = ()$ 割</p>	
3 24 時間の救急医療提供	<p>ア 該当するものを記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している</p> <p><input type="checkbox"/> 救急搬送件数 (2,000 件/年以上) (6.0 件/年/床以上) 件/年 (許可病床数 1 床あたり 件/年)</p> <p>イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 (<input type="checkbox"/> 自院 ・ <input type="checkbox"/> 他院) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載 :)</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の「注2」に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数の合計（20件／年以上） 件／年 	
	<input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している	
4 高度急性期医療の提供	以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。	
	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料	床
	<input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料	床
	<input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床
	<input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料	床
<input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料	床	
5 感染対策	<input type="checkbox"/> 感染対策向上加算1の届出を行っている。	
6 24時間の画像診断及び検査体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
7 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
8 精神科リエゾンチーム加算等の届出	<input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算2の届出を行っている。	
9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制	ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・ 医師： ・ 専任の看護師：	
	イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：	
	ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/>	
	エ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：	

	<p>オ 院内講習の開催日（開催予定日）：</p> <p>1回目 月 日 2回目 月 日</p>
<p>10 外来縮小体制</p>	<p>ア 該当するものを記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> ・初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している。</p> <p>・紹介割合の実績が 50%以上かつ逆紹介割合の実績が 30%以上</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・令和 4 年度に紹介割合又は逆紹介割合が、基準を満たしていない場合に、令和 5 年度の届出を実施可能とするために予定している、確実な取組：</p> <p>院内で設定している数値目標：</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関である。</p> <p>イ 前年度 1 年間の初診・再診の患者数を記入すること。</p> <p>① 初診の患者数 () 名</p> <p>② 再診の患者数 () 名</p> <p>③ 紹介患者数 () 名</p> <p>④ 逆紹介患者数 () 名</p> <p>⑤ 救急患者数 () 名</p> <p>⑥ 紹介割合 () %</p> <p>⑦ 逆紹介割合 () %</p>
<p>11 処置の休日加算 1 等の届出</p>	<p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っていない。</p> <p>・届出を行っていない理由：</p> <p>・今後の届出予定について：<input type="checkbox"/> 予定あり 令和 年 月頃</p> <p><input type="checkbox"/> 届出を行う見込みがない</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由：</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：</p>
	<p>以下のいずれも満たすこと。</p>

12 他の入院料の届出状況等	<input type="checkbox"/> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない。 <input type="checkbox"/> 以下の③の割合が9割以上であること。 ① 一般病棟の病床数の合計 () 床 ② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数 () 床 ③ $① \div ② \times 10 = ()$ 割 <input type="checkbox"/> 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 <input type="checkbox"/> 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。
13 退院に係る状況等	以下のいずれも満たすこと。 <input type="checkbox"/> 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 () 日 (小数点第一位まで) <input type="checkbox"/> 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満であること。() 割 <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの届出を行っていること。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算2の届出を行っている。
14 禁煙の取扱い	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料にチェックすること。 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ()
15 外部評価	該当するものにチェックすること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。() <input type="checkbox"/> 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり

	受審予定時期 (令和 年 月)
16 総合入院体制加算の届出	<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算の届出を行っていない。

4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

1 異常分娩の件数	(小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 異常分娩の件数が 50 件／年以上である。 (件/年)
2 6歳未満の乳幼児の手術件数	(小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 6歳未満の乳幼児の手術件数が 40 件／年以上である。 (件/年)
3 精神病床	医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数 () 床
4 精神疾患患者に対する体制	<input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。
5 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数	以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。
	<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 (床) (人)
	<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 (床) (人)
	<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 (床) (人)
	<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 (床) (人)
	<input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 (床) (人)
	<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 (床) (人)

〔記載上の注意〕

- 1 「急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「3」のアを記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 2 「急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「10」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 「4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準」の「4」については、精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 5 様式6を添付すること。
- 6 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付すること。
- 7 手術等に係る実績のうち、許可病床数 300 床未満の保険医療機関の基準については、令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関において、令和8年5月31日までの間に限り適用されるものであること。
- 8 「2」の「外来で化学療法を実施した実患者数」とは、1サイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す）以上、外来で化学療法を実施した実患者数を指す。
- 9 「3」のウ「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

区 分	氏 名	経験年数	勤務時間	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講	兼務
ア・オ 身体症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
イ・カ 精神症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
ウ・キ 緩和ケアの経験を有する看護師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	□	<input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
エ・ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	/	<input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア

□ 注2に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価

イ がん診療の拠点となる病院

ウ ア、イに準じる病院

【記載上の注意】

- 1 「1」のア、イ、オ及びカについては、緩和ケアに関する研修を、ウ及びキについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 2 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 3 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 5 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ことが確認できる文書を添付すること。
- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア、イ、オ及びカの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。
- 7 「1」のア及びイの医師が、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師と兼任する場合は、兼務欄の□緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。
- 8 「1」のアからエの構成員が、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□小児緩和ケアに、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□外来緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 9 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 10 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のオからクについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	経験年数	勤務時間	研修受講
ア 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師		年	時間	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師		年	時間	□
ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		年	時間	/

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構成メンバー（氏名・職種）
回／週	

3 夜間の看護職員配置 夜の看護職員数	夜間の看護補助者数	（再掲）当直の看護要員数
名	名	名

4 患者に対する情報提供

--

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のアは緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
 また、イは緩和ケア病棟等における研修の修了の有無が確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
 緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 2 勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。
- 3 「4」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

小児緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

区分	氏名	経験年数	勤務時間	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講	兼務
ア 身体症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
イ 精神症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	□	<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任		<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師				/	/	/	/
カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師				/	/	/	/

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構成メンバー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価	
イ がん診療の拠点となる病院	ウ ア、イに準じる病院

【記載上の注意】

- 「1」のア及びイについては、緩和ケアに関する研修を、ウについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 小児緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 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ことが確認できる文書を添付すること。

- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。
- 7 「1」のア及びイの医師が、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師と兼任する場合は、兼務欄の口緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。
- 8 「1」のアからエの構成員が、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の口緩和ケア診療に、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の口外来緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 9 ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの欄に当該医師の氏名を、ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カの欄に当該看護師の名前を記載すること。

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム

職 種	氏 名	勤務 時間	勤務の態様	経験年数	研修 受講
ア精神科医師		時間	常勤・非常勤／専従・専任 対診の場合 ()	年	/
イ精神科等の経験を有する看護師		時間	常勤・非常勤／専従・専任	年 (入院 年)	<input type="checkbox"/>
ウ精神医療の経験を有する薬剤師等 (職種)		時間	常勤・非常勤／専従・専任 ※専任の場合精神科リエゾン チームの診療に従事する時間 週 時間	年	/

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり平均所用時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	概ね 分	

3 精神症状の評価等に係る回診

開催頻度	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	

4 1週間当たりの算定患者数 _____ 人

5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

体制

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のアについては、対診の場合は勤務の態様欄の（ ）に主たる勤務先医療機関名を記載すること。また、イについては、精神科リエゾンに係る研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、ウについては、職種欄の（ ）に当該従事者の職種を記載し、専任の場合は精神科リエゾンチームの診療に従事する時間を勤務の態様欄に記載すること。また、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 3 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 栄養サポートチームに係る構成員

区 分	氏 名	勤務形態	区 分
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		常勤・常勤換算	専従・専任
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		常勤・常勤換算	専従・専任
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		常勤・常勤換算	専従・専任
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		常勤・常勤換算	専従・専任
オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載)			

注2に規定する点数を算定する場合

2 栄養管理に係る回診

1日当たり 平均症例数	
概ね	症例

[記載上の注意]

- 1 「1」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写し(研修の名称、実施主体、終了日及び修了者の氏名を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 2 当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 3 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 4 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 5 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)の一般病棟において、算定可能である。
- 6 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

ア 医療安全対策加算 1
イ 医療安全対策加算 2

	氏 名	勤務時間	職 種	専従・専任
1 医療安全管理者				

2 患者に対する情報提供	
--------------	--

[記載上の注意]

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲むこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「2」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

感染対策向上加算〔 〕に係る届出書添付書類

1 感染制御チーム（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏名	専従・専任	経験年数	勤務形態	研修
ア 専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算	/
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算	/
イ 専任の看護師		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	年		<input type="checkbox"/>
区分	氏名			勤務年数	研修
ウ 専任の薬剤師				年	<input type="checkbox"/>
				年	<input type="checkbox"/>
エ 専任の臨床検査技師				年	<input type="checkbox"/>
				年	<input type="checkbox"/>

2 院内感染管理者

氏名	職種

3 抗菌薬適正使用のための方策

--

4 連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

5 新興感染症の発生・まん延時の体制

感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第一種協定指定医療機関である	<input type="checkbox"/>
感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第二種協定指定医療機関（第 36 条の 2 第 1 項の規定による通知（同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第 36 条の 3 第 1	<input type="checkbox"/>

項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）である	
上記のいずれかについて公表されている自治体のホームページ：（ ）	

6 サーベイランス事業の参加状況

事業名：（ ）

7 届出保険医療機関が評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

8 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

9 抗菌薬適正使用支援チーム

区分	氏名	勤務形態	専従・専任	経験年数	研修
ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	/
		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	/
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師				年	<input type="checkbox"/>
				年	<input type="checkbox"/>
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師				年	/
				年	/
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	/
				年	/

[記載上の注意]

- 1 感染対策向上加算1を届け出る場合は、「1」から「9」を、感染対策向上加算2又は3を届け出る場合は「1」から「5」を記載すること。
- 2 感染対策向上加算1を届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。感染対策向上加算2を届け出る場合であって、ウ及びエに掲げる薬剤師及び臨床検査技師が適切な研修を修了している場合には、そのことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加

算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)

- 4 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに感染制御チームの業務内容が明記された文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 5 「3」は、感染対策向上加算1及び2を届け出る場合は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。感染対策向上加算3を届け出る場合は、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 6 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 7 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2又は3を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2又は3を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。
- 8 「6」は、感染対策向上加算1を届け出ている場合のみ記載し、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。
- 9 「7」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 10 「8」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 11 「7」、「8」は、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。
- 12 「9」は、抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 術後疼痛管理に係る専任チーム

区 分	氏 名	勤務経験
ア 麻酔に従事する常勤の医師		年
イ 手術室または周術期管理センター等の勤務経験が2年以上有する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した看護師		年
ウ 薬剤師としての勤務経験を5年以上有し、かつ、うち2年以上が周術期関連の勤務経験を有する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した薬剤師		年
エ その他の術後疼痛管理チーム構成員（職種及び職種毎の人数を記載）		

2 患者に対する情報提供体制

--

[記載上の注意]

- 1 「1」のイ及びウについて、術後疼痛管理に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付すること。
- 2 「1」のイについて、保険医療機関における年間の麻酔管理症例数（200症例以上）が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」のウの「勤務経験」については、当該薬剤師の周術期関連の勤務経験年数を記入すること。
- 4 専任チームの看護師又は薬剤師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 5 術後疼痛管理チームによる術後疼痛管理プロトコルを添付すること。なお、当該プロトコルには実施する術後疼痛管理方法、患者の安全管理、合併症予防、術後疼痛管理計画等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 6 「2」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）90%以上）
<input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）85%以上90%未満）
<input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）75%以上85%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

3. 医薬品の使用状況

全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合	
届出前1月の実績（ 年 月）	
全医薬品の規格単位数 ①	
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数 ②	
後発医薬品の規格単位数 ③	
カットオフ値の割合 ④	②／①（%）
後発医薬品の割合 ⑤	③／②（%）

4. 医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制の有無（どちらかに○）

	有		無
--	---	--	---

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ご

とに数えた数量のことをいう。

- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和4年3月4日保医発0304第7号）を参照すること。
- 4 4. の「医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制」とは、医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制のことをいう。

バイオ後続品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. バイオ後続品の使用を促進するための体制の整備

バイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

2. バイオ医薬品の使用状況

直近1年の実績（ 年 月～ 年 月）	
直近1年間のバイオ医薬品の使用回数（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）(①)	
施設基準通知の1の(3)のアに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数量(②)	
②のうち、バイオ後続品の規格単位数量(③)	
バイオ後続品の割合(④) (③/②) (%)	
施設基準通知の1の(3)のイに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数量(⑤)	
②のうち、バイオ後続品の規格単位数量(⑥)	
バイオ後続品の割合(⑦) (⑥/⑤) (%)	

[記載上の注意]

- 1 バイオ後続品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算 1
<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算 2

2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 3 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 4 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 5 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 6 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟薬剤業務実施加算の届出状況（適合する場合「✓」を記入すること）

<input type="checkbox"/>	病棟薬剤業務実施加算1を届け出ている。
--------------------------	---------------------

2 研修の体制等（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

(1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が整備されている。	□
(2) 研修を受けている薬剤師の人数	名

3 薬剤師が不足とされている地域の医療機関への出向の体制等

(1) 当該年度の出向計画

連携先の都道府県：（ ）		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年 月～ 年 月
	名	年 月～ 年 月

(2) 地域医療に係る業務を実践的に修得するための具体的な計画について

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

① 出向先の保険医療機関について、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関であること等、出向先を選定した理由が計画書に記載されている。	□
② 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師であることが計画書に記載されている。	□
③ 出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたことが計画書に記載されている。	□
④ 都道府県と協議したことがわかる内容について、計画書に記載又は添付されている。	□

(3) 前年度の実績（前年度の届出施設のみ記載）

連携先の都道府県：（ ）		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年 月～ 年 月
	名	年 月～ 年 月

4 施設の届出状況（いずれか1つに「✓」を記入すること）

<input type="checkbox"/>	特定機能病院である。
<input type="checkbox"/>	急性期充実体制加算1の届出を行っている。
<input type="checkbox"/>	急性期充実体制加算2の届出を行っている。

[記載上の注意]

- 1 「2」については、届出時点で当該年度において研修を受けている薬剤師の人数を記載すること。
- 2 「3」の（1）については、当該年度における出向先の医療機関、出向する薬剤師数、出向の期間について、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。
- 3 「3」の（2）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（通知）の3（5）イで規定に基づき策定した出向に関する具体的な計画を添付した上で、その内容について適合する場合に☑を記載すること。
- 4 「3」の（3）については、前年度の届出施設のみ記載するものであり、前年度4月1日～3月31日の出向実績を、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。

認知症ケア加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 認知症ケアに係るチームの構成員

区 分	氏 名	備考
ア 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算	精神科・神経内科 経験 年・研修受講
	<input type="checkbox"/> 常勤換算	精神科・神経内科 経験 年・研修受講
イ 専任の常勤看護師		経験 年 週 時間
ウ 常勤社会福祉士又 は常勤精神保健福祉士		経験 年 社会福祉士 精神保健福祉士
エ その他の者		理学療法士・作業療法士 薬剤師・管理栄養士

2 認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

カンファレンスの開催頻度	チームによる回診の頻度
回/週	回/週

3 認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施回数 _____回/年

4 病棟看護師等のチームによる研修又は院外の研修の受講状況

① 認知症患者に関 わる全ての病棟の 看護師等の数(人)	② ①のうち 前々年度以降に研修 を受講した看護師等 の数(人)	③ ①のうち 今年度中に研修を受 講する予定の看護師 等の数(人)	④ 受講率 (②+③) / ①
			%

5 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講した看護師の配置状況 (原則全ての病棟に1名以上配置が望ましい)

届出病棟名	氏 名	研修の別 (該当するものに「✓」を記入)
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修

		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修
		<input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成／配布	手順書に含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> 身体的拘束の実施基準
<input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> 鎮静を目的とした薬物の適正使用

7 せん妄に関するチェックリストの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

チェックリストの作成状況
<input type="checkbox"/> せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト
<input type="checkbox"/> せん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリスト

[記載上の注意]

1 「1」のア～エについては、次の通りとすること。

ア 精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせることで認知症ケアチーム業務を実施している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

イ 認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。

ウ 該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験がない場合は介護支援専門員証の写しを添付すること。

エ 該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2 「2」及び「3」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3 「4」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含めないこと。

4 「5」について、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書を添付すること。

5 認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の状況	当該病棟の1日平均入院患者数		名	算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日				
	内 訳	悪性腫瘍	名					
		後天性免疫不全症候群	名					
医師数	病院全体の医療法標準数 （届出日時点）		名	従事医師数 （届出日時点）	名	配置割合	%	
	当該病棟勤務医師数		常勤者数	名	非常勤者数（常勤換算）	名		
常勤医師名						研修の有無		
						有 ・ 無		
						有 ・ 無		
						有 ・ 無		
						有 ・ 無		
						有 ・ 無		
						有 ・ 無		
病室の状況		当該病棟総数	病室数	病床数①	特別の療養環境の提供に係る病室		②/① (%)	
			室	床	病室数	病床数②		
	内 訳	個 室	室	床	室	床		
		2 人 室	室	床	室	床		
		3 人 室	室	床	室	床		
		4 人 室	室	床	室	床		
5 人 室 以上	室	床						
当該病棟の面積			m ² （1床当たり					m ² ）
病室部分の面積			m ² （1床当たり					m ² ）
家族の控え室			m ²					
患者専用台所			m ²					
面談室			m ²					
談話室			m ²					

連携体制	連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無	有 ・ 無

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	
イ がん診療の拠点となる病院	ウ ア、イに準じる病院

緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項

ア 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均	日
イ 退院患者のうち、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合	%

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 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こと又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 11 緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項については、「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(通知)」の別添 4 の第 14 の 1 に基づき記載すること。

緩和ケア病棟入院料 1 に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

1. 前年度に当該病棟に入院した患者について、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均

日

2. 前年度に当該病棟から退院した患者について、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合

前年度に当該病棟から退院した全患者数	①	人
転院又は転棟のため退院した患者数	②	人
死亡のため退院した患者数	③	人
前年度に当該病棟から退院した患者について、 転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の 患者の割合 ((①-②-③) / ①)		%

精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び
精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	② 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数	③ 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数
① 年 月	() 日	() 日
② / (② + ③) = (ア) ()		
⑤ 3 月前の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く）		
④ 年 月	() 名	
⑥ 上記の患者のうち、3 月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数		
() 名		
⑥ / ⑤ = (イ) ()		

※ 「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の3 月前の年月を記入する。例えば①が令和 4 年 7 月であれば、④は令和 4 年 4 月となる。令和 4 年 4 月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3 月以内に退院し自宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 4 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 - (1) 精神科救急・合併症入院料並びに精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算 1 を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算 1 又は 2 の口を算定する場合を除く）
(イ) ≥ 0.4
 - (2) 精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算 1 を算定する場合）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算 1 又は 2 の口を算定する場合）を算定する場合
(イ) ≥ 0.6
- 5 当該届出に係る病棟について、様式 9 を記載し添付すること。

精神科救急急性期医療入院料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・7月報告）

1 病棟の体制に係る要件

(1) 当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

(当該入院料を算定する病棟常勤の精神保健指定医の場合は□に✓を記入すること。)

精神保健指定医の氏名	指定医番号	病棟常勤の精神保健指定医
		□
		□
		□
		□
		□
		□
		□

(2) 必要な検査、CTが必要に応じて実施できる体制の確保

(新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っている者については「既届出」欄の□に✓を記入すること。)

新規届出	既届出	
□	□	無
□	□	有（自保険医療機関内で速やかに実施可能）
□	□	有（他の保険医療機関との連携により速やかに実施可能）

2 実績に係る要件

(1) 届出病棟数・病床数

以下の①～③の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

① 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病棟数	病棟
② 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病床数	床
③ 当該病院における精神科救急急性期医療入院料及び精神科急性期治療病棟入院料届出病床数	床 □(≦300)

(2) 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の④～⑫の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

		当該病院における実績	要件	
④ 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数		④ 件	□(≧30) 又は □(≧0.37)	
⑤ ④のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合		⑤ 件 又は 割	□(≧6) 又は □(≧2割)	
⑤ の 再 掲	⑥ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口	件	⑦ 救急医療情報センター	件
	⑧ 他の医療機関	件	⑨ 都道府県・市町村	件
	⑩ 保健所	件	⑪ 警察	件
	⑫ 消防（救急車）	件		

(3) 当該病棟における新規入院患者に係る実績

⑬ 当該入院料を算定する全病棟の新規患者数		人	
⑭ 措置入院	人	⑮ 緊急措置入院	人
⑯ 医療保護入院	人	⑰ 応急入院 (うち、特定医師によるもの)	人 (人)
⑱ 鑑定入院	人	⑲ 医療観察法入院	人
⑳ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数		人	

以下の (a) 及び (b) 又は (c) の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

$\frac{⑭+⑮+⑯+⑰+⑱}{⑬}$	<input type="checkbox"/> (a) % (≥ 6割)	$\frac{⑭+⑮+⑰}{⑳}$	<input type="checkbox"/> (b) % (≥ 2割5分)
又は			
$⑭+⑮+⑰$	<input type="checkbox"/> (c) 人 (≥ 20人)		

[記載上の注意]

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は4名以上であり、①の病棟数以上の病棟に常勤する精神保健指定医が確保されていること。
- 2 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 3 「2の③」の病床数は300床以下であること。
- 4 実績に係る要件の件数及び患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 5 当該入院料を算定する病院は、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の④」の件数が30件以上又は0.37件/万人以上
 - ・ 「2の⑤」の件数が6件以上又は「2の⑤」の割合が2割以上
- 6 当該入院料を算定する病棟は、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の(a)」の数値が6割以上
 - ・ 「2の(b)」の数値が2割5分以上又は「2の(c)」の人数が20人以上
- 7 ⑳については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、都道府県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

⑥

< 抄 >

保医発 0305 第 6 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 6 年厚生労働省告示第 57 号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 6 年厚生労働省告示第 59 号）が告示され、令和 6 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る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 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の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）に定めるものの他、別添 1 のとおりとすること。
- 2 別添 1 に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基

準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同条第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。
また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。
- 5 カンファレンス等をリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合又は電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応するとともに安全な通信環境を確保していること。
- 6 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 7 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

第 2 届出に関する手続き

- 1 「特掲診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不

受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

- (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管材料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

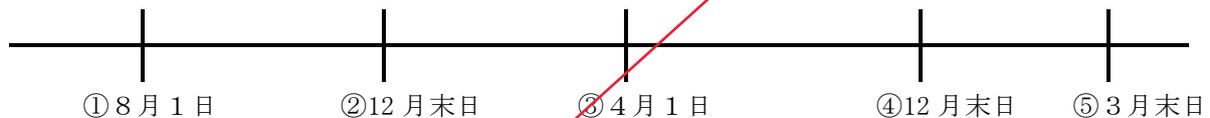
- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。

%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準届出前3か月間の実績を有していること。

(6) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

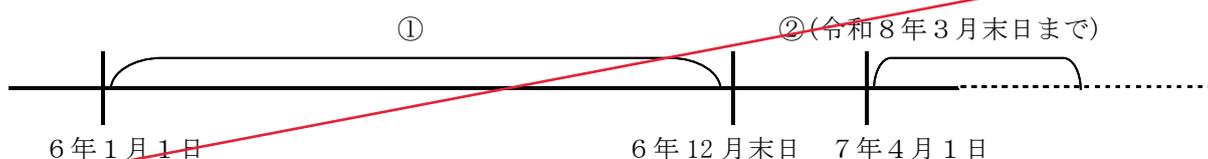
ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(7) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

適合している場合は令和7年4月1日から令和8年3月末日まで (2) 算定可



(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

(イ) 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。

a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

(ハ) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、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）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数の実績も含めて(イ)又は(ロ)に基づき判定引き継ぐこととする。ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。

新規届出の場合

例：令和6年8月1日に新規指定された薬局（(ロ)の場合）

・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不

動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。)

- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月(④の翌日)から⑥まで適用する。
- ・令和7年4月1日(⑥の翌日)から令和8年3月末日(⑦)までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(13) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(14) 妥結率の実績

- イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。
- ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
- ハ 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：5年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を令和5年4月1日(④の翌日)から⑤まで適用する。



(15) 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において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掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、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（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第 号
外来栄養食事指導料の注2に規定する基準	(外栄食指) 第 号
外来栄養食事指導料の注3に規定する基準	(がん専栄) 第 号
心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔ペ) 第 号
喘息治療管理料	(喘管) 第 号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	(難がん疼) 第 号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第 号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第 号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第 号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ニ) 第 号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第 号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第 号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第 号

小児運動器疾患指導管理料	(小運指管) 第 号
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(乳腺ケア) 第 号
婦人科特定疾患治療管理料	(婦特管) 第 号
腎代替療法指導管理料	(腎代替管) 第 号
一般不妊治療管理料	(一妊管) 第 号
生殖補助医療管理料 1	(生補管 1) 第 号
生殖補助医療管理料 2	(生補管 2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 1	(二骨管 1) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 2	(二骨継 2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 3	(二骨継 3) 第 号
下肢創傷処置管理料	(下創管) 第 号
慢性腎臓病透析予防指導管理料	(腎防管) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第 号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第 号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第 号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に規定する救急搬送看護体制加算	(救搬看護体) 第 号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第 号
地域包括診療料	(地包診) 第 号
小児かかりつけ診療料 1	(小か診 1) 第 号
小児かかりつけ診療料 2	(小か診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 1	(外化診 1) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 2	(外化診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 3	(外化診 3) 第 号
連携充実加算	(外化連) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算	(外化薬) 第 号
外来データ提出加算	(外データ提) 第 号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第 号
療養・就労両立支援指導料の注 3 に規定する相談支援加算	(両立支援) 第 号
開放型病院共同指導料	(開) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(5)に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	(ハイⅠ) 第 号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第 号
がん治療連携指導料	(がん指) 第 号

外来排尿自立指導料	(外排自) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第 号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第 号
こころの連携指導料 (I)	(こ連指 I) 第 号
こころの連携指導料 (II)	(こ連指 II) 第 号
プログラム医療機器等指導管理料	(プログラム) 第 号
薬剤管理指導料	(薬) 第 号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第 号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第 号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第 号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第 号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第 号
精神科退院時共同指導料 1 及び 2	(精退共) 第 号
歯科治療時医療管理料	(医管) 第 号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第 号
小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算	(口管強) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第 号
在宅療養支援歯科病院	(歯援病) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(3)に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 2	(在病実 2) 第 号
在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第 号
往診料の注 9 に規定する介護保険施設等連携往診加算	(介保連) 第 号
在宅患者訪問診療料 (I) の注 13 及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療DX情報活用加算	(在宅DX) 第 号
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	(在医総管 1) 第 号
在宅データ提出加算	(在データ提) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 14 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合含む。)に規定する基準	(在医総管 2) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 15 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。)及び在宅がん医療総合診療料の注 9 に規定する在宅医療情報連携加算	(医情連) 第 号
歯科疾患在宅療養管理料の注 7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注 8 及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注 8 に規定する在宅歯科医療情報連携	

加算	(歯医情連) 第 号
在宅がん医療総合診療料	(在総) 第 号
救急搬送診療料の注 4 に規定する重症患者搬送加算	(重患搬) 第 号
救急患者連携搬送料	(救患搬) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注 2	(在看) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 15 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する訪問看護・指導体制充実加算	(訪看充) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 16 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する専門管理加算	(訪看専) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 17 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) 及び精神科訪問看護・指導料の注 17 に規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算	(訪看 D X) 第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 18 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に規定する遠隔死亡診断補助加算	(訪看遠隔) 第 号
在宅療養後方支援病院	(在後病) 第 号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥) 第 号
在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第 号
在宅酸素療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素) 第 号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽) 第 号
在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	(在植補心) 第 号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場) 第 号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸) 第 号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合) 及び皮下連続式グルコース測定	(持血測 1) 第 号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)	(持血測 2) 第 号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第 号
歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準	(歯訪診) 第 号
在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第 号
遺伝学的検査の注 1 に規定する施設基準	(遺伝検 1) 第 号
遺伝学的検査の注 2 に規定する施設基準	(遺伝検 2) 第 号
染色体検査の注 2 に規定する基準	(染色体) 第 号
骨髄微小残存病変量測定	(骨残測) 第 号
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(B R C A) 第 号
がんゲノムプロファイリング検査	(がんプロ) 第 号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	(角ジ遺) 第 号
先天性代謝異常症検査	(先代異) 第 号
抗アデノ随伴ウイルス 9 型 (A A V 9) 抗体	(A A V 9) 第 号
抗 H L A 抗体 (スクリーニング検査) 及び抗 H L A 抗体 (抗体特異性同定検査)	

経気管支凍結生検法	(経気凍) 第 号
口腔細菌定量検査	(口菌検) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ	(咀嚼機能 1) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	(咀嚼機能 2) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	(咬合圧) 第 号
精密触覚機能検査	(精密触覚) 第 号
睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図) 第 号
画像診断管理加算 1	(画 1) 第 号
画像診断管理加算 2	(画 2) 第 号
画像診断管理加算 3	(画 3) 第 号
画像診断管理加算 4	(画 4) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画 1) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断) 第 号
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断P) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断コ複) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断コ複P) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)	(ポ断磁複) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断磁複P) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号
CT撮影及びMRI撮影	(C・M) 第 号
冠動脈CT撮影加算	(冠動C) 第 号
血流予備量比コンピューター断層撮影	(血予備断) 第 号
外傷全身CT加算	(外傷C) 第 号
心臓MRI撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MRI撮影加算	(乳房M) 第 号
小児鎮静下MRI撮影加算	(小児M) 第 号
頭部MRI撮影加算	(頭部M) 第 号
全身MRI撮影加算	(全身M) 第 号
肝エラストグラフィ加算	(肝エラ) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使) 第 号

外来化学療法加算 1	(外化 1) 第	号
外来化学療法加算 2	(外化 2) 第	号
無菌製剤処理料	(菌) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	(心 I) 第	号
リハビリテーションデータ提出加算	(リデータ提) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	(心 II) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	(脳 I) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	(脳 II) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	(脳 III) 第	号
運動器リハビリテーション料 (I)	(運 I) 第	号
運動器リハビリテーション料 (II)	(運 II) 第	号
運動器リハビリテーション料 (III)	(運 III) 第	号
呼吸器リハビリテーション料 (I)	(呼 I) 第	号
呼吸器リハビリテーション料 (II)	(呼 II) 第	号
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	(摂嚥回 1) 第	号
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 2	(摂嚥回 2) 第	号
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 3	(摂嚥回 3) 第	号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第	号
障害児 (者) リハビリテーション料	(障) 第	号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第	号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第	号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ 2) 第	号
経頭蓋磁気刺激療法	(頭磁刺) 第	号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第	号
療養生活継続支援加算	(療活継) 第	号
児童思春期支援指導加算	(児春支) 第	号
早期診療体制充実加算	(早充実) 第	号
通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準	(情通精) 第	号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第	号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1) 第	号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2) 第	号
依存症集団療法 1	(依集 1) 第	号
依存症集団療法 2	(依集 2) 第	号
依存症集団療法 3	(依集 3) 第	号
精神科作業療法	(精) 第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第	号

精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	(抗治療) 第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1	(医処休) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1	(医処外) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1	(医処深) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の休日加算1	(歯処休) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の時間外加算1	(歯処外) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の深夜加算1	(歯処深) 第 号
静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	(静圧) 第 号
多血小板血漿処置	(多血) 第 号
硬膜外自家血注入	(血入) 第 号
エタノールの局所注入 (甲状腺)	(エタ甲) 第 号
エタノールの局所注入 (副甲状腺)	(エタ副甲) 第 号
人工腎臓	(人工腎臓) 第 号
導入期加算1	(導入1) 第 号
導入期加算2及び腎代替療法実績加算	(導入2) 第 号
導入期加算3及び腎代替療法実績加算	(導入3) 第 号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水) 第 号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第 号
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法	(難重尿) 第 号
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(移後拒) 第 号
ストーマ合併症加算	(スト合) 第 号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱) 第 号
心不全に対する遠赤外線温熱療法	(心遠温) 第 号
歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの)	(歩行ロボ) 第 号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加) 第 号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第 号
う蝕歯無痛の窩洞形成加算	(う蝕無痛) 第 号
歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算	(歯技連1) 第 号
歯科技工士連携加算2	(歯技連2) 第 号
光学印象	(光印象) 第 号
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	(歯CAD) 第 号
歯科技工加算1及び2	(歯技工) 第 号
皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	(皮セ節) 第 号

粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法	(ホ中) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	(ホ中適) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	(ホ中医) 第 号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第 号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第 号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織) 第 号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞) 第 号
デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第 号
病理診断管理加算 1	(病理診 1) 第 号
病理診断管理加算 2	(病理診 2) 第 号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第 号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診 1) 第 号
口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2) 第 号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第 号
歯科矯正診断料	(矯診) 第 号
顎口腔機能診断料 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。) の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診) 第 号
調剤基本料 1	(調基 1) 第 号
調剤基本料 2	(調基 2) 第 号
調剤基本料 3 イ	(調基 3 イ) 第 号
調剤基本料 3 ロ	(調基 3 ロ) 第 号
調剤基本料 3 ハ	(調基 3 ハ) 第 号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1) 第 号
地域支援体制加算 1	(地支体 1) 第 号
地域支援体制加算 2	(地支体 2) 第 号
地域支援体制加算 3	(地支体 3) 第 号
地域支援体制加算 4	(地支体 4) 第 号
連携強化加算	(薬連強) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 3	(後発調 3) 第 号
無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅薬学総合体制加算 1	(在宅総 1) 第 号
在宅薬学総合体制加算 2	(在宅総 2) 第 号
医療 D X 推進体制整備加算	(薬 D X) 第 号
在宅患者調剤加算	(在宅調) 第 号
特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第 号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬) 第 号

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(在医麻) 第 号
在宅中心静脈栄養法加算	(在中栄) 第 号
看護職員処遇改善評価料	(看処遇) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(外在ベI) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (II)	(外在ベII) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(齒外在ベI) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II)	(齒外在ベII) 第 号
入院ベースアップ評価料	(入ベ) 第 号

7 次の(1)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていただければ、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検（併用）、乳癌センチネルリンパ節生検加算1
- (4) センチネルリンパ節生検（単独）、乳癌センチネルリンパ節生検加算2
- (5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
- (8) 導入期加算2、導入期加算3、腎代替療法実績加算
- (9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算
- (10) 緊急整復固定加算、緊急挿入加算
- (11) 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
- (12) 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）、腹腔鏡下腓中央切除術
- (13) 腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- (14) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- (15) 膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎術（経尿道）
- (16) 採取精子調整管理料、精子凍結保存管理料

(17) 胎児輸血術（一連につき）、臍帯穿刺

- 8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。令和6年6月1日からの算定に係る届出については、令和6年5月2日以降に届出書の提出を行うことができる。
- 9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2、3及び4、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 「特掲診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年8月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和5

8年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。)及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、令和6年3月31日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合(名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。)には、新たな届出を要しない。ただし、令和6年6月以降の実績により、届出を行っている特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和6年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料(表1)及び施設基準が改正された特掲診療料(表2)については、令和6年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算
慢性腎臓病透析予防指導管理料
外来腫瘍化学療法診療料3
外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算
プログラム医療機器等指導管理料
在宅療養支援歯科病院
往診料の注9に規定する介護保険施設等連携往診加算
在宅患者訪問診療料(I)の注13及び歯科訪問診療料の注20に規定する在宅医療DX
情報活用加算
在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する
場合含む。)に規定する基準
在宅時医学総合管理料の注15(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する
場合を含む。)及び在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算
歯科疾患在宅療養管理料の注7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8
及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8に規定する在宅歯科医療情
報連携加算
救急患者連携搬送料
在宅患者訪問看護・指導料の注17(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定によ
り準用する場合を含む。)及び精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療D
X情報活用加算
在宅患者訪問看護・指導料の注18(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定によ
り準用する場合を含む。)に規定する遠隔死亡診断補助加算
遺伝学的検査の注2に規定する施設基準
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)
経頸静脈的肝生検

画像診断管理加算 3
 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準
 通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算
 通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算
 通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準
 ストーマ合併症加算
 歯科技工士連携加算 1
 歯科技工士連携加算 2
 光学印象
 光学印象歯科技工士連携加算
 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
 緊急穿頭血腫除去術
 脳血栓回収療法連携加算
 毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）
 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科）
 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
 気管支バルブ留置術
 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法
 腹腔鏡下臍中央切除術
 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
 尿道狭窄グラフト再建術
 精巣温存手術
 女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）
 腹腔鏡下陰断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 再製造単回使用医療機器使用加算
 在宅薬学総合体制加算
 医療DX推進体制整備加算
 看護職員処遇改善評価料
 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

表 2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

地域包括診療料（令和 6 年 10 月以降に引き続き算定する場合に限る。）
外来腫瘍化学療法診療料 1（令和 6 年 10 月以降に引き続き算定する場合に限る。）
小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算（令和 6 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告示」による改正前の診療報酬の算定方法別表第二「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の注 10 に規定するかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関において、令和 7 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 並びに歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則の 6 に掲げる処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
調剤基本料 2
特別調剤基本料 A
調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料 1 を算定することができる保険薬局）（令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局
地域支援体制加算（令和 8 年 9 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
連携強化加算（令和 7 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

外来緩和ケア管理料
一般不妊治療管理料
二次性骨折予防継続管理料
小児かかりつけ診療料
外来腫瘍化学療法診療料 2
生活習慣病管理料（Ⅰ）
在宅療養支援診療所
こころの連携指導料（Ⅰ）
在宅療養支援歯科診療所 1
在宅療養支援歯科診療所 2
在宅療養支援病院
がんゲノムプロファイリング検査
国際標準検査管理加算
遠隔画像診断
冠動脈 C T 撮影加算
血流予備量比コンピューター断層撮影

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術
 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 腹腔鏡下仙骨腔固定術
 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術
 医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術
 調剤基本料の注2に規定する保険薬局
 調剤管理加算
 医療情報取得加算
 服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	→	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）
画像診断管理加算3	→	画像診断管理加算4
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	→	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 1 特定疾患療養管理料

1 特定疾患療養管理料の注 5 に関する施設基準

「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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号。以下「基本診療料施設基準通知」という。）別添 1 の第 1 に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること（以下単に「情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること」という。）。

2 届出に関する事項

特定疾患療養管理料の注 5 に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていただくと、特定疾患療養管理料の注 5 として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 1 の 2 ウイルス疾患指導料

1 ウイルス疾患指導料の注 2 に規定する加算に関する施設基準

(1) HIV 感染者の診療に従事した経験を 5 年以上有する専任の医師が 1 名以上配置されていること。

(2) HIV 感染者の看護に従事した経験を 2 年以上有する専任の看護師が 1 名以上配置されていること。

(3) HIV 感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が 1 名以上配置されていること。

(4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること。

(5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

2 ウイルス疾患指導料の注 3 に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

(1) ウイルス疾患指導料の注 2 に関する施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 1 を用いること。

(2) 1 の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び 1 の(4)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。

(3) ウイルス疾患指導料の注 3 に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていただくと、ウイルス疾患指導料の注 3 として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 1 の 2 の 2 小児特定疾患カウンセリング料

1 小児特定疾患カウンセリング料の注 2 に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

小児特定疾患カウンセリング料の注 2 に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診

ア 国又は医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

(1) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会

(2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2に関する施設基準

次に掲げる基準を全て満たしていること。

(1) 高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。

(2) 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。

(3) がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

3 がん性疼痛緩和指導管理料の注4に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

4 届出に関する事項

(1) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

(2) がん性疼痛緩和指導管理料の注2の施設基準に係る届出は、別添2の様式5を用いること。

(3) がん性疼痛緩和指導管理料の注4に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん性疼痛緩和指導管理料の注4として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(4) 令和7年5月31日までの間に限り、2の(4)に該当するものとみなす。

第4の3 がん患者指導管理料

1 がん患者指導管理料イに関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。
- (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
- ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- (3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。)
- イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
- (ロ) 臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）
- (ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
- (ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
- (ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践
- (4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (5) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- 2 がん患者指導管理料ロに関する施設基準
- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、1の(2)を満たすこと。
- (3) (1)に掲げる看護師は、1の(3)を満たすこと。
- (4) 当該管理に従事する公認心理師については、1の(2)のアに掲げる研修を修了した者であること。
- (5) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 3 がん患者指導管理料ハに関する施設基準

- (1) 化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 - (2) (1)に掲げる薬剤師は、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有するものであること。
 - (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 4 がん患者指導管理料ニに関する施設基準
- (1) B R C A 1 / 2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。
 - (2) 患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。
- 5 がん患者指導管理料の注7に関する施設基準
- 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 6 届出に関する事項
- (1) がん患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の3を用いること。
 - (2) がん患者指導管理料の注7に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、がん患者指導管理料の注7として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の4 外来緩和ケア管理料

1 外来緩和ケア管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

 - オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師
 - カ 精神症状の緩和を担当する医師
 - キ 緩和ケアの経験を有する看護師
 - ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師
- (2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員及び小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管

料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。

- (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。また介護保険施設等又は指定障害者支援施設は次に掲げるものをいう。

- イ 指定介護老人福祉施設
- ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設
- ハ 介護老人保健施設
- ニ 介護医療院
- ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
- ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
- チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所
- リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
- ヌ 指定障害者支援施設
- ル 指定共同生活援助事業所
- ヲ 指定福祉型障害児入所施設

- (4) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。）。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (5) (1)のイ又はカに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。また、イに掲げる医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (6) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る

診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

(7) (1)のウ又はキに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(8) (1)のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍の患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

(9) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

(10) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(11) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(12) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 外来緩和ケア管理料の注5に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

- (1) 外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の4を用いること。
- (2) 外来緩和ケア管理料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、外来緩和ケア管理料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の5 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。
 - ア 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師
なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (イ) 腎臓移植領域10例以上
 - (ロ) 肝臓移植領域10例以上
 - (ハ) (イ)及び(ロ)以外の臓器移植領域3例以上
 - イ 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師
- (2) (1)のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。
 - ア 医療関係団体が主催するものであること。
 - イ 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。
 - ウ 講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。
- (3) 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

2 造血幹細胞移植後に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。
 - ア 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は7例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師
なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は7例以上）の経験症例を持つ医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなす

ことができる。

イ 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

(2) (1)のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

ア 医療関係団体が主催するものであること。

イ 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

ウ 講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

(3) 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

3 移植後患者指導管理料の注3に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

4 届出に関する事項

(1) 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の5を用いること。

(2) 移植後患者指導管理料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、移植後患者指導管理料の注3として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の6 糖尿病透析予防指導管理料

1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師

イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

(2) (1)のイに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

(3) (1)のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。

ア 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者

なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

(イ) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

(ハ) 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。

- (二) 通算して10時間以上のものであること。
- イ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (6) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (7) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (8) 注3に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。
- ア 糖尿病指導の経験を有する医師((2)を満たすこと。)
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師(看護師にあつては、(3)のアを満たすこと。保健師にあつては、(4)を満たすこと。)
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士((5)を満たすこと。)
- (9) 注4に規定する高度腎機能障害患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が5割を超えていること。
- ア 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期内に算出した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ ($ml/分/1.73m^2$)が30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの及び腎臓移植を受けたものを除き6人以上が該当する場合に限る。)
- イ アの算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者
- (イ) 血清クレアチニン又はシスタチンCがアの算定時点から不変又は低下していること
- (ロ) 尿たんぱく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること
- (ハ) アで $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を算出した時点から前後3月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減していること
- (10) 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- (11) 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
- 2 糖尿病透析予防指導管理料の注6に関する施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の6を用いること。
なお、高度腎機能障害患者指導加算に係る届出は、別添2の様式5の8を用いること。
- (2) 糖尿病透析予防指導管理料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、糖尿病透析予防指導管理料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

- ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
- イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
- ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。

(22) 当面の間、(6)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料1又は2に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

2 生殖補助医療管理料2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(20)までの基準を全て満たしていること。
- (2) 当面の間、(6)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料1又は2に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

3 届出に関する事項

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の12を用いること。また、毎年8月において、前年度における症例数等について、別添2の様式5の12の2により届け出ること。

第4の13 二次性骨折予防継続管理料

1 二次性骨折予防継続管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制が整備されていること。
 - ア 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師
 - イ 専任の常勤看護師
 - ウ 専任の常勤薬剤師
- (2) (1)のウに掲げる専任の常勤薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
- (3) 当該保険医療機関内において「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有と FLS の意義について」の研修会を年に1回以上実施すること。
- (4) 二次性骨折予防継続管理料1については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (5) 二次性骨折予防継続管理料2については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

2 届出に関する事項

- (1) 二次性骨折予防継続管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の13を用いること。
- (2) 新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に1の(3)による研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、(3)の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

第4の14 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

1 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内にアレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) アレルゲン免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制が整備されていること。
- (3) 院内の見やすい場所にアレルゲン免疫療法を行っている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の15 下肢創傷処置管理料

1 下肢創傷処置管理料に関する施設基準

以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。

- (1) 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有していること。
- (2) 下肢創傷処置に関する適切な研修を修了していること。

2 届出に関する事項

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の14を用いること。

第4の16 慢性腎臓病透析予防指導管理料

1 慢性腎臓病透析予防指導管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を2年以上有する者

であること。

(5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を3年以上有する者であること。

(6) (1)のア、イ及びウに掲げる透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。

(7) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。

(8) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

(9) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室はB001の「26」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室（腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。）の実施により代えることとしても差し支えない。

(10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式13の10を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注3に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

(1) 慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の9を用いること。

(2) 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、慢性腎臓病透析予防指導管理料の注3として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第5 小児科外来診療料

1 小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

2 小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準の届出に関する事項

当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6 地域連携小児夜間・休日診療料

1 地域連携小児夜間・休日診療料1に関する施設基準

(1) 小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

(2) 夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上を届け出ており、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

(3) 地域に、夜間、休日又は深夜であつて小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関

5年以上有するものに限る。)が配置されていること。

- (2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。
- (3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。なお、当該技術者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、医療機器安全管理料²に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。
- (4) 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

2 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の6を用いること。

第6の8 地域包括診療料

1 地域包括診療料1に関する施設基準

(1)から(11)までの基準を全て満たしていること。

(1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。

(2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。なお、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。

(3) 次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していること。

ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。

ウ 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。

(4) (3)のア、イ及びウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

- (5) 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。
- (6) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
 - イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
- ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（同法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。
 - イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
 - ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
 - エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。
 - カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
 - ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。
 - ケ 病院の場合は、「A246」入退院支援加算の注8に規定する総合機能評価加算の届出を行っていること又は介護支援等連携指導料を算定していること。
 - コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- (8) 以下の全てを満たしていること。
- ア 診療所の場合
 - (イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。
 - (ロ) 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 - (ハ) 在宅療養支援診療所であること。
 - イ 病院の場合

- (3) 「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
- (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。
- ア 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること
 - イ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること
 - ウ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること
 - エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること
- (5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。
- 2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準
- (1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。
- (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 「A001」の注10に規定する時間外対応加算2又は時間外対応加算4に係る届出を行っていること。
 - イ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。
 - (ロ) 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあつては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（#8000等）等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- 3 小児抗菌薬適正使用支援加算に関する施設基準
- 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- 4 届出に関する事項
- 小児かかりつけ診療料1又は2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の8を用いること。小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1に関する施設基準
- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）

以外の目的で使用することは認められないものであること。

- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 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が整備されていること。
- (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (7) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

- (8) 「B001」の「22」がん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
- (9) 「B001」の「23」がん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。
- (10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- (11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
- (12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
- (13) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (15) (13)及び(14)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 外来腫瘍化学療法診療料2に関する施設基準

- (1) 1の(1)、(5)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- 3 外来腫瘍化学療法診療料3に関する施設基準
- (1) 1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。
- (3) 当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (5) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。
- (6) 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。
- 4 連携充実加算に関する施設基準
- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- (2) 1の(7)に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
- ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
- イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。
- ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。
- 5 がん薬物療法体制充実加算に関する施設基準
- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- (2) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (4) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てる

ことができる体制が整備されていること。

6 届出に関する事項

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1、2及び3の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 連携充実加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式39の2を用いること。
- (3) がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式39の3を用いること。
- (4) 当該治療室の平面図を添付すること。
- (5) 令和6年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間、1の(10)及び(13)の基準を満たしているものとする。
- (6) 令和6年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、1の(15)の基準を満たしているものとする。

第6の9 生活習慣病管理料(I)及び(II)

1 生活習慣病管理料(I)の注1及び生活習慣病管理料(II)の注1に関する施設基準

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

2 生活習慣病管理料(I)の注4及び生活習慣病管理料(II)の注4に関する施設基準

- (1) 厚生労働省が毎年実施する「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」(以下「外来医療等調査」という。)に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局(以下「外来医療等調査事務局」という。)と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること。
- (2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。
- (3) 診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。
- (5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

3 生活習慣病管理料(I)の注4及び生活習慣病管理料(II)の注4に係るデータ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算し

て2月分のデータ（例として、令和6年7月に届出を行った場合は、令和6年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和6年9月、10月の2月分となる。）

（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、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（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を1の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

4 生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

5 届出に関する事項

生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4の施設基準に係る届出については、次のとおり。なお、生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注6として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

- (1) 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いること。
- (2) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (3) データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出すること。
- (4) (3)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあつては、2の(1)の手続きより開始すること。

第7 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料に関する施設基準

- (1) 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。
- (3) 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していること。
- (4) 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- (5) 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) 情報通信機器を用いて診察を行う保険医療機関にあつては、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体

第11の3 がん治療連携管理料

1 がん治療連携管理料の1に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん治療連携管理料の2に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

3 がん治療連携管理料の3に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

4 届出に関する事項

がん治療連携管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の2 外来がん患者在宅連携指導料

1 外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準

外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料1若しくは2の届出を行っていること。

2 外来がん患者在宅連携指導料の注3に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

- (1) 外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料1若しくは2の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (2) 外来がん患者在宅連携指導料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料の注3として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の3 外来排尿自立指導料

1 外来排尿自立指導料の施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師

イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

- (2) (1)のイに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医

- (ロ) 情報収集の方法、面接の要点
 - (ハ) 自殺の同定方法
 - (ニ) 危険因子・危険性の評価、危険性を減らす方法、治療計画
 - (ホ) 精神障害、精神科的対応、心理社会的介入の方法
 - (ヘ) 家族への対応
 - (ト) 医療機関・自治体等への紹介・連携、情報提供
 - (チ) ポストベンション（遺族への心のケア）
- イ 自殺未遂者支援の根拠となる自殺対策基本法等について学ぶ項目
 - ウ うつ病等のスクリーニング法を症例検討等により実践的に学ぶ項目
 - エ 自殺ハイリスク患者に関する症例を用いた講師者・受講者による双方向の事例検討
- 2 届出に関する事項
- こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の7を用いること。

第11の8 こころの連携指導料（Ⅱ）

- 1 こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準
 - (1) 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
- こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の8を用いること。

第11の9 プログラム医療機器等指導管理料

- 1 プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準
 - (1) ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合
ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準を満たしていること。
 - (2) 高血圧治療補助アプリを用いる場合
「A001」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、「B001-2-9」地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- プログラム医療機器等指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式8の4を用いること。

第12 薬剤管理指導料

- 1 薬剤管理指導料に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定

労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を 2 人組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち 1 名までに限る。

- (2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。
- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
- (6) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

2 薬剤管理指導料の対象患者

薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者をいう。

3 届出に関する事項

- (1) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 14 を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を提出すること。

第 12 の 1 の 1 の 2 薬剤総合評価調整管理料

1 薬剤総合評価調整管理料の注 3 に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

薬剤総合評価調整管理料の注 3 に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、薬剤総合評価調整管理料の注 3 として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

2 届出に関する事項

歯科遠隔連携診療料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療料3を合計18回以上算定していること。

イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

オ 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

カ 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。

キ 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。

ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。

(ハ) 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1、在宅歯科医療連携加算2、小児在宅歯科医療連携加算1、小児在宅歯科医療連携加算2、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

ケ 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行

った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

- (イ) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (ロ) 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (ハ) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
- (ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。
- (ホ) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げるのうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。
 - ① 「I005」に掲げる抜髄及び「I006」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上であること。
 - ② 「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。
 - ③ 「M018」に掲げる有床義歯を新製した回数、「M029」に掲げる有床義歯修理及び「M030」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。
- コ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

- ア 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。
- イ (1)のイからオまで及びケのいずれにも該当すること。
- ウ 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が3回以上であること。
- エ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

- (3) 令和7年5月31日までの間、1の(1)のア及びクの(イ)並びに(2)のアの規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和6年5月31日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和6年6月1日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

2 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

第14の1の2 在宅療養支援歯科病院

1 在宅療養支援歯科病院の施設基準

(1) 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計18回以上算定していること。

イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

エ 歯科訪問診療を行う地域の歯科診療所と連携し、必要に応じて歯科訪問診療、外来診療又は入院診療により専門性の高い歯科医療を提供する体制を有していること。

オ 当該病院において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。

カ 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。

キ 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。

(ハ) 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1、在宅歯科医療連携加算2、小児在宅歯科医療連携加算1、小児在宅歯科医療連携加算2、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

ク 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

(2) 令和7年5月31日までの間、1の(1)のア及びキの(イ)の規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和6年5月31日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和6年6月1日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

2 在宅療養支援歯科病院の施設基準

在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

1 在宅療養支援病院の施設基準

その際、「B009」診療情報提供料（I）は算定できない。また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、（3）の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

（6）（5）に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

（7）年に1回、在宅療養患者の受入状況等を別添2の様式20の5を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の4及び様式20の5を用いること。

第16の4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

1 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

（1）当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。

ア 常勤の医師

イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ 管理栄養士

当該保険医療機関の医師と管理栄養士又は当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合及び他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を（2）に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

（2）在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。

ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者

イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあつては、「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「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（平成20年厚生労働省告示第67号）」の「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

（3）（2）のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要す

る講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

- ア 管理の基本
- イ 褥瘡の概要
- ウ 褥瘡の予防方法
- エ 褥瘡の治療
- オ 発生後の褥瘡ケア
- カ 在宅褥瘡医療の推進

また、(2)の在宅褥瘡管理者について、「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「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「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

2 届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の7を用いること。
なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。また、毎年8月において、前年における実績を別添2の様式20の8により届け出ること。

第16の4の2 在宅自己注射指導管理料

- 1 在宅自己注射指導管理料の注5に関する施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項

在宅自己注射指導管理料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅自己注射指導管理料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の5 在宅血液透析指導管理料

- 1 在宅血液透析指導管理料の施設基準
 - (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならないこと。
 - (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
 - (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。
- 2 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式20の2を用いること。

長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の 9 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

1 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 膠芽腫の治療を過去 5 年間に 5 例以上実施していること。
- (3) 膠芽腫の治療の経験を過去 5 年間に 5 例以上有し、脳神経外科の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が 1 名以上配置されていること。
- (5) 関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 20 の 10 を用いること。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が配置されていることを証する文書の写しを添付すること。

第 16 の 10 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

1 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準

- (1) 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について 5 年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について 3 年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

2 届出に関する事項

当該指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 20 の 11 を用いること。

第 16 の 11 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

- (1) 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合
 - ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
- (2) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合
 - ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
 - ウ 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を 2 年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が 1 名以上配置されていること。
 - エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

- (イ) 医療関係団体が主催する研修であること。
 - (ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。
- 2 届出に関する事項
- 持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

第16の12 横隔神経電気刺激装置加算

- 1 横隔神経電気刺激装置加算に関する施設基準
- 「H003」呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に準ずる。
- 2 届出に関する事項
- 「H003」呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行ってればよく、横隔神経電気刺激装置加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

- 1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準
- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
 - ア 歯科点数表「A000」に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。
 - ① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
 - ② 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
 - ③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
 - (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。
 - (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。
- 2 届出に関する事項
- 地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第17の1の2 歯科訪問診療料の注15に規定する基準

- 1 歯科訪問診療料の注15に規定する基準に関する施設基準

- (5) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。

2 届出に関する事項

肝エラストグラフィ加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

2 届出に関する事項

- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては90%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては85%以上90%未満、外来後発医薬品使用体制加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
- ① 経腸成分栄養剤
エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液
 - ② 特殊ミルク製剤
フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」
 - ③ 生薬（薬効分類番号510）
 - ④ 漢方製剤（薬効分類番号520）
 - ⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）
- (5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療

機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

- (6) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (7) (6) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (5) 及び(7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。

第36の4 一般名処方加算

1 一般名処方加算に関する施設基準

- (1) 医薬品の供給状況や、令和6年10月より長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (2) (1) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 一般名処方加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (2) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)に該当するものとみなす。

第37 外来化学療法加算

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射(輸血を含む。)以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) (3)については、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており、改正前から外来化学療法加算の届出を行っていた診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の平面図を添付すること。

第37の2 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料に関する施設基準

- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射又は脳脊髄腔注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成16年厚生労働省告示第185号）に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
 - ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染

し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはH I V感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者
イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

3 届出に関する事項

- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。
- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーショ

こと。

- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54の1の2 精神科訪問看護・指導料

1 訪問看護医療DX情報活用加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、看護師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- (4) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得・活用して訪問看護を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には、次に掲げる事項を掲示していること。
 - ア 看護師等が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施している保険医療機関であること。
 - イ マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
- (5) (4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

- (1) 訪問看護医療DX情報活用加算の施設基準に係る届出は別添2の様式20の3の4を用いること。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、1の(4)のイの事項について、掲示を行っているものとみなす。
- (3) 1の(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

第54の2 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 副作用に対応できる体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式46の3を用いること。

第55 重度認知症患者デイ・ケア料

1 重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

(1) 重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、重度認知症患者デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、重度認知症患者デイ・ケア料と精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日25人を限度とする。

イ アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか1人）の8人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。

ウ 夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。

エ 夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。

(2) 重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを基準とすること。

(3) 平成26年3月31日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) 重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

2 届出に関する事項

(1) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添2の様式47を用いること。

(2) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

計画の取組状況を評価するため、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6年3月5日保医発0305第5号）の別添7の様式13の4により届け出ること。

- (2) 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を、別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略することができること。
- (4) 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。

第56の2の2 医科点数表第2章第9部処置の通則の8に掲げる耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

1 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

2 届出に関する事項

当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第56の2の3 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

1 静脈圧迫処置の施設基準

- (1) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師1名以上が勤務していること。
- (2) 静脈疾患に係る3年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置していること。
- (3) 静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えている又は当該検査機器を備えている他の医療機関と連携していること。

2 届出に関する事項

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出は、別添2の様式48の5を用いること。

第56の2の4 多血小板血漿処置

1 多血小板血漿処置の施設基準

- (1) 形成外科、血管外科又は皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師が2名以上配置されていること。また、このうち1名以上は当該診療科について5年以上の経験を有していること。
- (3) 常勤の薬剤師又は臨床工学技士が1名以上配置されていること。また、臨床検査技師が配置されていることが望ましい。

- (4) 当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。
- (5) 関係学会等から示されている指針に基づき、当該処置を適切に実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 多血小板血漿処置に係る届出は、別添2の様式48の7を用いること。
- (2) 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第56の3 硬膜外自家血注入

1 硬膜外自家血注入の施設基準

- (1) 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また、当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。
- (3) 病床を有していること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 緊急手術体制が整備されていること。
- (6) 当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、(2)について脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあつては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

2 届出に関する事項

硬膜外自家血注入に係る届出は、別添2の様式48の6及び様式52を用いること。

第57 エタノールの局所注入

1 甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 甲状腺治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラードプラエコー（解像度 7.5MHz以上）を備えていること。

2 副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 副甲状腺治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラードプラエコー（解像度 7.5MHz以上）を備えていること。

3 届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添2の様式49又は様式49の2を用いること。

第57の2 人工腎臓

1 人工腎臓の施設基準

(1) 慢性維持透析を行った場合1の施設基準

- ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。
 - ① 透析用監視装置の台数が26台未満であること。

第 80 の 11 レーザー機器加算の施設基準

1 レーザー機器加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する医師又は歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

レーザー機器加算に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第 81 麻酔管理料(Ⅰ)

1 麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 麻酔科標榜医が1名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2 周術期薬剤管理加算の施設基準

- (1) 周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的なプロトコルの見直しを行うこと。
- (2) 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、「A244」病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、周術期薬剤管理における問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (3) 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書(マニュアル)を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携を行っていること。なお、周術期薬剤管理の実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

3 届出に関する事項

- (1) 麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。
- (2) 周術期薬剤管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式75の3を用いること。

第 81 の 2 麻酔管理料(Ⅱ)

1 麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている麻酔科標榜医である非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち4名までに限る。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。
- (4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。

~~顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。~~

第88 調剤基本料1

1 調剤基本料1に関する施設基準

調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料Aのいずれにも該当しない保険薬局であつて、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること。なお、調剤基本料の「注1」のただし書の施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、第88の2から4までの基準にかかわらず調剤基本料1となる。

2 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第88の2 調剤基本料2

1 調剤基本料2に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であつて、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料3のイ及びロ並びに特別調剤基本料Aに該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率等に基づく基準

(イ) 1月における処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が70%を超え、処方箋の受付回数が1月に4,000回を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合（以下「処方箋集中率」という。）が85%を超え、処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えるもの

(ハ) 処方箋集中率が95%を超え、処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えるもの

イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準（アに該当するものを除く。）

(イ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一の建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあつては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとす。）が1月に4,000回を超えること。

(ロ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合、処方箋の受付回数は当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、1月に4,000回を超えること。

2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。）。

ア 薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在

宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。)の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。

- (2) 処方箋の受付回数及び処方箋集中率等の算出に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。
- (3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。)を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの(イ)の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。
- (4) (3)の計算に当たり、同一グループの保険薬局の勤務者(常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。)及びその家族(同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。)の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。
- (5) 「当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在している場合」とは、保険薬局と複数の保険医療機関が一つの建築物に所在している場合のことをいう。外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす。
- (6) 同一グループは次の基準により判断する(第88の3、第88の4、第92、第92の2及び第95において同じ。)
 - ア 同一グループの保険薬局とは、次のいずれかに該当する保険薬局とする。
 - ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
 - ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
 - ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
 - ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者
 - イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人(以下「法人等」という。)をいう(カにおいて同じ。)
 - ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

- ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
 - ② 他の法人（持分会社（会社法（平成 17 年法律第 86 号）第 575 条第 1 項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等
 - ③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等
- エ ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）。
- ① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
 - ② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
 - ③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人
- オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和 38 年大蔵省令第 59 号）第 8 条第 6 項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。
- カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和 51 年大蔵省令第 28 号）第 2 条第 1 号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第 4 号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第 7 号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

(7) (6)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第 8 条第 4 項第 2 号及び第 3 号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 84 を用いること。

第 88 の 3 調剤基本料 3

1 調剤基本料 3 に関する施設基準

(1) 調剤基本料 3 イ

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（特別調剤基本料 A に該当するものを除く。）。

ア 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が95%を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの

イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が85%を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの

(2) 調剤基本料3 ロ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって以下のいずれかに該当する調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（特別調剤基本料Aに該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率が85%を超えるもの

イ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの

(3) 調剤基本料3 ハ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって、処方箋集中率が85%以下の調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料2、調剤基本料3のロ又は特別調剤基本料Aに該当するものを除く。）。

2 調剤基本料3の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の2と同様である。

(2) 同一グループ内の処方箋受付回数が1月に3万5千回、4万回又は40万回を超えるか否かの取扱いは、当年4月末日時点で(6)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの1月当たりの処方箋受付回数を合計した値が3万5千回、4万回又は40万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。

ア 前年4月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年5月1日から当年4月末日までに受け付けた処方箋受付回数を12で除した値とする。

イ 前年5月1日から当年3月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年4月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。

ウ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）

又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、処方箋受付回数について、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績を含めて算出した値とする。

(3) 同一グループ内の保険薬局数が300以上か否かの取扱いは、当年4月末日時点で「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に規定する同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局

を含む。)が300以上であるか否かで判定する。

(4) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」における「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。

(5) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」における「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次のアからウまでの場合を含む。

ア 保険医療機関が所有又は賃借(賃料が発生しない場合を含む。以下同じ。)する不動産を第三者(「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に規定する事業者の最終親会社等を含む。以下同じ。)が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合(第三者による転借が複数回行われている場合を含む。)

イ 保険薬局が所有又は賃借する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合(第三者による転借が複数回行われている場合を含む。)

ウ 保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合

(6) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地又は建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者(当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第88の2 調剤基本料2」の2の(6)に定める者を含む。)から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第88の4 特別調剤基本料A

1 特別調剤基本料Aに関する施設基準

保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、処方箋集中率が50%を超えるとして調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。

2 特別調剤基本料Aの施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の2と同様である。

(2) 「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」とは、次のアからエまでのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」には該当しない。

- ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合
- イ 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合
- ウ 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している保険薬局である場合
- エ 当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した保険薬局である場合

- (3) (2)における「不動産」及び「賃貸借取引関係」の取扱いについては、「第 88 の 3 調剤基本料 3」の 2 の(4)及び(5)と同様である。
- (4) (2)のアについては、保険薬局（保険薬局の事業者の最終親会社等、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)に定める者を含む。）の不動産を保険医療機関が賃借している場合であって、当該保険医療機関と近接する位置に同一グループの他の保険薬局があるときは、当該他の保険薬局は「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。
- (5) (2)のアについては、次のアからエまでのいずれかに該当する場合に「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。

ア 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局（「第 88 の 3 調剤基本料 3」の 2 の(5)のアからウまでに該当する場合を含む。以下、(5)において同じ。）であって、平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

イ 平成 28 年 9 月 30 日以前に開局した保険薬局であって、平成 28 年 10 月 1 日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成 28 年 10 月 1 日以降に、病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

ウ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

エ 平成 30 年 3 月 31 日以前に開局した保険薬局であって、平成 30 年 4 月 1 日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成 30 年 4 月 1 日以降に、診療所である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

オ ウ及びエについては、平成 30 年 3 月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。

- (6) (2)のイについては、次のアからエまでのいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係がある場合」と判断する。この場合において、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。

ア 病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を

利用して開局している場合を除く。

イ 平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日以降に、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

ウ 診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合を除く。

エ 平成30年3月31日以前に開局した保険薬局であって、平成30年4月1日以降に、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

オ ウ及びエについては、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。

(7) (2)のウについては、特定の保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の3割以上である場合に「当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している」と判断する。この場合において、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めないものとする。

(8) (2)のエについては、次のア又はイのいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した」と判断する。なお、公募の際に、開局時期が明示されていない場合であっても、開局時期の指定を受けたものとみなす。

ア 病院又はその開設者からの公募（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む。）に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成28年10月1日以降に開局した場合

イ 診療所からの公募に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成30年4月1日以降に開局した場合（ただし、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成30年4月1日以降に開局したものと判断しない。）

(9) (2)のエについては、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合についても適用する。

(10) 「当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合」の取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の2の(5)と同様である。

(11) 令和4年4月以降に、保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、(2)のア又はイのいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」になった当該月の翌月から6か月間に限り、特別調剤基本料Aを適用しない（当該保険薬局が移転した場合を除く。）。

(12) 保険薬局が遡及指定を受ける場合において、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、特別調剤基本料Aへの該当性を判断すること。

- (13) 令和6年4月末時点で、次のアからカまでのいずれかに該当する保険薬局においては、(2)のアからエまでの該当性について改めて確認し、特別調剤基本料Aへの該当性を判断した上で、地方厚生(支)局長に対して、届出を行うこと。
- ア 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成28年10月以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。
- イ 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局(「第88の3 調剤基本料3」の2の(5)のアからウまでに該当する場合を含む。以下、(13)において同じ。)のうち、平成28年9月以前に開局したものであって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成28年10月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。
- ウ 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成28年9月以前に開局し、平成28年10月以降に遡及指定を受けたものであって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成28年10月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。
- エ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。
- オ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年3月以前に開局したものであって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成30年4月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。
- カ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年3月以前に開局し、平成30年4月以降に遡及指定を受けたものであって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成30年4月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準(処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料1を算定することができる保険薬局)

1 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

- (1) 対象となるのは、基本診療料施設基準通知の別添3の別紙2の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局であること。また、地方厚生(支)局長に対して、調剤基本料の施設基準に係る届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令(昭和28年政令第340号)第5条第2項に基づき、就学すべき中学校の指定をする際の判断基準として、市町村(特別区を含む。)の教育委員会があらかじめ設定した区域(以下「中学校区」という。)とする。

ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋集中率が70%を超える場合には、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとみなす。

- (3) 「特定の区域内における保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科歯科併設の保険医療機関は含める。
- (4) 処方箋の受付回数が1月に2,500回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

2 届出に関する事項

- (1) 施設基準に係る届出は、別添2の様式87の2を用いること。
- (2) 当該保険薬局が所在する中学校区について、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。
- (3) 令和6年3月31日において、現に改正前の基本診療料施設基準通知の別添3の別紙2の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注1ただし書に規定に係る届出を行っている場合は、令和8年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

第90 調剤基本料の注2に規定する保険薬局

対象となるのは、地方厚生(支)局長に対して、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局であること。

第91 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

- 1 次のいずれかに該当する保険薬局は「注4」の規定により、調剤基本料を100分の50に減算する。
 - (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
 - (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況について、地方厚生(支)局長等に報告していない保険薬局であること。
 - (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局であること。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。
- 2 妥結率等に関する留意点
 - (1) 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差、薬価差の偏在の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するため、厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」(以下「流通改善ガイドライン」という。)に基づき、原則として全ての品目について単品単価交渉とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から定めているものであり、「妥結率」、「医療用医薬品の取引に係る状況」及び「流通改善に関する取組状況」については以下のとおりとする。なお、医薬品取引に係る契約書の写し等の資料については求めに

応じて説明できるよう、適切に保管していること。

ア 「妥結率」の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額

イ 「医療用医薬品の取引に係る状況」とは、前年度における価格交渉及び妥結価格についての状況をいう。

ウ 「流通改善に関する取組状況」とは、流通改善ガイドラインにおいて、卸売販売業者と保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項とされている、単品単価契約の推進、個々の医薬品の価値に基づいた価格交渉の推進、価格交渉の頻度の改善等の取組について、当該保険薬局における状況を報告するものであること。

(2) 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況に係る状況について、別添2の様式85により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく調剤基本料は、翌年6月1日から翌々年5月末日まで適用する。

3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

(1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。

- ・ 薬剤調製料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
- ・ 服薬管理指導料の麻薬管理指導加算
- ・ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算
- ・ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ・ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
- ・ 外来服薬支援料1
- ・ 服用薬剤調整支援料
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務
- ・ 退院時共同指導料
- ・ 服薬情報等提供料

(2) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」は、1年間の(1)に掲げる業務の算定が合計10回未満のものが該当する。ただし、特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回未満のものが該当する。

(3) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年5月1日から当年4月末日までの1年間の実績をもって判断する。該当する

場合は当年6月1日より翌年3月末日までの間は、調剤基本料の注4で定める点数で算定する。ただし、前年5月1日から当年4月末日までに指定された保険薬局の場合は、3の(1)に掲げる業務の算定回数が、(2)に掲げる年間の実績基準(10回又は100回)を12で除して得た数に当年4月末日までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。

- (4) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当した場合であっても、当年6月1日から翌年5月末日までの期間中に、(1)に掲げる業務を合計10回(特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回)算定した場合には、算定回数を満たした翌月より「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しない。
- (5) 処方箋の受付回数が1月に600回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて行う。

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

- (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 地域支援体制加算1

(イ) 調剤基本料1を算定している保険薬局であること。

(ロ) 地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む3項目以上を満たすこと。

- ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。
- ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が1回以上であること。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。
- ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が20回以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が1回以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。)について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること(在宅協力薬局として連携した場合(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。)や同等の業務を行った場合を含む。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が30回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席していること。
- (ハ) (ロ)の⑩は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。
- (ニ) (ロ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。
- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
 - ・ 調剤後薬剤管理指導料
 - ・ 服用薬剤調整支援料2
 - ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）
- (ホ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ロ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ロ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ロ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ロ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(ロ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。
- (ヘ) (ハ)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、「第88の2調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ロ)の⑩以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。
- イ 地域支援体制加算2
- (イ) 調剤基本料1を算定している保険薬局であること。
- (ロ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ロ)の①から⑩までの10の要件のうち、8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。
- ウ 地域支援体制加算3
- (イ) 調剤基本料1又は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局以外の保険薬局であ

ること。

(ロ) 地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。

- ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。
- ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。）及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。

エ 地域支援体制加算4

(イ) 調剤基本料1又は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局以外の保険薬局であること。

(ロ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、ウの(ロ)の①から⑩までの10の要件のうち8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。

(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。

ア 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

イ 当該保険薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。

ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

エ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

オ 処方箋集中率が 85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近 3 月間の実績として 70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が 85%を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。

カ 次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

(イ) 一般名

(ロ) 剤形

(ハ) 規格

(ニ) 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

(ホ) 緊急安全性情報、安全性速報

(ヘ) 医薬品・医療機器等安全性情報

(ト) 医薬品・医療機器等の回収情報

(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応

ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は 1 日 8 時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週 45 時間以上開局していること。

イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。

ウ 当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の(イ)から(ハ)までの体制が整備されていること。

(イ) 夜間、休日を含む時間帯の対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。

- (ロ) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。
- (ハ) これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
- エ 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。
- ア 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患者の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- イ 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。
- ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。
- エ 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。

- (5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。
- ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
 - イ 「薬局機能情報提供制度の考え方及び報告に当たっての留意点について」（令和5年11月1日付け医薬総発第1101第2号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。
 - ウ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
- (6) 地方厚生（支）局長に対してかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
- (7) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (8) 当該保険薬局の管理薬剤師は、以下の要件を全て満たしていること。
- ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の保険薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。
- (9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。
- ア 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（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施行規則（昭和36年厚生省令第

1号。以下「医薬品医療機器等法施行規則」という。)第1条第2項第5号で規定する薬局)の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。

イ 健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

ウ 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。なお、オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤等の対応も適切に行えるようにするため、「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえた緊急避妊に係る診療の提供体制整備に関する薬剤師の研修について(依頼)」(令和2年1月17日医薬・生活局総務課長通知)に基づく緊急避妊薬を調剤する薬剤師に対する研修を受講していることが望ましい。

エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。

② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

オ 当該保険薬局及び当該保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業(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第25条第1号に基づく許可を有する店舗)において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。

(12) 施設基準に適合すると届出をした後は、(1)のア又はウの(ロ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年5月1日から当年4月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年5月1日から当年4月末日までの処方箋受付回数とする。

2 地域支援体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋集中率の計算に当たり、同一グループの保険薬局の勤務者(常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。)及びその家族(同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。)の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。

(2) 1の(1)、1の(4)の実績の計算に当たり、同一グループの保険薬局の勤務者(常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。)及びその家族(同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。)に係る実績を除いて計算する。また、処方箋の受付回数については(1)と同様に取り扱うこととする。

3 届出に関する事項

(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3及び様式87の3の2を用いること。ただし、当年6月1日から翌年5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の5月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

- (2) 令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(1)のアの(ロ)の①から⑩、(2)のイ及びオ、(3)のエ並びに(11)のア、ウ及びオに規定する要件を満たしているものとする。また、令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(2)のイ及びオ、(3)のエ並びに(11)のア、ウ及びオに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(2)のイ及びオ、(3)のエ、(4)のウ、(6)並びに1の(1)のア、ウ及びオに規定する要件を満たしているものとする。
- (3) 令和6年8月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局であって、令和6年9月1日以降も算定する場合においては、前年8月1日から当年7月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年9月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年8月1日から当年7月末日までの処方箋受付回数とする。

第92の2 連携強化加算

1 連携強化加算に関する施設基準

- (1) 都道府県知事より第二種協定指定医療機関の指定を受けており、次に掲げる体制が整備されていること。
- ア 当該保険薬局において、感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得することを目的として、年1回以上、当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修を実施する、又は、外部の機関が実施する研修に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。
- イ 新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）に係る医療の提供に当たっての訓練を、年1回以上、当該保険薬局において実施する、又は、外部の機関が実施する訓練に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。
- ウ 新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われたときから新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間において、都道府県知事からの要請を受けて、自宅療養者等に対して、調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付（配送による対応を含む。）等の対応を行う体制が整っていること。
- エ 新型インフルエンザ等感染症等に係る医療の提供を迅速かつ的確に行う観点から、個人防護具を備蓄していること。
- オ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供していること。
- (2) 災害の発生時等において他の保険薬局等（同一薬局グループ以外の薬局を含む。）との

連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 災害の発生時等に、医薬品の提供施設として薬局機能を維持し、自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備されていること。

イ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行うことについて、災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会、研修若しくは訓練等に参加するよう計画を作成し、実施すること。また、協議会、研修又は訓練等には、年1回程度参加することが望ましい。

ウ 災害の発生時等において、地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。

(3) 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループのほか、地域の行政機関、薬剤師会等のウェブサイトで広く周知していること。

(4) 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有していること。

(5) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うために以下の体制が整備されていること。

ア 「オンライン服薬指導の実施要領について」（令和4年9月30日付け薬生発0930第1号）の別添（以下「オンライン服薬指導の実施要領」という。）の第4の（4）に基づき、必要な通信環境を確保すること。

イ オンライン服薬指導の実施要領の第4の（5）に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修を実施すること。

ウ 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」（令和5年10月13日付け医政参発1013第2号・医薬総発1013第1号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・薬局総務課長通知）の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと。

(6) 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。ただし、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればよいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、新型インフルエンザ等感染症等の発生時に必要となる様々な種類の医薬品及び検査キット（体外診断用医薬品）を取り扱うべきであること。なお、取り扱う要指導医薬品等の選択に当たっては、健康サポート薬局の届出要件とされている48薬効群を参考にすること。

2 連携強化加算の施設基準に関する留意点

1の（3）について、単に厚生局の届出のウェブサイトに掲載される一覧にリンクを張ったのみでは、行政機関又は薬剤師会等が情報提供していることには該当しない。

3 届出に関する事項

(1) 保険薬局の連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3の4を用いること。

(2) 令和6年3月31日において現に連携強化加算の届出を行っている保険医療機関について

は、令和6年12月31日までの間に限り、1の(1)に該当するものとみなす。

第93 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が80%以上であること。
- (2) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が50%以上であること。
- (3) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見やすい場所に掲示していること。

2 後発医薬品調剤体制加算2に関する施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が85%以上であること。
- (2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 後発医薬品調剤体制加算3に関する施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が90%以上であること。
- (2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

4 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

- (1) 後発医薬品の規格単位数の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬(薬効分類番号 510)

エ 漢方製剤(薬効分類番号 520)

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号 590)

- (2) 当該加算への該当性については、直近3月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合をもって翌月に判断し、同月内に必要な届出を行った上で、翌々月から当該加算の区分に基づく所定点数を算定する。

5 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87を用いること。

第94 調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

- 1 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を5点減算する。ただし、処方箋受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除くものとする。
 - (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。
 - (2) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近1年間に地方厚生(支)局長への報告を行っていないこと。
- 2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近1月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- 3 1の(1)の後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、直近3月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。
- 4 1の(2)の直近1年間に地方厚生(支)局長に報告を行っていない保険薬局に該当した場合は、当該報告を行った場合には、報告を行った月の翌月より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。

第95 在宅薬学総合体制加算

- 1 在宅薬学総合体制加算1に関する施設基準
 - (1) 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
 - (2) 直近1年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数(ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。)の合計が計24回以上であること(在宅協力薬局として連携した場合(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。)及び同等の業務を行った場合を含む。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
 - (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

- (4) 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制（医療用麻薬の対応等の在宅業務に係る内容を含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。併せて、保険薬局が実施可能な在宅業務に係る内容についても周知を行うことが望ましい。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (7) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

2 在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準

- (1) 1の基準を満たすこと。
- (2) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。
 - ア 以下の①及び②の要件を全て満たすこと。
 - ① 医療用麻薬について、注射剤1品目以上を含む6品目以上を備蓄し、必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。
 - ② 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。
 - イ 直近1年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注5若しくは注6に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注4若しくは注5に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注4若しくは注5に規定する加算の算定回数の合計が6回以上であること。
- (3) 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
- (4) 直近1年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が24回以上であること。
- (5) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

3 在宅薬学総合体制加算の施設基準に関する留意点

- (1) 施設基準に適合するとの届出をした後は、1の(2)、2の(2)イ及び(4)につい

ては、前年5月1日から当年4月末日までの実績により判定し、当年の6月1日から翌年の5月末日まで所定点数を算定できるものとする。

- (2) 2の(4)のかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数を計算するに当たり、同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）に係る算定回数を除いて計算する。

4 届出に関する事項

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3の5を用いること。

第95の2 医療DX推進体制整備加算

1 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制を有していること。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）により調剤する体制を有していること。
- (5) 電磁的記録により薬剤服用歴等を管理する体制を有していること。ただし、紙媒体で受け付けた処方箋、情報提供文書等を紙媒体のまま保管することは差し支えない。なお、保険薬局における医療DXによる情報活用等の観点から、オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該保険薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。
- (6) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証としての利用率が一定割合以上であること。
- (8) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - (イ) オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用している保険薬局であること。
 - (ロ) マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。
 - (ハ) 電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施している保険薬局であること。
- (9) (8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。
- (10) 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサ

「サイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」
(令和5年10月13日付け医政参発1013第2号・医薬総発1013第1号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3の6を用いること。
- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(6)については令和7年9月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- (3) 1の(8)については、令和6年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示す予定である。

第96 無菌製剤処理加算

1 無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師(うち1名以上が常勤の保険薬剤師)がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。ただし、医薬品、医療機器等法施行規則第11条の8第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室(薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。)を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式88を用いること。

第97 調剤管理料の注3に規定する保険薬局(手帳の活用実績が少ない保険薬局)

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年5月1日から当年4月30日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 3 1及び2により、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近3月間における1の割合が50%を上回った場合には、2にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

第 97 の 2 調剤管理加算

1 調剤管理加算に関する施設基準

- (1) 「重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局」とは、過去一年間に服用薬剤調整支援料を 1 回以上算定した実績を有している保険薬局であること。
- (2) 服用薬剤調剤支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1 回以上算定した実績」をもって重複投薬等の解消に係る取組の実績として適用する。

2 届出に関する事項

調剤管理加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。

第 97 の 3 医療情報取得加算

1 医療情報取得加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。
- (4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。

2 届出に関する事項

- (1) 医療情報取得加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (2) 1 の(4)については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、基準を満たしているものとみなす。

第 98 特定薬剤管理指導加算 2

1 特定薬剤管理指導加算 2 に関する施設基準

- (1) 施設基準の届出時点において、保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する薬剤師が勤務していること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を 1 年以上有する場合、1 年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
- (2) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加していること。

2 届出に関する事項

特定薬剤管理指導加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 92 を用いること。

第 99 服薬管理指導料の注 13 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年 5 月 1 日から当年 4 月 30 日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年 6 月 1 日から翌年 5 月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 3 1 及び 2 により、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近 3 月間における 1 の割合が 50% を上回った場合には、2 にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

第 99 の 2 服薬管理指導料の注 14 に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

- 1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
 - （1） 保険薬剤師として 3 年以上の保険薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を 1 年以上有する場合、1 年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
 - （2） 当該保険薬局に継続して 1 年以上在籍していること。
 - （3） 当該保険薬局に週 32 時間以上（32 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週 4 日以上である場合を含む。）勤務していること。
 - （4） 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
 - （5） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

第 100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

- 1 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。
 - （1） 以下に掲げる勤務経験等を有していること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として 3 年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を 1 年以上有する場合、1 年を上限とし

て保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

イ 当該保険薬局に週 32 時間以上（32 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては週 24 時間以上かつ週 4 日以上である場合を含む。）勤務している。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して 1 年以上在籍している。

(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

(4) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

2 届出に関する事項

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 90 を用いること。

第 101 服用薬剤調整支援料 2

1 服用薬剤調整支援料 2 のイに関する施設基準

(1) 重複投薬等の解消に係る実績として、内服を開始して 4 週間以上経過した内服薬 6 種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行った結果、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が 2 種類以上（うち少なくとも 1 種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が 4 週間以上継続したことが過去一年間に 1 回以上あること。

(2) 前年 5 月 1 日から当年 4 月 30 日までの重複投薬等の解消に係る実績をもって該当性を判断し、当年 6 月 1 日から翌年 5 月 31 日まで適用する。ただし、前年 5 月 1 日から当年 3 月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日に属する月の翌月から、当年 5 月末までの実績をもって該当性を判断する。

(3) (1) について、服用薬剤調整支援料 1 を算定していない場合においても、重複投薬等の解消に係る提案及び実績について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、提案の記録については、提案に係る文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存することで差し支えない。

2 届出に関する事項

服用薬剤調整支援料 2 のイに係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。

第 102 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

1 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

(1) 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

(2) 医薬品医療機器等法第 39 条第 1 項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

2 届出に関する事項

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

第103 在宅中心静脈栄養法加算

1 在宅中心静脈栄養法加算に関する施設基準

(1) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の3第1項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

在宅中心静脈栄養法加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

第104 看護職員処遇改善評価料

1 看護職員処遇改善評価料の施設基準

(1) 以下のいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 「A205」救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(ロ) 救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプター(救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。)による搬送件数(以下「救急搬送実績」という。)が、年間で200件以上であること。

イ 「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は第5「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(2) 救急搬送実績については、以下の取扱いとする。

ア 救急搬送実績は、賃金の改善を実施する期間を含む年度(以下「賃金改善実施年度」という。)の前々年度1年間における実績とすること。

イ アにかかわらず、新規届出を行う保険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年間における実績とすること。

ウ 現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、賃金改善実施年度の前々年度1年間の救急搬送実績が(1)のアの(ロ)の基準を満たさない場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間における救急搬送実績が100件以上である場合は、同(ロ)の基準を満たすものとみなすこと。ただし、本文の規定を適用した年度の翌年度においては、本文の規定は、適用しないこと。

(3) 当該評価料を算定する場合は、当該保険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(非常勤職員を含む。)をいう。以下同じ。)に対して、当該評価料の算

対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、別表3のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表3の対象となる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割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

(9) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10) 当該保険医療機関は、(3)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

2 届出に関する事項

(1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び1の(7)及び(8)に基づき、新規届出時及び毎年3、6、9、12月において算出した該当する区分に係る届出は、別添2の様式93を用いること。

(2) 1の(7)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、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、別添2の様式93の2により新規届出時及び毎年4月に作成し、新規届出時及び毎年6月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。

(3) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式93の3により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

(4) 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、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ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」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。

(5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

第105 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準

(1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

(2) 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下、この項において「対象職員」という。)が勤務していること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業

別表4(ベースアップ評価料における対象職員)

- ア 薬剤師
- イ 保健師
- ウ 助産師
- エ 看護師
- オ 准看護師
- カ 看護補助者
- キ 理学療法士
- ク 作業療法士
- ケ 視能訓練士
- コ 言語聴覚士
- サ 義肢装具士
- シ 歯科衛生士
- ス 歯科技工士
- セ 歯科業務補助者
- ソ 診療放射線技師
- タ 診療エックス線技師
- チ 臨床検査技師
- ツ 衛生検査技師
- テ 臨床工学技士
- ト 管理栄養士
- ナ 栄養士
- ニ 精神保健福祉士
- ヌ 社会福祉士
- ネ 介護福祉士
- ノ 保育士
- ハ 救急救命士
- ヒ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- フ 柔道整復師
- ヘ 公認心理師
- ホ 診療情報管理士
- マ 医師事務作業補助者
- ミ その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)

別表 5

【B】	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	16 点	2 点
2.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3	24 点	3 点
3.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4	32 点	4 点
4.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5	40 点	5 点
5.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6	48 点	6 点
6.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7	56 点	7 点
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	64 点	8 点

別表 6

【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料 3	3 点
3.5 以上 4.5 未満	入院ベースアップ評価料 4	4 点
4.5 以上 5.5 未満	入院ベースアップ評価料 5	5 点
5.5 以上 6.5 未満	入院ベースアップ評価料 6	6 点
6.5 以上 7.5 未満	入院ベースアップ評価料 7	7 点
7.5 以上 8.5 未満	入院ベースアップ評価料 8	8 点
8.5 以上 9.5 未満	入院ベースアップ評価料 9	9 点
9.5 以上 10.5 未満	入院ベースアップ評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	入院ベースアップ評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	入院ベースアップ評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	入院ベースアップ評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	入院ベースアップ評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	入院ベースアップ評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	入院ベースアップ評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	入院ベースアップ評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	入院ベースアップ評価料 18	18 点

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

57.5 以上 58.5 未満	入院ベースアップ評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未満	入院ベースアップ評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未満	入院ベースアップ評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未満	入院ベースアップ評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未満	入院ベースアップ評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未満	入院ベースアップ評価料 63	63 点
63.5 以上 64.5 未満	入院ベースアップ評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未満	入院ベースアップ評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未満	入院ベースアップ評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未満	入院ベースアップ評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未満	入院ベースアップ評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未満	入院ベースアップ評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未満	入院ベースアップ評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未満	入院ベースアップ評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未満	入院ベースアップ評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未満	入院ベースアップ評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未満	入院ベースアップ評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未満	入院ベースアップ評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未満	入院ベースアップ評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未満	入院ベースアップ評価料 77	77 点
77.5 以上 78.5 未満	入院ベースアップ評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未満	入院ベースアップ評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未満	入院ベースアップ評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未満	入院ベースアップ評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未満	入院ベースアップ評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未満	入院ベースアップ評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未満	入院ベースアップ評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未満	入院ベースアップ評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未満	入院ベースアップ評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未満	入院ベースアップ評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未満	入院ベースアップ評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未満	入院ベースアップ評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未満	入院ベースアップ評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未満	入院ベースアップ評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未満	入院ベースアップ評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未満	入院ベースアップ評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未満	入院ベースアップ評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未満	入院ベースアップ評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未満	入院ベースアップ評価料 96	96 点

96.5 以上 97.5 未満	入院ベースアップ評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未満	入院ベースアップ評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未満	入院ベースアップ評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未満	入院ベースアップ評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未満	入院ベースアップ評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未満	入院ベースアップ評価料 102	102 点
102.5 以上 103.5 未満	入院ベースアップ評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未満	入院ベースアップ評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未満	入院ベースアップ評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未満	入院ベースアップ評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未満	入院ベースアップ評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未満	入院ベースアップ評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未満	入院ベースアップ評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未満	入院ベースアップ評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未満	入院ベースアップ評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未満	入院ベースアップ評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未満	入院ベースアップ評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未満	入院ベースアップ評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未満	入院ベースアップ評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未満	入院ベースアップ評価料 116	116 点
116.5 以上 117.5 未満	入院ベースアップ評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未満	入院ベースアップ評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未満	入院ベースアップ評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未満	入院ベースアップ評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未満	入院ベースアップ評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未満	入院ベースアップ評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未満	入院ベースアップ評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未満	入院ベースアップ評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未満	入院ベースアップ評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未満	入院ベースアップ評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未満	入院ベースアップ評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未満	入院ベースアップ評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未満	入院ベースアップ評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未満	入院ベースアップ評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未満	入院ベースアップ評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未満	入院ベースアップ評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未満	入院ベースアップ評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未満	入院ベースアップ評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未満	入院ベースアップ評価料 135	135 点

135.5 以上 136.5 未満	入院ベースアップ評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未満	入院ベースアップ評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未満	入院ベースアップ評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未満	入院ベースアップ評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未満	入院ベースアップ評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未満	入院ベースアップ評価料 141	141 点
141.5 以上 142.5 未満	入院ベースアップ評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未満	入院ベースアップ評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未満	入院ベースアップ評価料 144	144 点
144.5 以上 145.5 未満	入院ベースアップ評価料 145	145 点
145.5 以上 146.5 未満	入院ベースアップ評価料 146	146 点
146.5 以上 147.5 未満	入院ベースアップ評価料 147	147 点
147.5 以上 148.5 未満	入院ベースアップ評価料 148	148 点
148.5 以上 149.5 未満	入院ベースアップ評価料 149	149 点
149.5 以上 150.5 未満	入院ベースアップ評価料 150	150 点
150.5 以上 151.5 未満	入院ベースアップ評価料 151	151 点
151.5 以上 152.5 未満	入院ベースアップ評価料 152	152 点
152.5 以上 153.5 未満	入院ベースアップ評価料 153	153 点
153.5 以上 154.5 未満	入院ベースアップ評価料 154	154 点
154.5 以上 155.5 未満	入院ベースアップ評価料 155	155 点
155.5 以上 156.5 未満	入院ベースアップ評価料 156	156 点
156.5 以上 157.5 未満	入院ベースアップ評価料 157	157 点
157.5 以上 158.5 未満	入院ベースアップ評価料 158	158 点
158.5 以上 159.5 未満	入院ベースアップ評価料 159	159 点
159.5 以上 160.5 未満	入院ベースアップ評価料 160	160 点
160.5 以上 161.5 未満	入院ベースアップ評価料 161	161 点
161.5 以上 162.5 未満	入院ベースアップ評価料 162	162 点
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

別表 7

算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【B】及び【C】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3月～2月	前年12月～2月	4月

6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先 担当者氏名： 電話番号：

(届出事項) [] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において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掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、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規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 には、適合する場合「○」を記入すること。
3 届出書は、1通提出のこと。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2,5
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の11
4の12	生殖補助医療管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の12	生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
6の8の4	連携充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
6の8の4	がん薬物療法体制充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の3
6の9	外来データ提出加算（生活習慣病管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 8
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の8
11の9	プログラム医療機器等指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の4
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 14
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の1の2	在宅療養支援歯科病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の4の2	介護保険施設等連携往診加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18の3
14の5	在宅医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の6
15	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 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
15	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 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19の2
15の3	在宅データ提出加算（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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
15の4	在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	専門管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の2	訪問看護医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の5
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注15に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の2	遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	染色体検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の1の2, 52
18の1の4	骨髓微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の5	BRCA1/2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の7
18の1の14	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
18の2の4	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の2	調剤基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の3	調剤基本料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
88の4	特別調剤基本料 A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
91	調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2
92の2	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	在宅薬学総合体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の5
95の2	医療DX推進体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の6
96	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
98	特定薬剤管理指導加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
104	看護職員処遇改善評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	93
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
107	入院ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	97

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、13の5、24の2、49の5、65、65の2、68、68の2、72、73の4、74の2、86、87の3の3、87の40、87の41、91は欠番。

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料イ

区 分	氏 名	経験年数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
	2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師	
	年	
	年	
	年	
	年	
3 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること	<input type="checkbox"/> 該当	

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料ロに記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料口

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師又は 公認心理師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		年
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料イに記載した者と重複して差し支えない。

3 がん患者指導管理料ハ

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		年（ 年）
		年（ 年）

[記載上の注意]

- 「2」については、薬剤師としての業務に従事した経験を経験年数欄に記載し、うち化学療法に係る業務に従事した経験を（ ）内に再掲すること。また、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

4 がん患者指導管理料ニ

1 BRCA1/2遺伝子検査の実施施設としての届出	有 ・ 無
---------------------------	-------

様式5の4

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区分	氏名	経験年数	勤務時間	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講	兼務
ア 身体症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
イ 精神症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任		<input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア

□ 注4に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構成メンバー（氏名・職種）
回/週	

3 患者に対する情報提供

[記載上の注意]

- 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修を修了していること、イは緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
また、ウは緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
研修とは、医師については緩和ケアに関する研修をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修をいう。
- 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算

定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。

- 6 「1」のア及びイの医師が、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師と兼任する場合は、兼務欄の□緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。7 「1」のアからエの構成員が、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□緩和ケア診療に、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□小児緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 8 注4に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 9 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

- () 臓器移植後患者指導管理料
- () 造血幹細胞移植後患者指導管理料
- () 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

区 分	常勤 換算	氏 名	勤務時間	移植医療の 経験年数
1 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医 師を組み合わせた 場合を含む	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
	<input type="checkbox"/>		時間	年
2 専任の常勤看護師			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年
3 常勤薬剤師			時間	年
			時間	年
			時間	年
			時間	年
4 臓器移植後患者指導管理料の届出の有無 有（ 年 月 日） ・ 無				
5 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守 (有 ・ 無)				
6 抗HLA抗体検査を委託する施設				
名称	住所		確認方法	

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料等」については、届出を行う管理料等について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」の常勤従事者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 4 「2」については、移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 5 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。
- 6 「4」については、臓器移植後患者指導管理料の届出を既に行っており、抗HLA抗体検査の届出を行う場合にのみ記載すること。
- 7 「5」については、抗HLA抗体検査を当該保険医療機関内で実施するものとして、抗HLA抗体検査の届出を行う場合に記載すること。
- 8 「6」については、抗HLA抗体検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

二次性骨折予防継続管理料 1
 二次性骨折予防継続管理料 2
 二次性骨折予防継続管理料 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を全て○で囲むこと。

1 届出入院料 <small>(管理料1又は2を届け出る場合のみ)</small>	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料 <hr/> <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料	
2 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名		
3 専任の看護師の氏名		
4 専任の常勤薬剤師の氏名		
5 管理料3のみを届出する場合であって「4」専任の常勤薬剤師がない場合についてのみ。	地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制 あり <input type="checkbox"/>	（連携保険医療機関等の名） （薬剤師の名）
6 院内の研修会の開催状況	1年に1回以上の研修会の実施 あり <input type="checkbox"/> ・なし <input type="checkbox"/>	（開催した日付）

[記載上の注意]

- 「6」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。
- 「6」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 2 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を添付すること。

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 ・ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合 			
1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 常勤医師の氏名及び経験年数			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	研修修了 年月日
	時間	年	
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績			
新規導入患者数（過去一年間）	名		
通院患者数	名		
4 常勤看護師又は薬剤師の氏名及び経験年数			
常勤看護師又は薬剤師の氏名	持続皮下インスリン注入 療法に従事した経験年数	研修修了 年月日	
	年		
	年		
	年		

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。
- 4 「4」については、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合に記入すること。常勤看護師又は薬剤師は糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 5 、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、「2」の常勤医師及び「4」の常勤看護師又は薬剤師については、該当するすべての医師、看護師、薬剤師について記載すること。

- 外来腫瘍化学療法診療料 1
- 外来腫瘍化学療法診療料 2
- 外来腫瘍化学療法診療料 3
- 外来化学療法加算 1
- 外来化学療法加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。□には、適合する場合「✓」を記入すること。

1 届出	外来腫瘍化学療法診療料 1	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 2	<input type="checkbox"/>
	外来腫瘍化学療法診療料 3	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>
	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>
2 専用の治療室	専用の治療室の面積	平方メートル
	専用の病床数	床
3 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
4 当該治療室に勤務する化学療法経験の有する専任の看護師の氏名		
5 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
6 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（外来腫瘍化学療法診療料のみ）	(連絡先)	
7 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制	(不可の場合、連携保険医療機関名)
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
8 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

を評価し、承認する委員会を開催		
9 がん性疼痛緩和指管理料に係る届出（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制（外来腫瘍化学療法診療料1のみ）	外来腫瘍化学療法診療料3届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
11 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）	外来腫瘍化学療法診療料1届出医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	（有の場合、連携保険医療機関名）
12 時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制（外来腫瘍化学療法診療料3のみ）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の平面図を添付すること。
- 2 外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、「3」の医師、「4」の看護師及び「5」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「3」については、外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1に係る届出の場合のみ記入すること。外来腫瘍化学療法診療料1に掲げる届出の場合については、当該医師は次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- 4 外来腫瘍化学療法診療料1及び外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 5 外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算の治療室及び急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制については、兼用して差し支えない。また、人員体制についても兼任して差し支えない。

連携充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

連携充実加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている	<input type="checkbox"/>
②	外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加している	<input type="checkbox"/>
③	ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できる	<input type="checkbox"/>
	イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等の実施	<input type="checkbox"/>
	ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制がある	<input type="checkbox"/>
	エ ウの体制について、ホームページや研修会等で周知している	<input type="checkbox"/>
④	化学療法の専任の常勤管理栄養士の氏名	

[記載上の注意]

- 1 ③のアについては、確認できるウェブページのコピー等を添付すること。
- 2 ④の管理栄養士は、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する者であること。
- 3 連携充実加算の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の構成員を記載した文書を添付すること。

がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

がん薬物療法体制充実加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている	□
②	患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えている	□
③	薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されている	□
④	化学療法の専任の常勤 薬剤師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 ③に掲げる事項について、その体制の概要を添付すること。
- 2 ④に記載する薬剤師は、5年以上の化学療法に係る業務の経験を有する者であること。また、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤（2名以上）	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）				平方メートル	
無 菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)				
	形 式 ・ 規 格				
	空気清浄度、集塵効率等				
	台 数 等				
無 菌 製 剤 処 理 用 器 具 ・ 備 品 等 の 一 覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
	<input type="checkbox"/> 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

[記載上の注意]

「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神科医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

多血小板血漿処置の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 形成外科、血管外科又は皮膚科の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
3 常勤の薬剤師又は臨床工学技士の氏名等			
氏名		職種	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

麻酔管理料(Ⅰ)「注5」周術期薬剤管理加算
 麻酔管理料(Ⅱ)「注2」周術期薬剤管理加算
 歯科麻酔管理料「注3」周術期薬剤管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 周術期薬剤管理の実施体制

専任薬剤師の氏名

2 周術期薬剤管理に関するプロトコルの作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成	見直し頻度
□ 作成	年 回

3 病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と周術期薬剤管理業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

4 薬剤の安全使用に関する手順書の作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成	見直し頻度
□ 作成	年 回

[記載上の注意]

- 1 「2」については、周術期薬剤管理に関するプロトコルを添付すること。
- 2 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 3 「4」については、薬剤の安全使用に関する手順書を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料 A
2 届出の区分 (該当する項目の□に「☑」を記入する)		
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く)	指定日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合)	
<input type="checkbox"/>	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)		<input type="checkbox"/> あり (様式 87 の 2 の添付が必要) <input type="checkbox"/> なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係 (特別調剤基本料 A への該当性)		
ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無 ^{※1} ※1 ウの (イ) から (ニ) までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		<input type="checkbox"/> なし →「5」へ <input type="checkbox"/> あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
ウ 下記の (イ) から (ニ) のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
(イ)	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
(ロ)	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
(ハ)	保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(ニ)	保険医療機関による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{※2}
エ 特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中度		%
<p>※2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間で「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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。)の別添 1 の「第 88 の 4 特別調剤基本料 A」の 2 の (2) に示すア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局 (同一建物内に診療所が所在している場合を除く。)との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。</p> <p>また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。</p>		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3への該当性）		
ア 薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属していない（個店） →「6」へ <input type="checkbox"/> 所属している	
イ 所属するグループ名		
ウ 同一グループの保険薬局数（①）		
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回	
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6 処方箋の受付回数及び集中度等		
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）		
(1) 全処方箋受付回数等		
ア 全処方箋受付回数（④）	回	
イ アのうち、主たる（処方箋受付回数が第1位の）保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 処方箋集中度（⑥）	%	
オ アの全処方箋受付回数が4000回を超える場合 下記のカからケを記載する。	<input type="checkbox"/> 4000回を超えていない →「6」の(2)へ <input type="checkbox"/> 4000回を超える	
	処方箋受付回数が 第2位の医療機関	処方箋受付回数が 第3位の医療機関
カ 保険医療機関名		
キ アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク それぞれの保険医療機関の処方箋集中度	%（⑨）	%（⑩）
ケ 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）		%（⑪）
(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2の該当性）		
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし →「(3)」へ <input type="checkbox"/> あり	
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	回	
(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2の該当性）		
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	<input type="checkbox"/> なし →記載終了 <input type="checkbox"/> あり	
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑭）	施設	
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑮）	回	
エ ⑮と⑬を合計した処方箋受付回数（⑯）	回	

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからEに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料1に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料Aへの該当性

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でアで「なし」に☑）
→ Cへ

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「4」のオ）が50%を超える

該当 → 特別調剤基本料Aに該当

該当しない → Cへ

C 調剤基本料3への該当性

（1） 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→ D-1へ

（2） 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300以上 → C-3へ

・ 300未満 → (3)へ

（3） 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3万5千回以下 → D-1へ

・ 3万5千回を超え、4万回以下 → C-1へ

・ 4万回を超え、40万回以下 → C-2へ

・ 40万回を超える → C-3へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：3万5千回を超え、4万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3 イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑥）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：4万回を超え、40万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → **調剤基本料 3 イに該当**
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「」）
 - ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は
グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → **調剤基本料 3 ロに該当**
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「」）
 - ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性 1

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える
該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性 2

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の(2)のアの「なし」に「」）
→ D-3 へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の(2)のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑬/③）：4,000 回を超える
該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性 3

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の(3)のアの「なし」に「」）
→ D-4 へ
- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の(3)のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑮/③）：4,000 回を超える
該当 → **調剤基本料 2 に該当**
該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性 4

- ・ 次の a, b のいずれかに該当 → **調剤基本料 2 に該当**
 - a) 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える

・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える

・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

b) 1月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が4,000回を超え、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計（表の⑪）が70%を超える

・ いずれにも該当しない → E-1へ

E 調剤基本料3のハへの該当性

(1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ 調剤基本料1に該当

(2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300以上 → 調剤基本料3のハに該当

・ 300未満 → (3)へ

(3) 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 40万回を超える → 調剤基本料3のハに該当

・ 40万回以下 → 調剤基本料1に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和6年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和6年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の4 特別調剤基本料A」により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年2月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の3 調剤基本料3」の2の（5）により判断する。
- 8 「6」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④、同様に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、「6」の⑧については⑦／④、「6」の⑨については⑧／④として計算する。
- 11 「6」の⑫について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑬については、⑤を含めて記載する。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日
 所属する法人・グループ名（ ）
 同一グループの保険薬局数（ ）

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 (②/①) %	%

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法（該当する項目に☑を記入すること。）

- 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。
- 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。
- 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2) 価格交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

ア 当年度下半期の取引予定

- 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況（上半期と比較した下半期の取引状況）

- 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

- 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。(上半期より小さい乖離率での取引)
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。(上半期より大きい乖離率での取引)

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品 (カテゴリーA)、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料
- 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2. (1) で「価格交渉を代行する者に依頼して交渉している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

(該当する項目に☑を記入すること。)

- 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に記載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは、当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 保険薬局は、報告年度の4月1日から9月30日の実績を、本報告書により、同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 9 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に3万5千回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

調剤基本料の注 7 に係る後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類及び「調剤基本料の注 8 の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	() 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上) () 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上) () 後発医薬品調剤体制加算 3 (カットオフ値50%以上かつ新指標90%以上)
調剤基本料の「注 8」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性 (該当する場合に○を付す)	() 該当しない(新指標50%超) () 該当する(新指標50%以下) → () 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 (直近3か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

以下は、新指標の割合が50%以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合（小数点以下四捨五入）が50%以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月： 年 月	
直近1か月間における処方箋受付回数（①）	回
直近1か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数（②）	回
割合（②／①）（%）	%

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和6年3月5日保医発0305第2号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注8」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注8」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書添付書類

1 基本診療料の施設基準等の別表第六の二に所在する保険薬局である		<input type="checkbox"/>
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名	許可病床数（病院のみ記載）	
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 1 「1」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6年3月5日保医発0305第5号）の別添3の別紙2を参照すること。
- 2 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 3 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	調剤基本料の区分		
	()	調剤基本料 1	
	()	調剤基本料 2	
	()	調剤基本料 3 - イ	
	()	調剤基本料 3 - ロ	
	()	調剤基本料 3 - ハ	
	()	特別調剤基本料 A	
2 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援体制加算の区分		提出が必要な様式
	()	地域支援体制加算 1	様式87の3 (本様式) 及び様式87の3の2
	()	地域支援体制加算 2	
	()	地域支援体制加算 3	
	()	地域支援体制加算 4	

地域支援体制加算の施設基準 (対応している内容に☑すること)

3 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア	備蓄品目数 (年 月現在)	品目
イ	当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ	医療材料及び衛生材料を供給できる体制	<input type="checkbox"/> あり
エ	麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載:)	
オ	全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月	
	①処方箋の受付回数	回
	②主たる医療機関の処方箋受付回数	回
	③集中度 (%)	%
カ	後発医薬品の調剤割合	%
キ	当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	<input type="checkbox"/> あり
4 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制		
ア	開局時間	
イ	休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制	<input type="checkbox"/> あり
他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	
ウ	休日、夜間を含む開局時間外の当該薬局を利用する患者からの相談応需体制	<input type="checkbox"/> あり
あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送	
	<input type="checkbox"/> 留守録による応答後、速やかに折り返し	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
エ	休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制(地域の輪番体制含む)に係る自局及びグループによる周知	<input type="checkbox"/> 周知している
オ	エの体制に係る地域での周知の方法(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。

5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応	
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	<input type="checkbox"/> あり
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	<input type="checkbox"/> あり
ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり24回以上/年) (実績回数の期間: 年 月～ 年 月)	回
(5のウの参考)	
① 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料(医療保険)の算定実績	回
② 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(介護保険)の算定実績	回
③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回
エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 <input type="checkbox"/> 薬学的管理指導計画書の様式の整備 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示 <input type="checkbox"/> その他()
6 医療安全に関する取組の実施	
ア 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録(薬局が登録した登録番号を記載すること)	登録証明書番号()
イ 常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	<input type="checkbox"/> あり
ウ プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	<input type="checkbox"/> あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	<input type="checkbox"/> あり
7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出	<input type="checkbox"/> あり
8 管理薬剤師	
①氏名	
②保険薬局勤務経験年数	年
③週あたりの勤務時間	時間
④当該薬局在籍年数	年
9 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	<input type="checkbox"/> 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 <input type="checkbox"/> 定期的な外部の学術研修の受講 <input type="checkbox"/> 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 <input type="checkbox"/> 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 <input type="checkbox"/> その他()
9 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	<input type="checkbox"/> あり
10 研修計画の作成、学会発表などの推奨	<input type="checkbox"/> あり
11 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制(パーティション等で区切られた独立したカウンターを有する等)	<input type="checkbox"/> あり
12 地域医療に関連する取組の実施	
ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売(基本的な48薬効群)	<input type="checkbox"/> あり

イ	健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	<input type="checkbox"/> あり
ウ	緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	<input type="checkbox"/> あり
エ	当該保険薬局が敷地内禁煙であること	<input type="checkbox"/> あり
オ	薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	<input type="checkbox"/> 販売していない

[記載上の注意]

- 1 令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
- 2 令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「5」のウ、「7」及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
 - 1 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 3 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 4 「3」のオの期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 5 「3」のオの集中度については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。
- 6 「3」のカについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注7に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 7 「4」のアについては、自局の開局時間を記載すること。
- 8 「4」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 9 「4」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料。
- 10 「5」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 11 「5」のウの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 12 「6」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 13 「6」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 14 「8」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 15 「10」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること
- 16 「12」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 17 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
	()	地域支援体制加算 3
	()	地域支援体制加算 4

2 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 (①)	回
-------------------------------	---

3 各基準の実績回数
以下の(1)から(10)までの10の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。
地域支援体制加算 1 : (4)を含む3つ以上を満たすこと。
地域支援体制加算 2・4 : いずれか8つ以上を満たすこと。
地域支援体制加算 3 : (4)と(7)を含む3つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○) 期間: 年 月 ~ 年 月 ※下記 () 内は各加算の実績基準を示す	各基準に① を乗じて1 万で除して 得た回数 ^{※1}	保険薬局に おける実績 の合計
() (1) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算 1 または 2 : 40 回、加算 3 または 4 : 400 回)	回	回
() (2) 麻薬の調剤回数 (加算 1 または 2 : 1 回、加算 3 または 4 : 10 回)	回	回
() (3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬 ・相互作用等防止管理料 (加算 1 または 2 : 20 回、加算 3 または 4 : 40 回)	回	回
() (4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管 理料 (加算 1 又は 2 : 20 回、加算 3 又は 4 : 40 回)	回	回
() (5) 外来服薬支援料 1 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 12 回)	回	回
() (6) 服用薬剤調整支援料 (加算の区分によらず 1 回)	回	回
() (7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管 理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者 緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指 導料及び介護予防居宅療養管理指導料 (加算 1 又は 2 : 24 回、加算 3 又は 4 : 24 回)	回	回
() (8) 服薬情報等提供料等 (加算 1 又は 2 : 30 回、加算 3 又は 4 : 60 回)	回	回
() (9) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 回)	回	回

※1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回
を使用して計算する。

保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の 合計
() (10) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度 等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連 携する会議の出席回数 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 5 回)	回

[記載上の注意]

- 1 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近1年間の実績を記載する。施設基準に適合すると届出をした後は、前年5月1日から当年4月末日までの実績で判断する。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。
- 2 「3」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。
- 3 「3」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「3」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 4 「3」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外加算等：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②調剤後薬剤管理指導料、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
 - (9)服薬管理指導料の「注9」、かかりつけ薬剤師指導料の「注7」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注6」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注5」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注5」にかかる小児特定加算。
- 6 「3」の(10)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

連携強化加算（調剤基本料）の施設基準に係る届出書添付書類

連携強化加算の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

1	第二種協定指定医療機関の指定を受けている。	<input type="checkbox"/>
2	新型インフルエンザ等感染症等の発生時における体制の整備について	
	ア 感染症の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	<input type="checkbox"/>
	イ 個人防護具を備蓄している。	<input type="checkbox"/>
	ウ 要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備している。	<input type="checkbox"/>
3	災害の発生時における体制の整備について	
	ア 災害の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。）	<input type="checkbox"/>
	イ 自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制がある。	<input type="checkbox"/>
	ウ 地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制がある。	<input type="checkbox"/>
4	災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会・研修・訓練等に参加するよう計画を作成・実施している。	<input type="checkbox"/>
5	災害や新興感染症発生時等における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。	<input type="checkbox"/>
6	災害や新興感染症発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、自局及びグループによる周知。	<input type="checkbox"/>
7	「6」に係る薬局に係る地域での周知の方法（該当する項目に✓する）	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。
8	災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成している。	<input type="checkbox"/>
9	オンライン服薬指導の実施要領に基づき、通信環境の確保及び研修の実施がされていること。	<input type="checkbox"/>
10	医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
11	要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（対外診断用医薬品）を販売している。	<input type="checkbox"/>
以下は、特別調剤基本料 A を算定している保険薬局のみ記載すること。		
12	特別な関係を有している保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関でないこと。	<input type="checkbox"/>
13	特別な関係を有している保険医療機関名	

[記載上の注意]

- 1 令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和6年12月31日までの間に限り、「1」を満たしているものとみなす。
- 2 「12」及び「13」は特別調剤基本料Aを算定する保険薬局が届出を行う場合に記載すること。
- 3 「12」の外来感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算、感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算を指す。

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (該当するものに○)	()	在宅薬学総合体制加算 1
	()	在宅薬学総合体制加算 2

2 在宅薬学総合体制加算 1 及び 2 の共通の施設基準		
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出		<input type="checkbox"/> あり
(2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制		<input type="checkbox"/> あり
(3) 在宅業務実施体制に係る自局及びグループによる周知		<input type="checkbox"/> 周知している
(4) 在宅業務実施体制に係る地域での周知の方法 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
(5) 在宅業務に必要な体制の整備状況 ・在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画 ・外部の学術研修の受講		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり
(6) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		<input type="checkbox"/> あり
(7) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載 :)		
(8) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (24 回以上/年) (実績回数期間 : 年 月 ~ 年 月)		回
(参考)		
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料 (医療保険) の算定実績		回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険) の算定実績		回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績		回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績		回

3 在宅薬学総合体制加算2の施設基準	
(1) 当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数 (2名以上の保険薬剤師、うち1名以上が常勤)	() 人 (うち、常勤) 人
(2) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定実績 (24回以上/年) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(3) 高度管理医療機器等の販売業の許可等 (許可番号：)	
※ ア及びイについて、適合するものに○を記載すること。	
() ア. がん末期などターミナルケアに対する体制	
(4) 医療用麻薬の備蓄品目数 (6品目以上、うち注射剤1品目以上)	() 品目 (うち、注射剤) 品目
(5) 無菌製剤処理を行うための設備 (該当するものに○) 1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット	
() イ. 小児在宅患者に対する体制	
(6) 小児在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (6回以上/年) (A+B) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(参考)	
A 小児特定加算の算定実績 (在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料に係るものに限る。)	回
B 乳幼児加算の算定実績 (在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料に係るものに限る。)	回

[届出上の注意]

- 「1」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 在宅薬学総合体制加算1を届出する場合、2について記載すること。
- 在宅薬学総合体制加算2を届出する場合、2及び3について記載すること。
- 2(8)の実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 2(8)の(参考)ウについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、ウとして記載すること。
- 2(8)の(参考)エの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 3(2)の算定実績については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 3(4)の備蓄品目数については、規格単位ごとの品目数を記載すること。(例：A錠10mgとA錠20mgを備蓄している場合は2品目と数える。)
- 3のア及びイについては、両方に適合する場合は、いずれにも○を記載すること。

医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

医療DX推進体制整備加算の施設基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

1 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□
2 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□
3 オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	□
4 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制を有している。	□導入済み □導入予定（令和 年 月）
5 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制	□電子薬歴システムを導入している
	電子薬歴システムの製品名 ()
6 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。	□
7 来局患者のマイナ保険証の利用率	利用率（ ）% 小数点1桁まで記載
8 次に掲げる全ての事項について、保険医療機関の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施していること。	□
9 サイバーセキュリティの確保のために必要な措置 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。	□

[記載上の注意]

- 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り該当するものとみなす。
- 「6」については、令和7年9月31日までの間に限り該当するものとみなし、それまでの間に届出を行う場合は記載不要。
- 「7」については、令和6年10月1日から適用する。利用率の記載については、令和6年9月末までは記載不要。
- 「8」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険薬剤師	常 勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)				
形 式 ・ 規 格				
空気清浄度、集塵効率等				
台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

[記載上の注意]

「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成 24 年 8 月 22 日薬食発 0822 第 2 号）に「記」の「第 2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の
施設基準に係る届出書添付書類

かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の氏名等（□には、「✓」又は「×」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する 保険薬剤師の氏名	保険薬局 勤務経験	短時間勤務	週当たりの勤務 時間及び日数	当該薬局で の在籍期間	研修	地域 活動
1		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	時間/週 日/週	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての保険薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「✓」又は「×」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。ただし、在籍期間は、週32時間以上勤務した期間のみにすること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

特定薬剤管理指導加算 2 に係る届出書添付書類

1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する保険薬剤師の氏名等	保険薬剤師の氏名	勤務経験
		年
		年
		年
2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法 (配慮方法) (具体的に記入)		
3 麻薬小売業者免許証の番号		
4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況 (直近 1 年)	実施保険医療機関名	出席回数
		回
		回
		回

[記載上の注意]

- 1 「1」については、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が 1 年以上ある場合、1 年を上限として薬局の勤務経験の期間に含めることができる。
- 2 「4」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は 1 回と数えること。

（ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）をいう。

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

- 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。
- 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生（支）局へ提出すること。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 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 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

算出を行う月(通知別表7を参照)

- 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。
 ※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】3を参照

6 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値【B】

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「3」の入力に連動)

- 前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)
 また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間】(上記「3」の入力に連動)

- 前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

④訪問診療料(同一建物)の算定回数 回 (前回届出時 回)

回 (前回届出時 回)

⑤ 歯科初診料等の算定回数

_____ 回 (前回届出時 _____ 回)

⑥ 歯科再診料等の算定回数

_____ 回 (前回届出時 _____ 回)

⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

_____ 回 (前回届出時 _____ 回)

⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

_____ 回 (前回届出時 _____ 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(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。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

_____ 回 (前回届出時 _____ 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

_____ 点 (前回届出時 _____ 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

_____ (前回届出時 _____)

(4) 【B】の値

_____ (前回届出時 _____)

【B】=

$$\frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 1 \frac{2}{3} \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \end{array} \right]} \times 10 \text{円}$$

7 前回届け出た時点との比較

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(6(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(6(3))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の算定回数(6(3))の変化は1割以内である。
 - 【B】の値(6(5))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

--

--

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

<input type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
 なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
 常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 4 「6」(1)②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く)。
 また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 5 「6」①初診料等に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 6 「6」②再診料等に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「6」③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「6」④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「6」⑤「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「6」⑥「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「6」⑦「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「6」⑧「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

入院ベースアップ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（通知別表7を参照）

新規 3月 6月 9月 12月
 区分変更

※ 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。
 ※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

3 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】1を参照

4 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(I)等により算定される点数の見込み、入院ベースアップ評価料の区分を算出する値(C)

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

(2)外来・在宅ベースアップ評価料(I)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(I)等及び延べ入院患者数の対象期間」(「2」の入力に連動)

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(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。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

_____回 (前回届出時 _____回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

_____点 (前回届出時 _____点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(4) 延べ入院患者数

【対象期間の1月当たりの平均】

_____人月 (前回届出時 _____人月)

※ 算出対象となる期間の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。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合には、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

(5) 【C】の値

_____ (前回届出時 _____)

【C】=
$$\frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

5 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、

- 対象職員の給与総額(4(2))の変化は1割以内である。
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(4(3))の変化は1割以内である。
- 延べ入院患者数(4(5))の変化は1割以内である。
- 【C】の値(4(6))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

6 4により算出した【C】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

- 1 「3」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 2 「4」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 3 「4」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下2～5において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)

- 4 「4」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 5 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 6 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 7 「4」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下6～9において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 8 「4」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 9 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 10 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

(病院及び有床診療所) 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. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。

※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

Ⅲ-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み (③の期間中)

④算定金額の見込み	円
外来ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定金額の見込み	円
入院ベースアップ評価料による算定金額の見込み	円
入院ベースアップ評価料の区分 () 点数	点
賃金改善実施期間における、入院基本料に係る算定回数	回
⑤令和7年度への繰越予定額 (令和6年度届出時のみ記載)	円
⑥前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)	円
⑦算定金額の見込み (繰越額調整後) (④-⑤+⑥)	円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

Ⅲ-2. 全体の賃金改善の見込み額 (②の期間中)

⑧全体の賃金改善の見込み額	円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み (⑦の再掲)	円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分	円
⑪うち定期昇給相当分	円
⑫うちその他分 (⑧-⑨-⑩-⑪)	円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰の活用等により、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑭）		%

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉘）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㉟）		円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㉟）		%

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

㊶歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊷賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊸賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊹基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊸－㊷）		円
㊺うち定期昇給相当分		円
㊻うちベア等実施分		円
㊼ベア等による賃金増率（㊻÷㊷）		%

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㊽その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊾賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊿賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㋀基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊿－㊾）		円
㋁うち定期昇給相当分		円
㋂うちベア等実施分		円

⑤4 ベア等による賃金増率 (⑤3)÷(④9)

%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤5 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (②) の開始月時点)	人
⑤6 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑤7 うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑤8 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑤9 うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑥0 給与総額に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑤8) (⑤6)	円
⑥1 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑤9) (⑤7)	円
⑥2 うち定期昇給相当分	円
⑥3 うちベア等実施分	円
⑥4 ベア等による賃金増率 (⑥3)÷(⑥1)	%

XI. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑥5 事務職員の常勤換算数 (賃金改善実施期間 (②) の開始月時点)	人
⑥6 賃金改善する前の事務職員の給与総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑥7 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑥8 賃金改善した後の事務職員の給与総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑥9 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額 (賃金改善実施期間 (②) の開始月)	円
⑦0 給与総額に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑥8) (⑥6)	円
⑦1 基本給等に係る賃金改善の見込み額 (1ヶ月分) (⑥9) (⑥7)	円
⑦2 うち定期昇給相当分	円
⑦3 うちベア等実施分	円
⑦4 ベア等による賃金増率 (⑦3)÷(⑦1)	%

Ⅷ. 賃金上げを行う方法

<p>⑦⑤ 賃上げの担保方法</p> <p><input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 賃金規程の見直し</p> <p><input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に（ ）</p>
<p>⑦⑥ 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。）</p> <p>（ ）</p>

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 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 「①賃金上げの実施方法」は、該当する賃金上げの実施方法について選択すること。
なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 3 「②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。
ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 4 「③ベースアップ評価料算定期間」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。
- 5 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 6 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 7 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 8 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをい、ベア等実施分と明確に区別できる場合のみ記載すること。
- 9 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。
なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 10 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

(診療所) 賃金引上げ計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。

※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出有無

有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等を届け出ない場合は、以下④の「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み」及び「外来在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み」は「（参考）賃金引上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）」により計算を行うこと。

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み（③の期間中）

④算定金額の見込み		円
外来ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み		円
外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み		点
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等による算定金額の見込み		円
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の区分及び点数	() (イ) 点 (ロ) 点	
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（初診時等）の算定回数		回
外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（再診時等）の算定回数		回
⑤令和7年度への繰越予定額（令和6年度届出時のみ記載）		円
⑥前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑦算定金額の見込み（繰越額調整後）（④-⑤+⑥）		円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額（③の期間中）

⑧全体の賃金改善の見込み額		円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み（⑦の再掲）		円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分		円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちその他分（⑧-⑨-⑩-⑪）		円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

- ※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
 なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

IV. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮－⑭）		円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑰）		%

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒－㉑）		円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙－㉘）		円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉛）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱－㊰）		円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㊳）		%

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 4 「②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。ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあっては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 5 「③ベースアップ評価料算定期間」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。
- 6 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。
- 7 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 8 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。
- 9 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- 10 「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。
- 11 「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

1. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（医科）または「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
2. 「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（歯科）または「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（歯科診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。
3. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「入院ベースアップ評価料」算定する有床診療所においては、別添「（病院及び有床診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。

(病院及び有床診療所) 賃金改善実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

<input type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II. 入院ベースアップ評価料の実績額

④入院ベースアップ評価料の区分

	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

⑤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

⑥入院ベースアップ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
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額 (令和7年度届出時のみ記載)		円
計			円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）		円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

⑩薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
⑪賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑫賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑬基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑩-⑪）		円
⑭うち定期昇給相当分		円
⑮うちベア等実施分		円
⑯ベア等による賃金増率（⑮÷⑭）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

⑰看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
⑱賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑲賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑳基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱-⑲）		円
㉑うち定期昇給相当分		円
㉒うちベア等実施分		円
㉓ベア等による賃金増率（㉒÷㉑）		%

VIII. 歯科衛生士の基本給等に係る事項（歯科診療を主とする病院、歯科大学付属病院、歯学部がある大学病院の場合に記入）

㉔歯科衛生士の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉕賃金改善する前の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
㉖賃金改善した後の歯科衛生士の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
㉗基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉖-㉕）		円
㉘うち定期昇給相当分		円
㉙うちベア等実施分		円
㉚ベア等による賃金増率（㉙÷㉘）		%

IX. その他の対象職種の基本給等に係る事項

㉛その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
㉜賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉝賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉞基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉝-㉜）		円
㉟うち定期昇給相当分		円
㊱うちベア等実施分		円
㊲ベア等による賃金増率（㊱÷㉟）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

68	40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
69	賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
60	うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
61	賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
62	うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
63	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ 61 69 ）		円
64	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ 62 60 ）		円
65	うち定期昇給相当分		円
66	うちベア等実施分		円
67	ベア等による賃金増率（ 64 60 ）		%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

68	事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
69	賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
70	うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
71	賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
72	うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
73	給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ 71 69 ）		円
74	基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（ 72 70 ）		円
75	うち定期昇給相当分		円
76	うちベア等実施分		円
77	ベア等による賃金増率（ 74 70 ）		%

本報告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 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 3 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

(診療所) 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. 賃金上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/>	令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。
<input type="radio"/>	令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ヶ月

II 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無

有

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の実績額

④外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の区分

算定期間		点数の区分	(イ)	(ロ)
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		点	点

⑤算定回数

算定期間		(イ)の算定回数	(ロ)の算定回数
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	回	回
計		回	回

⑥外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による収入の実績額

算定期間		(イ)の実績額	(ロ)の実績額
a	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
b	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
c	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
d	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	円	円
e	令和7年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)		円
計			円

Ⅲ. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績		円
⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）		円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額		円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）		円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分		円
⑬うち定期昇給相当分		円
⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）		円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。	<input type="checkbox"/>	

- ※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。
- ※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。
- ※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。
- ※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合のみ記載すること。
- ※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○ 以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ1ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑯対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑰賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑱賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
⑲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑱－⑰）		円
⑳うち定期昇給相当分		円
㉑うちベア等実施分		円
㉒ベア等による賃金増率（㉑÷⑰）		%

Ⅴ. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

㉓看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
㉔賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉕賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
㉖基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉕－㉔）		円
㉗うち定期昇給相当分		円
㉘うちベア等実施分		円
㉙ベア等による賃金増率（㉘÷㉔）		%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

③⑦ 薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
③① 賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③② 賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
③③ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（③⑤－③④）		円
③④ うち定期昇給相当分		円
③⑤ うちベア等実施分		円
③⑥ ベア等による賃金増率（③⑤÷③④）		%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

④⑦ 看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		人
④③ 賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④④ 賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
④⑧ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑩－④⑨）		円
④⑨ うち定期昇給相当分		円
④⑩ うちベア等実施分		円
④⑪ ベア等による賃金増率（④⑩÷④⑨）		%

VIII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④④ その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
④⑤ 賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑥ 賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		円
④⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④⑩－④⑨）		円
④⑨ うち定期昇給相当分		円
④⑩ うちベア等実施分		円
④⑪ ベア等による賃金増率（④⑩÷④⑨）		%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

⑤① 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑤② 賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤③ うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤④ 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑤ うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑤⑥ 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤⑧－⑤⑦）		円
⑤⑦ 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑤⑩－⑤⑨）		円
⑤⑨ うち定期昇給相当分		円
⑤⑩ うちベア等実施分		円
⑤⑪ ベア等による賃金増率（⑤⑩÷⑤⑨）		%

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

⑥1 事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑥2 賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥3 うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥4 賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥5 うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑥6 給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥4-⑥2）		円
⑥7 基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑥5-⑥3）		円
⑥8 うち定期昇給相当分		円
⑥9 うちベア等実施分		円
⑦0 ベア等による賃金増率（⑥9÷⑥3）		%

本報告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 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 対象職員の常勤換算数は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

(参考)

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(IIを算定しない診療所向け)

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出について
届出を行う月
 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 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値〔B〕

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「2」の入力に連動)

前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」(上記「2」の入力に連動)

前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値(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。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

回 (前回届出時 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

点 (前回届出時 点)

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(前回届出時)

【記載上の注意】

4 「3」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

5 「3」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ

・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

6 「3」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号A001に掲げる再診料

・区分番号A002に掲げる外来診療料

・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1

・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口

・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料

- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「3」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「3」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「3」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「3」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「3」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「3」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

保医発 0305 第 1 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号。以下「薬価基準」という。）については、令和 6 年厚生労働省告示第 60 号をもって改正され、令和 6 年 4 月 1 日から適用することとされたところですが、その概要は下記のとおりです。

また、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掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号。以下「掲示事項等告示」という。）が、令和 6 年厚生労働省告示第 56 号をもって改正され、令和 6 年 4 月 1 日から適用することとされたことに伴い、関係する医薬品に係る留意事項を下記のとおりとするので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

- 1 薬価とは、保険医療機関及び保険薬局における薬剤の支給に要する額として、医療保険から支払われるものであり、保険医療機関及び保険薬局が薬剤を購入する際に支払うべき消費税及び地方消費税に相当する額を含めているものであること。
- 2 薬価の算定については、「薬価算定の基準について」（令和 6 年 2 月 14 日保発 0214 第 1

号)に基づき、算出したこと。

3 薬価基準の別表に記載されている全医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	7, 264	3, 567	2, 060	26	12, 917

4 関係通知について以下のとおり改正する。なお、(2) から (8) までの規定については、令和6年4月1日より適用する。

- (1) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成25年12月13日付け保医発1213第6号）の記の2の(9)及び「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成30年12月13日付け保医発1213第2号）の記の3の(10)を削除する。
- (2) 「薬価基準の一部改正について」（平成11年5月7日付け保険発第69号）の記のⅡの3、「薬価基準の一部改正について」（平成11年8月13日付け保険発第112号）の記のⅡの6、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正に伴う留意事項について」（平成15年12月25日付け保医発第1225001）の記の2、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成16年12月8日付け保医発第1208001号）の記の2の(2)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成17年4月6日付け保医発第0406001号）の記の2の(1)及び(2)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成20年6月20日付け保医発第0620002号）の記の2の(1)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成21年9月18日付け保医発0918第5号）の記の2の(1)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成25年5月31日付け保医発0531第2号）の記の2の(1)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成27年2月23日付け保医発0223第2号）の記の2の(4)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成28年4月19日付け保医発0419第1号）の記の2の(4)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成29年11月21日付け保医発1121第11号）の記の4の(2)、「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成29年11月21日付け保医発1121第11号）の記の4の(7)並びに「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和2年12月10日付け保医発1210第1号）の記の3の(6)を削除する。
- (3) 「薬価基準の一部改正について」（平成11年6月11日付け保険発第84号）の記のⅡ中「コンビビル錠及びエンペシドトローチ」を「コンビビル配合錠」に改める。

- (4) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正に伴う留意事項について」（平成 14 年 12 月 13 日付け保医発第 1213001)の記の 2 の(1)中「カルタン錠 250、同細粒 83%」を「カルタン錠 250」に改める。
- (5) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 17 年 1 月 7 日付け保医発第 0107001 号)の記の 2 中「エプジコム錠、レクシヴァ錠 700」を「エプジコム配合錠」に改める。
- (6) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 21 年 1 月 16 日付け保医発第 0116001 号)の記の 2 中「インテレンス錠 100mg、シーエルセントリ錠 150mg」を「シーエルセントリ錠 150mg」に改める。
- (7) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 22 年 9 月 17 日付け保医発 0917 第 1 号)の記の 2 の(4)中「パシル点滴静注液 1000mg、パズクロス点滴静注液 1000mg」を「パズクロス点滴静注液 1000mg」に改める。
- (8) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（令和元年 9 月 3 日付け保医発 0903 第 1 号)の記の 4 の(6)中「ユルトミリス点滴静注 300mg、同 HI 点滴静注 300mg/3mL 及び同 HI 点滴静注 1100mg/11mL」を「ユルトミリス HI 点滴静注 300mg/3mL 及び同 HI 点滴静注 1100mg/11mL」に改める。
- (9) 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 28 年 4 月 19 日付け保医発 0419 第 1 号)の記の 2 の(2)の⑤の次に⑥及び⑦を加える。
- ⑥ 本薬剤はエボロクマブ製剤であり、本薬剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、診療報酬の算定方法(平成 20 年厚生労働省告示第 59 号)別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- ⑦ 本薬剤については針付注入器一体型のキットであるので、医科点数表区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定する場合、医科点数表区分番号「C151」注入器加算及び「C153」注入器用注射針加算は算定できないものであること。

< 抄 >

保医発 0305 第 8 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和 6 年厚生労働省告示第 61 号）が本日付けをもって告示され、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）が改正されたところであるが、材料価格の算定に当たっての留意事項については、下記のとおりとすることとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、令和 6 年 6 月 1 日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 9 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

I 診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

- (1) 療養に要する費用の額の算定に当たって、保険診療に用いられる医療機器・材料（薬事法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 84 号）第 1 条の規定による改正前の薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）又は医薬品、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）に基づく承認又は認証（以下「薬事承認又は認証」という。）を得たものであって、超音波診断装置、CT、MRI 等の装置類を除く。以下「保険医療材料」という。）に係る費用を手技料及び薬剤料と別途算定する場合は、当該医療機器の費用の額は、材料価格基準別表の各項（関係通知において準用する場合を含む。）に規定されている材料価格により算定する。
- (2) 特掲診療料の各部において、特定保険医療材料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を 10 円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。
- (3) 特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方せんにより給付することは認められない。さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。
- (4) 特定保険医療材料は、薬事承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

001 腹膜透析液交換セット

- (1) 交換キットは、キャップ又はクラムシェルの場合は 1 個を、ウエハーの場合は 2 枚を 1 キットとし、1 交換当たり 1 キットを限度として算定する。
- (2) 交換キットは、自動腹膜透析装置を使用する場合は、APD セット 1 個当たり 4 キット分を限度として算定する。
- (3) 交換キットは、バッグ再利用式（排液バッグ付き腹膜透析液又は回路を使用しない方法）により腹膜透析液を交換した場合は、1 交換当たり 2 キット分を限度として算定する。

002 在宅中心静脈栄養用輸液セット

夜間の中心静脈栄養等で、在宅中心静脈栄養用輸液セットを 1 月につき 7 組以上用いる場合において、7 組目以降の中心静脈栄養用輸液セットについて算定する。

006 在宅血液透析用特定保険医療材料

- (1) 吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のアからウまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から1年を限度として算定する。

また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のイ及びウの要件を満たすことを確認した場合に限り、更に1年を限度として算定できる。3度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

ア 手術又は生検により、 β_2 -ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。

イ 透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放手術を受けている。

ウ 画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、吸着型血液浄化器（ β_2 -ミクログロブリン除去用）を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該材料の使用開始日を記載する。

- (2) 人工腎臓用特定保険医療材料の材料価格には、回路の費用が含まれ別に算定できない。

007 携帯型ディスプレイ注入ポンプ

- (1) 携帯型ディスプレイ注入ポンプは、疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。
- (2) 携帯型ディスプレイ注入ポンプは、1月につき6個以下の使用の場合は区分番号「C166」携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算を算定し、7個目以降の携帯型ディスプレイ注入ポンプについて、本区分において算定する。

008, 009 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

- (1) 皮膚欠損用創傷被覆材及び非固着性シリコンガーゼは、いずれかの在宅療養指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合又は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として3週間を限度として算定する。それ以上の期間において算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載する。

010 水循環回路セット

水循環回路セットを、前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

011 膀胱瘻用カテーテル

- (1) 膀胱瘻用カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) 原則として 1 個を限度として算定する。2 個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

012 交換用胃瘻カテーテル

- (1) 交換用胃瘻カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) バンパー型の交換用胃瘻カテーテルは、4 か月に 1 回を限度として算定できる。

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

- (1) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。
 - ア 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）
 - イ 外科手術後離開創・開放創
 - ウ 四肢切断端開放創
 - エ デブリードマン後皮膚欠損創
- (2) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より 3 週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については 4 週間を限度として算定できる。3 週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。ただし、感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。
- (6) 局所陰圧閉鎖処置用材料は、陰圧創傷治療用カートリッジと併用し、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

- (1) 訪問看護ステーション等の看護師等が局所陰圧閉鎖処置用材料を使用して処置を実施する場合には、十分な経験のある医師の指示の下で実施し、当該医師と十分な連携を図ること。
- (2) 陰圧創傷治療用カートリッジは、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

015 人工鼻材料

- (1) 人工鼻は、1 月当たり 60 個を限度として算定できる。ただし、1 月当たり 60 個を超えて算定が必要な場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要

性について記載すること。

- (2) 接続用材料・シール型・標準型及び接続用材料・シール型・特殊型は、合わせて1月当たり 30 枚を限度として算定できる。ただし、合わせて1月当たり 30 枚を超えて算定が必要な場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性について記載すること。

3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

001 血管造影用シースイントロドューサーセット

- (1) 血管造影用シースイントロドューサーセットの材料価格には、ダイレーター、カテーテルシース及びガイドワイヤーの費用が含まれ別に算定できない。ただし、ダイレーターのみ使用する場合は、ダイレーターとして算定する。
- (2) ペースメーカー用カテーテル電極用シースイントロドューサーセットは、血管造影用シースイントロドューサーセットの蛇行血管用として算定する。
- (3) 胸水・腹水シャントバルブの静脈側カテーテル、腹腔側カテーテル及び胸腔側カテーテルを挿入するシースイントロドューサーは、血管造影用シースイントロドューサーセットの蛇行血管用として算定する。
- (4) 遠位端可動型は、経皮的カテーテル心筋焼灼術を実施する際に頻脈性不整脈の治療を目的として使用した場合に限り算定できる。

002 ダイレーター

ダイレーターは、カテーテルシース及びガイドワイヤーを用いず単独使用した場合にのみ算定できる。

006 体外式連続心拍出量測定用センサー

一人の患者について、体外式連続心拍出量測定用センサーとサーモダイリューション用カテーテル又は循環機能評価用動脈カテーテルを同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。

007 血管内超音波プローブ

- (1) 血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。
- (2) 血管内超音波プローブのバルーン付・太径又はバルーン付・細径は、当該手技に伴って使用された場合に算定する。

009 血管造影用カテーテル

- (1) 血管造影の際に、造影剤の拡散を防ぎ、目的の臓器に選択的に注入することを目的として使用した場合に限り算定できる。
- (2) 脳血管・腹部血管専用型は、脳血管又は腹部血管に使用した場合に算定する。
- (3) バルーン型(I) ② 脳血管・腹部血管専用型は、脳血管又は腹部血管に使用した場合に算定する。
- (4) 心臓マルチパーパス型は、1回の造影につき1本のみ算定できる。なお、他

の血管造影用カテーテルと同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。

010 血管造影用マイクロカテーテル

- (1) 遠位端可動型治療用は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り、1回の手術に当たり1本を限度として算定できる。
- (2) 遠位端可動型治療用の使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 遠位端可動型治療用は、造影検査のみを目的として使用した場合は算定できない。
- (4) 気管支バルブ治療用は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り、1回の手術に当たり2本を限度として算定できる。
- (5) 気管支バルブ治療用の使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。

016 テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット

- (1) テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットは、テクネシウム^{99m}ガス吸入装置（承認番号04B輸第1045号）に使用される患者吸入セットを使用した場合に算定できる。
- (2) テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットには超微粒子発生槽、呼吸フィルター及び連結チューブが含まれており、別に算定できない。

017 3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル

- (1) 3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルは、区分番号「E003」の「6」の「イ」注腸を実施した場合に算定できる。
- (2) 一般的名称が「腸用滅菌済みチューブ及びカテーテル」でカテーテルを固定するバルーンが内側のみのものは、3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルとして算定できる。

019 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

- (1) PCA型は、注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、PCA（Patient Controlled Analgesia）のために用いた場合に算定できる。なお、当該材料を算定する場合には、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。
- (2) 特殊型については、PCAスイッチを組み合わせ使用した場合は、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。

021 中心静脈用カテーテル

- (1) ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (2) 末梢留置型中心静脈カテーテル・特殊型のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているものについては、留置に際して専用のナビゲーションシステムを併用した場合に限り算定できる。
- (3) 抗菌型は、区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算「1」若しくは「2」の施設基準を満たす保険医療機関又は中心静脈ライン関連血流感染（以下「CLABSI」という。）に関するサーベイランスを実施している保険医療機関において、適切な感染防止対策を行った上で、下記のア又はイのいずれかに該当する患者に対し、関連学会が定める適正使用基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。

ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者

- a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者
- b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者
- c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者
- d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者

イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者

- (4) 抗菌型を使用する際には、下記について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 当該患者の症状詳記及び上記（3）の該当項目

イ 当該患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。）

ウ 上記（3）のイに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率

023 涙液・涙道シリコンチューブ

- (1) 涙液・涙道シリコンチューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。

024 脳・脊髄腔用カニューレ

脳・脊髄腔用カニューレは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

- 025 套管針カテーテル
套管針カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- 026 栄養カテーテル
栄養カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- 027 気管内チューブ
気管内チューブは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。ただし、やむを得ず 24 時間未満で使用した場合は、1 個を限度として算定できる。
- 028 胃管カテーテル
胃管カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- 029 吸引留置カテーテル
吸引留置カテーテルは、24 時間以上体内（消化管内を含む。）に留置し、ドレナージを行う場合に算定できる。
- 030 イレウス用ロングチューブ
(1) イレウス用ロングチューブは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
(2) ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- 031 腎瘻又は膀胱瘻用材料
(1) 膀胱瘻用カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
(2) 腎瘻用カテーテルは、腎瘻術又はカテーテル交換術を行う際、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
(3) 膀胱瘻用カテーテルを交換した場合は、ダイレーター、ガイドワイヤー、穿刺針及び膀胱瘻用穿孔針は別に算定できない。
(4) いずれの材料も、原則として 1 個を限度として算定する。2 個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 032 経鼓膜換気チューブ
経鼓膜換気チューブは、24 時間以上体内留置し、滲出性中耳炎の治療を行う場合に算定できる。
- 033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料
(1) カテーテル及び経鼻法用カテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
(2) いずれの材料も、1 個を限度として算定する。2 個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 034 胆道ステントセット

- (1) 胆道ステントセットは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) ガイドワイヤーは、別に算定できない。

035 尿管ステントセット

- (1) 尿管ステントセットは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) 外科的手術により尿管の再建を行う場合に算定できる。
- (3) ガイドワイヤーは、別に算定できない。

036 尿道ステント

- (1) 一時留置（交換）型尿道ステントは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (2) 一時留置（交換）型尿道ステントを留置する際に使用するガイドワイヤーは、別に算定できない。

037 交換用胃瘻カテーテル

I の 2 の 012 と同様であること。

038 気管切開後留置用チューブ

T 型カニューレは、気管切開を行った場合に算定できる。

039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、24 時間以上体内留置した場合に算定できる。

040 人工腎臓用特定保険医療材料

I の 2 の 006 と同様であること。

042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル

緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは、1 週間に 1 本を限度として算定できる。

044, 045, 046 血漿交換用血漿分離器、血漿交換用血漿成分分離器及び血漿交換療法用特定保険医療材料

(1) 血漿交換用血漿分離器

血漿交換用血漿分離器の材料価格には、回路の費用が含まれる。

(2) 血漿交換用血漿成分分離器

ア 劇症肝炎及び薬物中毒の場合にあつては、二重濾過血漿交換療法は実施されることがなく、したがって膜型血漿成分分離器は請求できない。

イ 回路は別に算定できない。

(3) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ア 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器は、以下のいずれかの場合に算定できる。

- a 劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合
 - b 難治性の家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、巣状糸球体硬化症又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（LDL吸着器）
 - c 重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症又は慢性炎症性脱髄性多発根神経炎に対して使用した場合
- イ 回路は別に算定できない。

047, 048 吸着式血液浄化用浄化器

- (1) 回路は別に算定できない。
- (2) 吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）は、2個を限度として算定する。
- (3) 肝性昏睡又は薬物中毒の際に行う吸着式血液浄化法において血漿分離及び吸着式血液浄化を行う場合、吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）とセットになっている血漿分離器は血漿交換用血漿分離器として算定できる。

049 白血球吸着用材料

- (1) 回路は別に算定できない。
- (2) 1日につき1個を限度として算定する。

052 腹膜透析用カテーテル

ガイドワイヤー及び穿刺針は別に算定できない。

053 腹膜透析液交換セット

上記Iの2の001と同様であること。

055 副鼻腔炎治療用カテーテル

副鼻腔炎治療用カテーテルは、3本を限度として算定する。

056 副木

- (1) 副木は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り算定することができる。他の患者に対し何回も使用し得るもの又は器具と認められる副木について算定することは認められない。
副木には、矯正包帯などに用いる厚紙などは含まない。
- (2) クラメール副子は副木に含まれる。
- (3) 下肢のヒール付ギプス包帯を行った場合のヒールは、特定保険医療材料として算定する。
- (4) クラメール副子、指アルミ副子については、特定保険医療材料として算定し、外転シーネ、腕関節及び指能動副子については、専門技工家の組立その他複雑

な製作を要すると考えられるので療養費払いとする。

- (5) 区分番号「K 1 4 4」体外式脊椎固定術のベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用により消耗する程度のものに限り算定できる。

057, 058 人工股関節用材料及び人工膝関節用材料

- (1) 人工股関節用材料及び人工膝関節用材料に併用される部品の費用は、特に規定する場合を除き、人工股関節用材料及び人工膝関節用材料の材料価格に含まれるものであり、別途特定保険医療材料として算定できない。
- (2) 臼蓋形成用カップ及びライナーが組み合わされ一体化されている製品であって、固定方法が間接固定であるものを使用した場合は、カップ・ライナー一体型（間接固定型）を算定する。
- (3) (2)に規定する場合を除き、複数の機能区分が一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。
- (4) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（直接固定型）・デュアルモビリティ用及び骨盤側材料・デュアルモビリティ化ライナーは骨盤側材料・ライナー・デュアルモビリティ対応型と組み合わせて使用した場合に限り、それぞれ算定する。

059 オプション部品

- (1) 人工関節固定強化部品として算定できるのは、臼蓋用及び脛骨コンポーネント用のスクリューであり、固定用内副子であるスクリューを使用した場合は、固定用内副子として算定する。
- (2) 人工股関節用部品・骨盤用（Ⅱ）は、骨欠損の状態に応じて適切な形状のものを必要最小限使用することとし、1回の手術に対し、2個を限度として算定する。

060 固定用内副子（スクリュー）

その他のスクリュー・特殊型・軟骨及び軟部組織用・特殊固定用アンカーは、1製品に複数のアンカーを含む場合、使用したアンカー毎に算定できる。

061 固定用内副子（プレート）

- (1) ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及びストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）を胸骨に用いる場合は、以下のいずれかに該当する者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する項目を記載すること。
 - ア 高度肥満（BMI 30以上）の患者
 - イ インスリン依存型糖尿病の患者
 - ウ 重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）
- (2) 骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）・患者適合型又は変形矯正用患者適合型プレートは、医師が当該プレート以外のプレートでは十分な治療効果が得られな

いと判断した場合又は当該プレート以外のプレートを使用した場合に比べ大きな治療効果が得られると判断した場合に限り算定する。

062 大腿骨外側固定用内副子

- (1) スラストプレート人工股関節システムを使用して人工股関節置換術を行った場合は、ラグスクリュー及びつばなしプレートにより算定する。
- (2) スラストプレート人工股関節システムを固定するために用いるスクリューは、一般スクリューとして算定できる。

064 脊椎固定用材料

- (1) U字型脊椎ロッドは、脊椎ロッド2本とトランスバース固定器1本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。また、レクタングル型脊椎ロッドは、脊椎ロッド2本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。
- (2) 脊椎ロッドと脊椎プレートの機能を併せて持つものについては、主たる機能に係るもののみを算定する。
- (3) 脊椎ロッドと椎体フックが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。
- (4) トランスバース固定器と椎体フックの機能を併せて持つものについては、それぞれ算定して差し支えない。
- (5) U字型プレート（後頭骨を支持する機能を有するものに限る。）は、脊椎プレート2枚を組み合わせたものとして算定できる。
- (6) 脊椎プレートと脊椎コネクターが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。
- (7) 脊椎ロッドと脊椎コネクターが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。
- (8) 脊椎ロッドと脊椎スクリュー（固定型）が組み合わされ一体化されたものについては、当該材料の使用に係る所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り、それぞれ算定して差し支えない。
- (9) 脊椎スクリュー（可動型）・横穴付きは、関連学会が定める使用基準に基づき使用すること。
- (10) 脊椎スクリュー（可動型）・横穴付きは、骨粗鬆症等により骨強度が低下した患者に対して使用した場合に算定できる。
- (11) 脊椎スクリュー（伸展型）は、早期発症側弯症の原則10歳未満の小児患者に対して、脊柱変形の矯正及び矯正の維持を目的として使用した場合に限り算定する。ただし、10歳以上の患者に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的理由を記載すること。

065, 066 人工肩関節用材料及び人工肘関節用材料

- (1) トレイ、スペーサー、関節窩ヘッド及びベースプレートは、腱板機能不全を呈する症例に対して肩関節の機能を代替するために使用した場合に限り算定する。
- (2) 切換用を用いる場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載す

ること。

- (3) 人工肩関節用材料及び人工肘関節用材料に併用される部品の費用については、特に規定する場合を除き、人工肩関節用材料及び人工肘関節用材料の材料価格に含まれるものであり、別途特定保険医療材料として算定できない。
- (4) 複数の機能区分が一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

069, 070 上肢再建用人工関節用材料、下肢再建用人工関節用材料

- (1) 上肢再建用人工関節用材料及び下肢再建用人工関節用材料は、原則として悪性腫瘍、再置換等の症例に限って使用できる。なお、当該材料を使用した場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨

- (1) カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートは、原則として人工関節置換術等の関節機能再建又は頭蓋・四肢・体幹の骨欠損部を修復又は補填する症例に限って使用できる。なお、当該材料を使用した場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (2) カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートについて、同一部位に対し、当該材料と同一の部位に完全に重なるように別の当該材料を使用した場合は、主たるもののみ算定する。

075 固定用金属線

- (1) 高分子ポリエチレン製又はポリエステル製のケーブルは、固定用金属線として算定する。ただし、ポリエステル製のケーブルについては、脊椎の固定に使用した場合に限り算定する。
- (2) ワイヤーについては、使用した長さにより算定する。

076 固定用金属ピン

骨接合用器具器械（類別許可品目）として届出されたガイドピンは算定できない。

077 人工靭帯

複数の機能区分が一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

078 人工骨

- (1) 人工骨は、それぞれ以下の場合に算定できる。
 - ア 骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患若しくは骨腫瘍の病巣搔爬後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合、頭蓋欠損部若しくは骨窓部の充填に使用した場合又は鼓室形成術に使用した場合
 - イ 汎用型・非吸収型・骨形成促進型については、新鮮な長管骨の骨折で骨欠

損の著しい場合において、欠損部位の補填に使用した場合

ウ 椎弓・棘間用、椎体固定用については、原発性脊椎悪性腫瘍若しくは悪性腫瘍の脊椎転移後の際の脊椎固定又は脊椎症、椎間板ヘルニア若しくは脊椎分離・すべり症に対する脊椎固定を行う場合

エ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうちトルコ鞍プレートについては、下垂体又は視床下部の腫瘍摘除の結果としてトルコ鞍の欠損部補填を行う場合

オ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち眼窩底スペーサについては、眼窩床骨折整復を行う場合

カ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち下顎骨補綴材については、下顎骨腫瘍又は下顎骨外傷の治療として欠損補填を行う場合

キ 骨盤用・腸骨稜用については、腸骨稜を移植骨として採取した後の欠損補填を行う場合

ク キールボンについては、骨移植に使用した場合

(2) 椎体・スクリュー併用用はスクリュー1本当たり2mLを限度に算定する。

079 骨セメント

(1) 頭蓋骨用

頭蓋骨に用いた場合に算定する。

(2) 人工関節固定用

人工関節（股関節、膝関節、肩関節、肘関節、足関節等）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。

(3) 脊椎・大腿骨頸部用

ア 脊椎用・大腿骨頸部用は、以下のいずれかの場合に算定できる。

a 経皮的椎体形成術に用いた場合

b 脊椎固定術においてセメント注入型の脊椎スクリューと併用した場合

c 骨折観血的手術においてセメント注入型の横止めスクリュー・大腿骨頸部型と併用した場合

イ 副作用発生時に全身麻酔による手術が行える体制が整備されている施設において使用すること。

080 合成吸収性骨片接合材料

頭蓋骨閉鎖用クランプ・小児型は、頭蓋骨の成長が見込まれる小児患者に対して使用した場合に算定できる。

081 脳動脈瘤手術クリップ

脳動脈瘤手術クリップは、一時的な周囲血管の血流遮断を目的に使用した場合には算定できない。

086, 087 脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード、植込型脳・脊髄電気刺激装置

(1) 脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード

8極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセッ

トは、4極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセット2本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

(2) 植込型脳・脊髄電気刺激装置

ア 振戦軽減用は、薬物療法によって十分な治療効果の得られない以下のいずれかの症状の軽減を目的に使用した場合に、1回の手術に対し2個を限度として算定できる。

- a 振戦
- b パーキンソン病に伴う運動障害
- c ジストニア
- d 焦点性てんかん

イ 植込型脳・脊髄電気刺激装置の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種交換等の場合は算定できない。

(3) 植込型脳・脊髄電気刺激装置及び脳・脊髄刺激装置用リードセットを薬剤抵抗性の焦点性てんかん発作を有するてんかん患者（開頭手術が奏効する患者を除く。）に対して、てんかん発作の頻度を軽減することを目的として使用する場合は、関連学会の定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。

090 人工内耳用材料

(1) 人工内耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は、以下の全てに該当する場合を除き算定できない。なお、以下の全てに該当し機種の交換を行う場合には、医学的な必要性について診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 音声言語をコミュニケーション手段とし、同一の人工内耳用音声信号処理装置を継続的に装用してから5年以上が経過していること。

イ 関係学会の定める指針に基づき実施する語音聴取評価検査の単語検査における明瞭度が、現在使用している人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合には80%以下であり、かつ、別の人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合に8%以上改善すること。

(2) 携帯型又は耳掛け型の選択できる人工内耳用音声信号処理装置については、いずれか一方を選択し算定できる。

なお、耳掛け型を選択した場合は、人工内耳用音声信号処理装置及び人工内耳用ヘッドセットの材料価格を合算して算定する。

(3) 人工内耳用ヘッドピースは、マイクロホン、送信コイル、送信ケーブル、マグネットを合算して算定する。人工内耳用ヘッドピースケーブルは、接続ケーブルで算定する。

(4) 耳掛け型のケーブル付き送信コイルは、送信コイルと送信ケーブルを合算して算定する。

094 気管・気管支・大静脈ステント

(1) 気管・気管支・大静脈ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。ただし、大静脈へ使用する場合は1回の手術に対し2個を限度として算

定する。

- (2) 永久留置型・特殊型は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り算定できる。算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

095 食道用ステント

食道用ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。

097 食道静脈瘤硬化療法用セット

食道静脈瘤硬化療法用セットの材料価格には、オーバーチューブの費用が含まれ別に算定できない。

098 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット

- (1) 実際に使用したセット数にかかわらず、1日につき1個のみ算定する。
- (2) 内視鏡的食道静脈瘤結紮セットの材料価格には、デバイス（ワイヤー、アダプタ及びリング）及びオーバーチューブの費用が含まれ別に算定できない。

099 組織代用人工繊維布

- (1) 生体由来材料は、開心根治術に用いた場合に算定できる。
- (2) 心血管系用・心血管修復パッチ先天性心疾患用は、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。なお、心内欠損孔の閉鎖に要した本材料に係る費用は算定できない。

100 合成吸収性癒着防止材

合成吸収性癒着防止材を、女子性器手術後の卵管及び卵管采の通過・開存性の維持以外の目的で使用した場合には、シート型は 373.38 cm²を限度として、スプレー型は 9.4mL を限度として算定できる。

101 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。
 - ア 手術縫合創に対して使用した場合
 - イ 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
 - ウ 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
 - エ 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

102 真皮欠損用グラフト

- (1) 真皮欠損用グラフトは、1局所に2回を限度として算定する。なお、縫縮可能な小さな創に用いた場合は算定できない。
- (2) 真皮欠損用グラフトは、口蓋裂手術創の口腔粘膜欠損の修復に用いた場合又は熱傷、外傷、手術創の骨、腱、筋肉等が露出した重度の真皮・軟部組織欠損創の修復に用いた場合に算定できる。

104 ゼラチンスポンジ止血材

ゼラチンスポンジ止血材は、痔疾患術後における直腸肛門部の止血のために用いた場合に算定できる。

105 デキストラノマー

デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

106 微線維性コラーゲン

- (1) 微線維性コラーゲンは、肝、膵、脾、脳、脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、心臓切開縫合閉鎖部、心臓表面、ACバイパス吻合部、胸骨断面、肺切離面、胸膜剥離面及び縦隔リンパ節郭清部、関節手術における骨切り面、子宮実質、膀胱・骨盤内腹膜・直腸剥離面、傍大動脈リンパ節郭清部、骨盤内リンパ節郭清部、骨盤底又は骨盤壁からの出血で、結紮、レーザーメス又は通常処置による止血が無効又は実施できない場合において、止血に使用した場合に算定する。
- (2) 微線維性コラーゲンは、粉末状のもの、シート状のもの又は綿状のものにかかわらず算定できる。
- (3) ゼラチン止血・接着剤は、解離性大動脈瘤の解離腔、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、ACバイパス吻合部又は肺若しくは肝切離面に対し、結紮、レーザーメス又は通常処置による止血・閉鎖が無効又は実施できない場合において、止血・閉鎖のために使用した場合に算定できる。

107 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料

- (1) 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料のうち、薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(2)縫合糸」であって、一般的名称が「非吸収性縫合糸セット」であるものについては、経皮的カテーテル処置を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合であって、次のいずれかに該当する場合に算定できる。なお、経皮的血管形成術用穿刺部止血材料を使用する医療上の必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合、1セットについてのみ算定できる。
イ 8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合、一連につき2セット

まで算定できる。ただし、K 5 5 6 - 2、K 5 5 9 - 2、K 5 6 1 の 2 のロ、K 5 6 1 の 2 のハ、K 5 7 4 - 2、K 5 9 4 の 4 のハ及びK 5 9 5 の 1 については、一連につき 4 セットまで算定できる。

- (2) 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料のうち、薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「吸収性局所止血材」若しくは「コラーゲン使用吸収性局所止血材」又は類別が「機械器具(30)結紮器及び縫合器」であって、一般的名称が「単回使用自動縫合器」であるものについては、次のいずれかに該当する場合に算定できる。なお、経皮的血管形成術用穿刺部止血材料を使用する医療上の必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経皮的冠動脈ステント留置術又は末梢動脈（頸動脈、腎動脈、四肢の動脈）の経皮的血管形成術、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術又は経皮的脳血管ステント留置術を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5 Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合、1 セットについてのみ算定できる。

イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的左心耳閉鎖術、経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの）、経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他のもの）、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）（右心カテーテル）を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6 Fr 以上 12Fr 以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき 4 セットまで算定できる。

108 頭・静脈、腹腔シャントバルブ

カテーテル、バルブ、リザーバー、コネクタのいずれかが組み合わされ、一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。

113 植込式心臓ペースメーカー用リード

植込式心臓ペースメーカー用リードを植込型除細動器に接続し使用した場合は、そのリードの機能に応じ、経静脈リードの標準型又は誤感知防止型として算定する。

114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極

- (1) 心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」を算定する場合は、区分番号「K 5 9 5」経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。
- (2) 再製造の冠状静脈洞型又は房室弁輪部型を使用する場合は、再製造品であることについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明すること。

118 植込型除細動器用カテーテル電極

アダプターは、除細動閾値が高く、除細動電極の追加が必要となった患者に対して使用した場合に限り算定できる。

120 生体弁

(1) 異種心膜弁(Ⅱ)システム

ア 大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する重症大動脈弁狭窄症を有している患者に使用する場合に限り、算定できる。

イ 関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。

ウ 胸腔鏡下弁形成術・弁置換術の施設基準を満たす医療機関で使用した場合に限り、算定できる。

123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル

熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」又は「体外式ペーシング機能付き・特殊型」を算定する場合は、区分番号「K595」経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。

125 遠心式体外循環用血液ポンプ

(1) 遠心式体外循環用血液ポンプは、人工心肺回路セットに併用される場合、胸部若しくは胸腹部の大動脈瘤手術時における病変部大動脈の一時的バイパスを行う場合又は経皮的な心肺補助法（PCPS）を行う場合に算定できる。

(2) 流量測定に用いるセルは別に算定できない。

126 体外循環用カニューレ

付加機能のうち加算の対象となる付加されている生体適合性とは、ヘパリンコーティングされているもの、ポリメトキシエチルアクリレート等（抗血栓性を有していることが薬事承認又は認証上明記されているもの）がコーティングされているもの及び材質が抗血栓性セグメント化ポリウレタンであるものをいう。また、付加機能のうち、密封・固定、圧モニター及びベント（心筋保護カニューレにおけるもの）は加算の対象とならない。

127 人工心肺回路

人工心肺と同時に行われた選択的冠灌流の際の回路については、人工心肺回路として算定できる。

129 補助人工心臓セット

(1) 体外型

ア 成人用

a 成人用の材料価格には、補助人工心臓血液ポンプ、送血用カニューレ、脱血用カニューレ、駆動用チューブ、心房カフ、スキンカフ、タイバンド、シリコン栓、心尖カフ、コネクタ、コネクタバンド及び回路チューブの費用が含まれ別に算定できない。

b 左心補助、右心補助についてそれぞれ1個を限度として算定できる。

イ 小児用

a 血液ポンプ、動脈送血用カニューレ及びドライビングチューブはいずれも、左心補助、右心補助についてそれぞれ1個を限度として算定する。脱血用カニューレは、左心補助について、心尖部脱血用カニューレ又は心房脱血用カニューレを、いずれか1個を限度として算定する。右心補助については、心房脱血用カニューレを、1個を限度として算定する。アクセサリセットは、血液ポンプを算定する際に1個を限度として算定する。

b 前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

c 小児用を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定する。

(2) 植込型（非拍動流型）

ア 植込型（非拍動流型）の材料価格には、血液ポンプ、送血用人工血管、脱血用人工血管、コントロールユニット等の費用が含まれ、別に算定できない。

イ 植込型（非拍動流型）（水循環回路セットを除く。）を植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合、及び水循環回路セットを、前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ウ 次のいずれかの場合に使用すること。

a 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善に使用する場合。

b 心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助として使用する場合。

エ 植込型（非拍動流型）を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定する。

130 心臓手術用カテーテル

(1) 心臓手術用カテーテルに併用されるガイドワイヤー等の特定保険医療材料は別途算定できる。

(2) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル・再狭窄抑制型は、冠動脈ステント内再狭窄病変又は新規冠動脈病変に対して使用された場合に算定できる。ただし、対照血管径が3.0mm以上の新規冠動脈病変に対しては関連学会が定めるステートメントに沿って使用した場合に限り算定できる。

(3) 特定保険医療材料以外の保険医療材料であって心臓手術用カテーテルに併用されるもの（三方活栓、延長チューブ、インデフレーター等）は算定できない。

(4) 冠動脈用ステントセット・救急処置型は、対象血管内径2.5mmから5.0mmの冠動脈又は伏在静脈グラフトに穿孔が生じ、心嚢内への止血が困難な血液漏出

がある患者に対する救命の為の緊急処置に使用された場合のみ算定できる。

- (5) 冠動脈用ステントセット・救急処置型は、本医療材料による処置が不成功となった場合に適切な処置が行えるよう、心臓外科的処置のできる施設又は近隣の医療機関との連携により緊急事態に対応できる施設で使用された場合のみ算定できる。
- (6) 冠動脈用ステントセット・救急処置型は、血管造影法、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術に熟練し、かつ、本医療材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用すること。
- (7) 冠動脈狭窄部貫通用カテーテルは、慢性完全狭窄症例や冠動脈完全閉塞の急性心筋梗塞等ガイドワイヤー通過困難な症例において、経皮的冠動脈形成術の施行時に使用した場合に算定できる。
- (8) 特殊カテーテル・切削型のうち、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの材料価格には、同時に使用されるモータードライブユニット等（アドバンスー、カッターカテーテル、止血弁等）の費用が含まれ、別に算定できない。
- (9) 特殊カテーテル・破砕型は、石灰化スコアが3以上の新規冠動脈病変に対して使用された場合に限り算定できる。

132 ガイディングカテーテル

- (1) 冠動脈用は、冠動脈形成術を施行する際に使用した場合のみ算定できる。
- (2) 脳血管用は、脳血管の手術の際に使用した場合のみ算定できる。
- (3) 脳血管用・高度屈曲対応型は、脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムの留置を補助する目的で使用した場合又は他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変若しくは困難な病変に対して使用した場合に限り算定できる。なお、他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合は、高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) その他血管用は、経皮的四肢血管拡張術、血栓除去術及び経皮的肺動脈拡張術を行う際に使用した場合のみ算定できる。
- (5) 脳血管用・紡錘型は、他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合に限り算定できる。なお、脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 気管支用は側副換気の有無を検出する検査を実施する際に、肺区域の空気を体外の測定装置に誘導することを目的に使用した場合に限り算定できる。
- (7) 脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型は、橈骨動脈から血管内手術用カテーテル等を挿入する必要がある場合であって、他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合に限り算定できる。なお、脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

133 血管内手術用カテーテル

- (1) 経皮的脳血管形成術用カテーテルは、頭蓋内血管の経皮的形成術に使用した場合に算定できる。
- (2) 末梢血管用ステントセット・橈骨動脈穿刺対応型は、橈骨動脈を穿刺して使用した場合に算定できる。
- (3) P T Aバルーンカテーテル
 - ア 大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変又はステント内再狭窄病変に対し再狭窄抑制型を用いる場合は、関連学会が定める「大腿膝窩動脈用薬剤コーティングバルーンの適正使用指針」に沿って使用した場合に限り算定できる。
 - イ 再狭窄抑制型を、大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5 cm未満の病変に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し症状詳記を記載すること。
 - ウ 再狭窄抑制型については、同一病変に対して、同一入院中に末梢血管用ステントセット・一般型、末梢血管用ステントセット・橈骨動脈穿刺対応型、又は末梢血管用ステントセット・再狭窄抑制型と併せて使用した場合は、一連につき主たるもののみ算定できる。
 - エ ブラッドアクセス用のシャントの狭窄病変又は閉塞病変に対し再狭窄抑制型を用いる場合は、関連学会が定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。
 - オ ボディワイヤー型を使用した場合は、一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) 下大静脈留置フィルターセット
 - ア フィルター、フィルター・デリバリー・カテーテル、ガイドワイヤー、ダイレーター、シース、ローディング・コーン及びローディング・ツールは、別に算定できない。
 - イ 留置後抜去することを前提としたテンポラリー下大静脈留置フィルターは算定できない。
- (5) 血管内異物除去用カテーテル
 - ア リードロックングデバイスについては、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。
 - イ リード抜去スネアセットについては、リード断線等、通常の血管内異物除去用カテーテル大血管用では抜去困難と判断されるリードの抜去を目的として、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じて使用した場合に限り算定できる。
 - ウ 大血管用ローテーションシースの使用にあたっては、関連学会の定める当該材料の実施基準に準じて使用した場合に限り算定できる。
 - エ リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルは、「K 5 9 7」ペースメーカー移植術及び「K 5 9 7-2」ペースメーカー交換術の施設基準を満たした上で、緊急手術が可能な体制を有している保険医療機関で使用された場合のみ算定できる。

オ リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルは、関係学会の定める当該材料の実施基準を遵守して使用した場合に限り算定できる。

カ リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルは、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。なお、リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(6) 血栓除去用カテーテル

ア 脳血栓除去用は、1回の手術に対し、3本を限度として算定する。

イ 脳血栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ウ 脳血栓除去用を使用するに当たっては、関係学会の定める実施基準に準じること。

エ 破砕吸引型については、ワイヤーを使用せず、カテーテルのみを使用して脳血栓の除去を行った場合は、破砕吸引型は算定できず、直接吸引型として算定する。

(7) 塞栓用コイル・コイル・特殊型は、所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定できる。

(8) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル

ア ガイドワイヤーの通過が困難な慢性完全閉塞下肢動脈において、経皮的血管形成術を実施した場合に限り算定できる。なお、経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 内膜下に挿入されたガイドワイヤーを真腔に再疎通させる機能を有するものについては、TASCⅡA/B病変であって、病変長が15cmを超えない病変において、ガイドワイヤーが偽腔に迷入した場合に限り、1回の手術に当たり1本を上限として算定できる。

(9) 血管塞栓用プラグ

ア 心臓及び頭蓋内血管を除く、動静脈奇形、瘤、動静脈瘻等の異常血管、出血性病変、肝臓腫瘍の栄養血管のうち、直径2mm以上の血管に使用した場合に算定できる。なお、患者の血管病変部の所見（直径を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ プッシャーワイヤー及びローダーは別に算定できない。

(10) 交換用カテーテルは、1回の手術に対し、1本を限度として算定する。

(11) 体温調節用カテーテル

ア 投薬のみを目的として使用した場合は算定できない。

イ 発熱管理型は、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害に伴う発熱患者に対し、体温調節の補助として使用した場合に限り算定できる。

ウ 体温管理型は、目標体温を36℃以下として体温管理を行った場合に限り算定できる。

(12) 脳血管用ステントセットは、以下のいずれかの目的で使用した場合に限り算定できる。

- ア 血管形成術時に生じた血管解離、急性閉塞又は切迫閉塞に対する緊急処置
- イ 他に有効な治療法がないと判断される血管形成術後の再治療

(13) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム

ア 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムは、1回の手術に当たり原則として1個を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステムは、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ウ 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム・動脈内留置型又は脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム・瘤内留置型を使用するに当たっては、日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会及び日本脳神経血管内治療学会作成の「頭蓋内動脈ステント（脳動脈瘤治療用 FlowDiverter）適正使用指針」又は「ワイドネック型分岐部動脈瘤用治療機器適正使用指針」を遵守すること。

(14) 血管形成用カテーテル

ア エキシマレーザー型又は切削吸引型に併せて使用するガイドワイヤー等の特定保険医療材料は、別に算定できる。

イ エキシマレーザー型又は切削吸引型は、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、一連の治療につき2本を限度として算定できる。

134 人工血管

短期使用型は、原則として16歳未満の患者に対し、血行動態の一時的改善又は血中酸素濃度の是正のために使用した場合に算定できる。ただし、16歳以上の患者に対して使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的理由を記載すること。

135 尿路拡張用カテーテル

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

136 胆道結石除去用カテーテルセット

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

137 腎・尿管結石除去用カテーテルセット

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

139 組織拡張器

組織拡張器は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

- (1) 形成外科若しくは乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師又はその指導下で研修を行う医師であること。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されていること。

140 輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）

輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）は、1日当たり、1,000mL以上の輸血を行う場合（体重40kg以下の患者については、体重1kg当たり25mL以上の輸血を行う場合）に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。

141, 142 輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）

輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）は、白血病、再生不良性貧血、慢性腎不全等同一の疾患に対して10回以上の反復輸血が行われる場合（行われることが予想される場合を含む。）に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。

144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器

(1) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器は、施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関において、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。ただし、薬事承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

ア a、b又はcの基準を全て満たすこと。

- a
 - i NYHA クラスⅡ
 - ii 左室駆出率 30%以下
 - iii QRS 幅 150ms 以上
 - iv 左脚ブロック
 - v 洞調律
- b
 - i NYHA クラスⅢ又はⅣ
 - ii 左室駆出率 35% 以下
 - iii QRS 幅 120ms 以上
- c
 - i 左室駆出率 50%以下
 - ii ペースメーカー又は植込み型除細動器の適応
 - iii 高頻度に心室ペーシングに依存することが予想される

イ 次のいずれかに該当すること。

- a 致死性不整脈による心停止に伴う意識消失の既往を有する患者
- b 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の既往を有する患者
- c 非持続性心室頻拍が確認され、かつ電気生理学的検査により心室頻拍又は心室細動が誘発される患者

(2) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。

145 血管内塞栓促進用補綴材

(1) 肝動脈塞栓材は、肝細胞癌患者に対する肝動脈塞栓療法において使用した場合に限り算定できる。

- (2) 血管内塞栓材・止血用は、外傷等により、頭部、胸腔、腹腔、骨盤内又は大腿、上腕動脈等の四肢中枢側の動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。
- (3) 血管内塞栓材・動脈化学塞栓療法用は、薬剤を含浸して使用した場合に限り算定できる。
- (4) 血管内塞栓材・液体塞栓材は、出血性病変、血管奇形、腫瘍、シャント性疾患等における止血、出血防止、症状の緩和等、又は経皮経肝門脈塞栓術、血流改変術等における治療補助のために血管塞栓術を行った場合に算定する。なお、肺動脈以外の心血管、内視鏡的食道静脈瘤塞栓術及び肺動静脈奇形を除く。また、関連学会等の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。

146 大動脈用ステントグラフト

- (1) 腹部大動脈用ステントグラフトは、腹部大動脈瘤に対して外科手術による治療が第一選択とならない患者であって、当該材料の解剖学的適応を満たすものに対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合にのみ算定できる。
 なお、腹部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。また、腹部大動脈瘤の治療を目的とした外科手術を比較的安全に行うことが可能な患者に対しては、外科手術を第一選択として治療方法を選択すること。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に外科手術が第一選択とならない旨及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。
- (2) 胸部大動脈用ステントグラフトは、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。なお、以下の場合には1回の手術に対して2個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。また、胸部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。
 ア 1個のステントグラフトで治療が可能な長さを超えるため、複数個の使用が必要な場合
 イ 中枢側及び末梢側の固定部位の血管径が異なり、1個のステントグラフトで許容できる範囲を超えるため、複数個の組み合わせによる使用が必要な場合
- (3) 胸部大動脈用ステントグラフトの血管分岐部対応型は、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等の主要血管分岐部を含む部位に使用した場合に算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する主要分岐血管名を記載すること。
- (4) 大動脈解離用ステントグラフトは、当該材料の解剖学的適応を満たす合併症を有する Stanford B 型大動脈解離（解離性大動脈瘤を含む。）を有する患者のうち、内科的治療が奏効しない患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合に限り算定できる。なお、大動脈解離用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。
- (5) 大動脈解離用ステントグラフト（ベアステント）は、1回の手術に対し、そ

れぞれ1個を限度として算定する。なお、複数個のベアステントによる治療が必要である場合、2個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

149 血管内光断層撮影用カテーテル

- (1) 血管内超音波法(IVUS)で観察が困難であるが、血管内腔及び血管壁表層の観察が必要な場合にのみ算定できる。
- (2) 血管内光断層撮影用カテーテルは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。
- (3) 血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用した場合は原則としていずれか主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性から血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

150 ヒト自家移植組織

- (1) 自家培養表皮（重症熱傷に対し使用する場合）
 - ア 自家植皮のための患皮面積が確保できない重篤な広範囲熱傷で、かつ、受傷面積として深達性Ⅱ度熱傷創及びⅢ度熱傷創の合計面積が体表面積の30%以上の熱傷の場合であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、一連につき40枚を限度として算定する。ただし、医学的に必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上で50枚を限度として算定できる。
 - イ 深達性Ⅱ度熱傷創への使用は、Ⅲ度熱傷と深達性Ⅱ度熱傷が混在し、分けて治療することが困難な場合に限る。
 - ウ 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。
 - エ ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。
- (2) 自家培養表皮（先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合）
 - ア 調製・移植キットについては、先天性巨大色素性母斑を切除した後の創部であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、原則として、一連の治療計画につき30枚を限度として算定する。
 - イ 採取・培養キットについては、一連の治療計画の初回治療月に1回に限り算定できる。
 - ウ ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を先天性巨大色素性母斑の治療を目的として使用した場合は、診療報酬請求に当たって、他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該料を使用する必要があった症状詳記を診療報酬明細書に記載する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。
 - a 治療開始年月及び治療終了予定年月

b 治療間隔及び回数

(3) 自家培養表皮（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合）

ア 調製・移植キットについては、栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症であって、4週間以上持続しているびらん・潰瘍又は潰瘍化と再上皮化を繰り返すびらん・潰瘍に対して、上皮化させることを目的として使用した場合に、一連の治療計画につき同一箇所に対する移植は3回を限度とし、合計50枚を限度として算定する。なお、同一箇所に対して2回以上移植した場合は、その医学的理由と移植箇所、移植回数を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 採取・培養キットについては、一連の治療計画の初回治療月に1回に限り算定できる。

ウ ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症の治療を目的として使用した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を記載する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。

a 治療開始年月及び治療終了予定年月

b 治療間隔及び回数

(4) 自家培養軟骨

ア 膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）で、他に治療法がなく、かつ、軟骨欠損面積が4cm²以上の軟骨欠損部位に使用する場合にのみ算定できる。

イ 使用した個数、大きさにかかわらず、所定の価格を算定する。

ウ 以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

a 整形外科の経験を5年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。

i 自家培養軟骨の適応に関する事項

ii 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

iii 軟骨採取法に関する事項

iv 周術期管理に関する事項

v 合併症への対策に関する事項

vi リハビリテーションに関する事項

vii 全例調査方法に関する事項

viii 手術方法に関する事項（自家培養軟骨に類似した人工物を用いた手技を含む。）

エ ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。

(5) 自家培養角膜上皮

ア 角膜上皮幹細胞疲弊症の患者（スティーヴンス・ジョンソン症候群の患者、眼類天疱瘡の患者、移植片対宿主病の患者、無虹彩症等の先天的に角膜上皮幹細胞に形成異常を来す疾患の患者、再発翼状片の患者及び特発性の角膜上皮幹細胞疲弊症患者を除く。）であって、重症度 Stage II A（結膜癒痕組織の除去（必要に応じて羊膜移植）を行ったにもかかわらず角膜上皮の再建に至らない場合に限る。）、Stage II B 又は Stage III のものに対して使用した場合に、片眼につき 1 回に限り算定できる。

イ 次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

a 眼科の経験を 5 年以上有しており、角膜移植術を術者として 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。

i 自家培養角膜上皮の適応に関する事項

ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度判定に関する事項

iii 角膜採取法に関する事項

iv 移植方法に関する事項

ウ ヒト自家移植組織（自家培養角膜上皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載する。

(6) 自家培養口腔粘膜上皮

ア 角膜上皮幹細胞疲弊症の患者であって、重症度 Stage II A（結膜癒痕組織の除去（必要に応じて羊膜移植）を行ったにもかかわらず角膜上皮の再建に至らない場合に限る。）、Stage II B 又は Stage III のものに対して使用した場合に、片眼につき 1 回に限り算定できる。

イ 自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キットは、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

a 眼科の経験を 5 年以上有しており、角膜移植術を術者として 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。

i 自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項

ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度判定に関する事項

iii 口腔粘膜組織採取法に関する事項

iv 移植方法に関する事項

ウ 自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キットは、口腔粘膜組織採取法に関する研修を修了している医師が使用した場合に限り算定する。

エ ヒト自家移植組織（自家培養口腔粘膜上皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載する。

(7) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮

ア 角膜上皮幹細胞疲弊症に伴う癒着を有する眼表面疾患の患者（スティーヴ

ンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷、移植片対宿主病（GVHD）、無虹彩症などの先天的に角膜上皮細胞形成異常のある疾患、特発性角膜上皮幹細胞疲弊症、再発翼状片又は悪性腫瘍に伴う角膜上皮幹細胞疲弊症を有する患者）であって、結膜又は結膜から角膜にかけて眼表面に高度癒着（スクリーニング検査時の眼球癒着スコアが1以上のもの）を伴うものに対して使用した場合に、片眼につき1回に限り算定できる。

イ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キットは、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

a 眼科の経験を5年以上有しており、角膜移植術又は羊膜移植術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

b 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。

i ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮の適応に関する事項

ii 角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアに関する事項

iii 口腔粘膜組織採取法に関する事項

iv 移植方法に関する事項

ウ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キットは、口腔粘膜組織採取法に関する研修を修了している医師が使用した場合に限り算定する。

エ ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮を用いる場合は、関連学会が定める適正使用指針に沿って使用した場合に限り算定できる。

オ ヒト自家移植組織（ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を記載する。

152 胸郭変形矯正用材料

(1) セットを使用する場合は、脊椎固定用材料に属する特定保険医療材料及び固定クリップ（伸展術時交換用）の費用は胸郭変形矯正用材料の材料価格に含まれ、別途算定できない。

(2) セットは1回の手術につき2セットを限度として算定できる。なお、医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的根拠を詳細に記載すること。

(3) 固定クリップ（伸展術時交換用）は1セット当たり2個を上限として算定できる。

(4) 固定クリップ（伸展術時交換用）は伸展術時のみ算定できる。

(5) 部品連結用②横型を用いる場合は、セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）は1回の手術につき1セットを限度として算定できる。なお、医学的根拠に基づき2セット以上を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的根拠を詳細に記載すること。

153 経皮的動脈管閉鎖セット

- (1) 経皮的動脈管閉鎖セットを使用するに当たっては、関連学会の定める当該材料の実施基準に準じること。
- (2) 動脈管内留置型は、関連学会の作成した「体重 2.5kg 未満の動脈管閉存症に対する経皮的動脈管閉鎖セットの適正使用に関する手引き」を遵守して使用した場合に限り算定できる。なお、使用した患者の体重を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 動脈管内留置型は、関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。
- (4) 動脈管内留置型は、関連学会より認定された医師が使用した場合に限り算定できる。なお、その医師が関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。
- (5) 動脈管内留置型を体重 1 kg 未満の患者に対し使用する場合は、外科的治療と当該材料による治療とのリスクとベネフィットの比較衡量により、適切と判断される場合に限り使用できる。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該材料を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

155 植込型心電図記録計

- (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。
- (2) 潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

156 合成吸収性硬膜補強材

本材料は 5 mL を 1 単位とする。

159 局所陰圧閉鎖処置用材料

- (1) 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。
 - ア 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）
 - イ 外科手術後離開創・開放創
 - ウ 四肢切断端開放創
 - エ デブリードマン後皮膚欠損創
 - オ 術後縫合創（手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）
- (2) 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より 3 週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については 4 週間を限度として算定

できる。3週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。ただし、感染等により当該処置を中断した場合にあっては、当該期間は治療期間に含めない。

(4) 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(5) (1)「オ」については、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c (HbA1c)がJDS値で6.6%以上 (NGSP値で7.0%以上) の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

(6) (1)「オ」について、(5)以外の患者に対して使用した場合は、局所陰圧閉鎖処置用材料に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、局所陰圧閉鎖処置用材料は算定できない。

160, 161 植込型迷走神経電気刺激装置及び迷走神経刺激装置用リードセット

植込型迷走神経電気刺激装置及び迷走神経刺激装置用リードセットは、薬剤抵抗性の難治性てんかん発作を有するてんかん患者（開頭手術が奏効する症例の者を除く。）に対して、てんかん発作の頻度を軽減することを目的として、所定の研修を修了した医師が使用した場合に算定できる。

162 経皮的心腔内リード除去用レーザーシースセット

経皮的心腔内リード除去用レーザーシースセットを用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

163 膀胱尿管逆流症治療用注入材

1回の手術に対し、一側につき3本を限度として算定する。

164 椎体形成用材料セット

(1) 椎体形成用材料セットを用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

(2) 椎体形成用材料セットは、原発性骨粗鬆症による場合は1回の手術に対し1

セットを、多発性骨髄腫又は転移性骨腫瘍による場合は3セットを限度として算定する。

165 脊椎棘間留置材料

- (1) 脊椎棘間留置材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。
- (2) 脊椎棘間留置材料は、1回の手術に対し2個を限度として算定する。

166 外科用接着用材料

外科用接着用材料は、1回の手術につき32.4gを限度として算定する。

168 心腔内超音波プローブ

- (1) 磁気センサー付きを算定する場合は、区分番号「K595」経皮的カテーテル心筋焼灼術の「注1」三次元カラーマッピング加算は算定できない。
- (2) 再製造の標準型を使用する場合は、再製品であることについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明すること。

174 植込型骨導補聴器

- (1) 接合子付骨導端子又は骨導端子及び接合子はいずれか一方のみ算定する。
- (2) 植込型骨導補聴器は、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。
 - ア 両側外耳道閉鎖症、両側耳硬化症、両側真珠腫又は両側耳小骨奇形等で、既存の手術による治療及び既存の補聴器を使用しても改善がみられない患者。
 - イ 一側の平均骨導聴力レベルが55dB以内の患者。
- (3) 植込型骨導補聴器を使用する際には、診療報酬明細書の摘要欄に患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由（既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。）、既存の治療の結果等を詳細に記載すること。
- (4) 植込型骨導補聴器の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の変更等の場合は算定できない。

176 子宮用止血バルーンカテーテル

- (1) 分娩又は帝王切開術後の子宮からの弛緩出血に対し、子宮収縮剤の投与及び子宮双手圧迫術を試みても止血できない患者に対して使用した場合のみ算定できる。
- (2) 子宮用止血バルーンカテーテルを用いる際は、区分番号「J077」子宮出血止血法の「1」分娩時のもの、「K898」帝王切開術又は「K901」子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）と併せて算定する。

177 心房中隔穿刺針

カニューレは、ガイドワイヤー型と併せて使用する場合に限り算定できる。

180 陰圧創傷治療用カートリッジ

- (1) 陰圧創傷治療用カートリッジは以下の場合に算定する。
 - ア 入院中の患者以外の患者に対して使用した場合
 - イ 入院中の患者に対して使用した場合（術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）
- (2) (1)「イ」については、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。
 - ア BMIが30以上の肥満症の患者
 - イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者
 - ウ ステロイド療法を受けている患者
 - エ 慢性維持透析患者
 - オ 免疫不全状態にある患者
 - カ 低栄養状態にある患者
 - キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者
 - ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者
- (3) (1)「イ」について、(2)以外の患者に対して使用した場合は、陰圧創傷治療用カートリッジに係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、陰圧創傷治療用カートリッジは算定できない。

181 人工乳房

人工乳房は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

- (1) 形成外科若しくは乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師又はその指導下で研修を行う医師であること。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されていること。

182 経カテーテル人工生体弁セット

- (1) 経カテーテル人工生体弁セットは、下記のいずれかに該当する場合に限り算定できる。
 - ア 自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄を有し、経カテーテル人工生体弁セットによる治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に使用する場合
 - イ 外科的又は経カテーテル的に留置した大動脈生体弁の機能不全（狭窄、閉鎖不全又はその複合）による症候性の弁膜症を有し、かつ、外科的手術を施行することができず、経カテーテル人工生体弁セットによる治療が当

該患者にとって最善であると判断された患者に使用する場合

ウ 先天性心疾患手術において植え込まれた右室流出路心外導管又は肺動脈弁位に外科的に留置した生体弁の機能不全（狭窄、閉鎖不全又はその複合）を有し、かつ外科的手術を施行することができず、本品による治療が最善であると判断された患者に使用する場合

- (2) バルーン拡張型人工生体弁セットのうち期限付改良加算のあるものについては、令和10年5月31日まで算定できる。

186 気管支手術用カテーテル

- (1) 気管支手術用カテーテルを用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。
- (2) 気管支手術用カテーテルは以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に限り算定できる。
- ア 18歳以上の患者
- イ 高用量の吸入ステロイド薬及び長時間作用性 β_2 刺激薬の使用により、喘息症状のコントロールが不十分又は不良である患者
- ウ 気管支鏡による手技が可能な患者
- (3) 気管支手術用カテーテルは1回の手術につき、1本を限度として算定できる。また、同一患者につき3本を限度として算定できる。
- (4) 気管支手術用カテーテルの算定に当たっては、当該材料を使用した患者について、診療報酬明細書に症状詳記を記載すること。

187 半導体レーザー用プローブ

- (1) 半導体レーザー用プローブは、切除不能な局所進行若しくは局所再発の頭頸部癌又は以下のいずれにも該当する局所遺残再発食道癌に対して使用された場合に限り算定できる。
- ア 外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの
- イ 壁深達度が固有筋層を超えないもの
- ウ 長径が3cm以下かつ周在性が1/2周以下であるもの
- エ 頸部食道に及ばないもの
- オ 遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの
- (2) 半導体レーザー用プローブは、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。
- (3) 半導体レーザー用プローブは、局所遺残再発食道癌に対して使用する場合は原則として1本を限度として算定するが、追加照射が必要となった場合に限り、更に1本を限度として追加で算定できる。

ただし、2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

また、切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合は一連の治療につき8本を限度として算定できる。ただし、それ以上の本数の算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載すること。

189 ヒト骨格筋由来細胞シート

- (1) ヒト骨格筋由来細胞シートは、虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に従い、ハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、同基準に従って使用された場合に限り算定できる。
- (2) ヒト骨格筋由来細胞シートは、1人につき1回まで算定できることとし、使用する際は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

190 人工中耳用材料

- (1) 人工中耳用材料は、関係学会の定める指針に従い、植込型骨導補聴器よりも当該材料を適用すべき医学的な理由がある患者に対して使用した場合に限り、算定できる。
- (2) 人工中耳用材料の使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 人工中耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の変換等の場合は算定できない。

191 末梢血管用ステントグラフト

- (1) 末梢血管用ステントグラフトは、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。
- (2) 末梢血管用ステントグラフトの使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については、人工血管シャント吻合部に対して用いる場合は1本を上限として、その他の場合は2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。また、TASC II C/D 病変の、大動脈分岐部病変に対してキッキングステント法が適用される場合にあつては、1回の手術につき、標準型については4本を上限とする。
- (4) 浅大腿動脈の TASC II D 病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定することとする。
- (5) 腸骨動脈の TASC II A/B 病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載もしくは症状詳記に記載すること。
- (6) 末梢血管用ステントグラフトを用いた人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針における術者要件を満たすことを証明する書類の写しを添付すること。また当該術者にあつては、区分番号「K 6 1 6 - 4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術を100例以上実施した経験を有することとし、当該症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の

性別、年齢、主病名)を添付すること。

- 192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル
ガイドワイヤーは、別に算定できない。

- 193 補助循環用ポンプカテーテル

心原性ショック等の薬物療法抵抗性の急性心不全のうち、大動脈バルーンポンピング法又は経皮的心肺補助法では救命が困難であると判断された患者に対し、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。なお、算定にあたっては関連学会により発行される実施施設証明書の写しを添付すること。

- 194 人工椎間板

人工椎間板は、関連学会の定める「頚椎人工椎間板置換術適正使用基準」に沿って使用した場合に限り算定できる。

- 195 体表面用電場電極

- (1) 体表面用電場電極は、薬事承認された使用目的のうち、初発膠芽腫について使用した場合に限り算定できる。
- (2) 体表面用電場電極を4枚以外の枚数を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載すること。
- (3) 体表面用電場電極は1月につき40枚を限度として算定できる。
- (4) 体表面用電場電極は、関連学会の定める診療に関する指針を遵守して使用し、日本脳神経外科学会と日本脳腫瘍学会が行うレジストリに症例情報を登録した場合に限り算定する。

- 196 経皮的僧帽弁クリップシステム

- (1) 経皮的僧帽弁クリップシステムは、関連学会の定める「弁尖間クリッピング式の経皮的僧帽弁接合不全修復システムに関する適正使用指針」に沿って使用した場合に限り、1回の手術に対し、3個を限度として算定する。
- (2) 経皮的僧帽弁クリップシステムは、症候性の高度僧帽弁閉鎖不全を有する患者のうち、外科的開心術が困難な患者に対して使用する場合に限り算定でき、算定にあたっては、外科手術が困難であることを評価し、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を診療報酬明細書に記載する。

- 199 甲状軟骨固定用器具

甲状軟骨固定用器具は、関係学会の定める診療に関する指針に沿って使用した場合に限り算定できる。

- 200 放射線治療用合成吸収性材料

- (1) ハイドロゲル型

- ア 前立腺癌の放射線治療に際し、直腸の吸収線量を減少させることを目的として使用した場合に限り算定できる。
- イ 関係学会の定める診療に関する指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- ウ Stage I 又は II 以外の前立腺癌患者に使用した場合には、ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) シート型

- ア 近接する消化管等のため放射線治療の実施が困難な患者に対して、腹腔内又は骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む）と消化管等との間隙を確保するために使用した場合に限り、一連の治療につき1枚を限度として算定できる。
- イ 関係学会の定める診療に関する指針に従って使用した場合に限り算定できる。

201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム

膵臓用瘻孔形成補綴材留置システムは、関連学会の定める指針に従って使用した場合に限り、算定できる。

202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット

- (1) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、関連学会の定める腹部開放管理における専用ドレッシングキットの適正使用指針に沿って使用した場合に限り、初回使用から10日を限度に5枚に限り算定できる。
- (2) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、A300救命救急入院料（1日につき）「1」救命救急入院料1から「4」救命救急入院料4までのいずれか、A301特定集中治療室管理料（1日につき）「1」特定集中治療室管理料1から「4」特定集中治療室管理料4までのいずれか、A301-4小児特定集中治療室管理料（1日につき）「1」7日以内の期間若しくは「2」8日以上期間又はA302新生児特定集中治療室管理料（1日につき）「1」新生児特定集中治療室管理料1若しくは「2」新生児特定集中治療室管理料2のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。
- (3) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

203 横隔神経電気刺激装置

- (1) 人工呼吸器に依存する脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として使用する場合に限り算定できる。
- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。
- (3) 以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定できる。
 - ア 横隔神経電気刺激装置を使用した腹腔鏡手術を3例以上実施した経験を有する常勤の消化器外科若しくは小児外科の医師又はその指導下で当該手術を実施する医師であること。
 - イ 横隔神経電気刺激装置を用いた手技に関する所定の研修を修了しているこ

と。

- (4) H003呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関で使用する。
- (5) 横隔神経電気刺激装置を使用する前に、横隔神経伝導試験及びX線透視による横隔膜運動の観察等によって、横隔神経の電気刺激による横隔膜の収縮を確認すること。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。

204 経皮的左心耳閉鎖システム

- (1) 関連学会の定める適応基準を満たす非弁膜症性心房細動患者に対して、左心耳に起因する血栓塞栓症のリスクを低減する目的で使用した場合に限り算定できる。経皮的左心耳閉鎖システムの使用に当たっては、抗凝固療法と当該材料による治療とのリスクとベネフィットの比較衡量により、適切と判断される治療方法を選択すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に当該材料を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り、1回の手術に当たり1個を限度して算定できる。
- (3) 関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。
- (4) 経皮的左心耳閉鎖システムを用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。
- (5) 経皮的左心耳閉鎖システムを使用するに当たっては、関連学会が行うレジストりに症例情報を登録すること。
- (6) 経皮的左心耳閉鎖システムの使用に伴う合併症について、患者に文書を用いて説明し、及び同意を取得し、当該文書を診療録に保管すること。
- (7) 経皮的左心耳閉鎖システムの留置後6か月間は、手技を実施した保険医療機関で患者の指導管理を行うこと。

205 経皮的卵円孔開存閉鎖セット

- (1) 関連学会の作成した「潜在性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の手引き」に定められた適応基準を満たす卵円孔開存患者に対して、脳梗塞を発症した症例での再発予防を目的として使用した場合に限り算定できる。なお、診療報酬明細書の摘要欄に経皮的卵円孔開存閉鎖セットを使用する医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 関連学会の作成した「潜在性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の手引き」を遵守して使用した場合に限り、1回の手術あたり1個を限度として算定できる。
- (3) 関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診

療報酬明細書に添付すること。

- (4) 経皮的卵円孔開存閉鎖セットを用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。

206 人工顎関節用材料

- (1) 関連学会の定める適応基準を満たす、関節窩及び下顎骨頭の置換又は再建が必要な患者に対して使用した場合に算定する。
- (2) 関連学会の定める指針に従って使用した場合に限り算定できる。なお、診療報酬明細書の摘要欄に使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

207 人工鼻材料

- (1) 人工鼻は、1月あたり 60 個を限度として算定できる。ただし、1月あたり 60 個を超えて算定が必要な場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性について記載すること。
- (2) 接続用材料・シール型・標準型及び接続用材料・シール型・特殊型は、合わせて1月当たり 30 枚を限度として算定できる。ただし、合わせて1月当たり 30 枚を超えて算定が必要な場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性について記載すること。

208 耳管用補綴材

- (1) 耳管用補綴材は、保存的治療が奏功しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に使用された場合に一侧につき1回に限り算定できる。
- (2) 耳管用補綴材は、関連学会より認定された医師が使用した場合に限り算定できる。

209 吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）

- (1) 回路は別に算定できない。
- (2) 吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）は、潰瘍を有する、血行再建術不適合又は不応答な閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合に算定できる。
- (3) 吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用するに当たっては、関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。

210 植込型舌下神経電気刺激装置

以下のいずれにも該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群の患者に対して使用した場合に算定する。

- (1) 無呼吸低呼吸指数が 20 以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。
- (2) CPAP 療法が不適又は不応容であること。
- (3) 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。
- (4) 18 歳以上であること。
- (5) BMI が 30 未満であること。

- (6) 薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。
- (7) 中枢性無呼吸の割合が 25%以下であること。

211 植込型骨導補聴器（直接振動型）

- (1) 植込型骨導補聴器（直接振動型）は、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。
 - ア 植込側耳が伝音難聴又は混合性難聴であること。
 - イ 植込側耳の聴力について、純音による 500Hz、1000Hz、2000Hz、4000Hz の骨導聴力レベルが平均 45 dB以内であること。
 - ウ 気導補聴器、骨導補聴器又は軟骨伝導補聴器の装用が困難か、補聴効果が不十分であること。
 - エ 中耳、外耳の病態が以下のいずれかに該当すること。
 - a 先天性及び後天性外耳道閉鎖症
 - b 外耳・中耳からの持続性耳漏
 - c 適切な耳科手術によっても聴力改善が望めない症例
 - d 適切な耳科手術によっても聴力改善が得られなかった症例
 - e 対側が聾又は高度難聴のため、耳科手術による合併症のリスクを避けたい症例
- (2) 植込型骨導補聴器（直接振動型）の使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (3) オプション部品は、骨の厚みが不足している場合等の解剖学的理由によりインプラントを埋め込むことができない場合に算定する。
- (4) 植込型骨導補聴器（直接振動型）の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は算定できない。

212 ペプチド由来吸収性局所止血材

- (1) ペプチド由来吸収性局所止血材は、消化器内視鏡治療における漏出性出血に対して使用する場合であって、出血点の同定が困難かつ止血鉗子による止血が必要である場合に算定できる。なお、使用に当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) ペプチド由来吸収性局所止血材は、1回の手術に対し原則として 4 mL を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から 4 mL を超える量を使用する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) ペプチド由来吸収性局所止血材は、消化器内視鏡検査（生検を実施する場合を含む。）において使用した場合は算定できない。

213 脳神経減圧術用補綴材

脳神経減圧術用補綴材は、三叉神経痛、片側顔面痙攣及び舌咽神経痛に対する脳神経減圧術において使用した場合に、1回の手術に対し 0.3 g を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から 0.3 g を超える量を使用する場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

214 前立腺用インプラント

- (1) 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (2) 前立腺用インプラントの使用に当たっては、他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 前立腺用インプラントは、一連の治療に対して、原則として4個を限度として算定できる。医学的な必要性から5個以上使用する必要がある場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) 前立腺用インプラントの材料価格には、デリバリーシステムの費用が含まれ、別に算定できない。

215 経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）

- (1) 右室流出路への外科的修復又は経カテーテル的インターベンション（バルーン弁形成術）の既往があり、肺動脈弁置換が臨床上必要とされる重度肺動脈弁逆流症の患者であって、外科的手術のリスクが高く、本品による治療が最善であると判断されたもの（右室肺動脈コンデュイット又は人工弁が留置されているものを除く。）に対して使用する場合に限り算定できる。
- (2) 関連学会の定める適正使用基準に従って使用すること。

216 レーザー光照射用ニードルカテーテル

- (1) レーザー光照射用ニードルカテーテルは、半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定できる。
- (2) 当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

217 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステム

- (1) 関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (2) 前立腺組織用水蒸気デリバリーシステムは、一連の治療に対して、1個を限度として算定できる。

218 ヒト羊膜使用創傷被覆材

- (1) ヒト羊膜使用創傷被覆材については、糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍であって、既存療法である根本的な創傷管理（壊死組織の除去、感染制御、創傷の浄化等）、糖尿病性足潰瘍に対する血糖コントロール、静脈うっ滞性潰瘍に対する圧迫療法、創傷被覆材による湿潤療法等を4週間施行しても創面積が50%以上縮小しないものに対して、創傷治癒を促進することを目的として、導入時には入院管理のもと治療を開始した場合に限り、ヒト羊膜使用創傷被覆材による治療開始から12週までとして、一連の治療計画につき合計224cm²を限度として算定する。なお、潰瘍の臨床所見が好転すれば、既存療法の継続を行うこと。
- (2) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

- ア 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する常勤の医師であること。
- イ 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。
- a ヒト羊膜使用創傷被覆材の適応に関する事項
 - b 糖尿病性足潰瘍又は慢性静脈不全による難治性潰瘍の診断、治療及び既存治療に関する事項
 - c 特定生物由来製品に関する事項
 - d ヒト羊膜使用創傷被覆材の使用方法に関する事項
- (3) ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由、既存療法の結果を記載すること。
- (4) ヒト羊膜使用創傷被覆材は、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。
- (5) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科を標榜している病院において使用した場合に限り、算定できる。
- (6) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、整形外科、形成外科又は循環器内科の経験を5年以上有しており、足病疾患に係る診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師及び足病疾患の看護に従事した経験を3年以上有する専任の常勤看護師がそれぞれ1名以上配置されている病院において使用した場合に限り、算定できる。

219 自家皮膚細胞移植用キット

- (1) 自家皮膚細胞移植用キットについては、関連学会の定める適正使用に係る指針を遵守して使用した場合に限り算定する。
- (2) 自家皮膚細胞移植用キットについては、深達性Ⅱ度熱傷創、Ⅲ度熱傷創、気道熱傷、軟部組織の損傷や骨折を伴う熱傷又は電撃傷並びに当該患者における採皮部を対象として（なお、深達性Ⅱ度熱傷創、Ⅲ度熱傷創については、全体表面積の15%以上の深達性Ⅱ度熱傷、全体表面積の2%以上の深達性Ⅲ度熱傷又は顔面や手足のⅡ度熱傷若しくはⅢ度熱傷を対象とする。15歳未満においては、全体表面積の5%を超える深達性Ⅱ度熱傷若しくはⅢ度熱傷又は機能的、整容的な障害を残す可能性がある顔面や手足の深達性Ⅱ度熱傷若しくはⅢ度熱傷を対象とする。）、創傷部の治癒促進を目的として使用した場合に、一連につき7個を限度として算定する。
- (3) 皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。
- (4) 皮膚科、形成外科若しくは救急科の経験を5年以上有する常勤の医師又は熱傷の治療に関して、専門の知識及び5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の医師が使用した場合に限り算定する。
- (5) 自家皮膚細胞移植用キットを使用した患者については、診療報酬請求に当

たつて、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を記載すること。

220 経消化管胆道ドレナージステント

経消化管胆道ドレナージステントについては、関連学会が定めるガイドラインに従って使用された場合において、一連の治療につき原則として1個を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

223 腱再生誘導材

腱再生誘導材は、解剖学的に修復可能な腱組織の完全断裂及び不全断裂に対して使用した場合に限り算定できる。

224 前立腺組織用高圧水噴射システム

- (1) 前立腺組織用高圧水噴射システムは、前立腺体積が50mL以上の前立腺肥大症による下部尿路症状に対して、経尿道的前立腺手術よりも患者の負担の減少等を図る必要がある場合において、前立腺組織の切除及び除去を目的に使用した場合に限り算定できる。
- (2) 前立腺組織用高圧水噴射システムは、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (3) 前立腺組織用高圧水噴射システムの使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な根拠を詳細に記載すること。

225 気管支用バルブ

- (1) 気管支用バルブは、至適非侵襲的治療法を受けている、高度の肺気腫及び過膨張を伴う重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者のうち、生理学的検査により、隣接する肺葉間の側副換気がほとんど又は全くないことが確認され、気管支鏡的治療が実施可能な18歳以上の患者に対して、気管支内に留置し標的とする肺葉への気流を制限する目的に使用した場合に限り、1回の手術に対して6個を限度として算定できる。なお、気管支用バルブを5個以上使用する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (2) 気管支用バルブは、関連学会が定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。
- (3) 気管支用バルブの使用に当たっては、「K511」肺切除術又は「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

226 ニコチン依存症治療補助アプリ

- (1) ニコチン依存症治療補助アプリは、区分番号「B001-3-2」に掲げるニコチン依存症管理料の「1」の「イ」又は「2」を算定する患者に対して、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認又は認証されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測

定器を使用した場合に、禁煙治療開始時に患者1人につき1回を限度として算定できる。ただし、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には算定できない。

- (2) ニコチン依存症治療補助アプリは、過去1年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上である保険医療機関で本品を使用した場合にのみ算定できる。ただし、過去1年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りではない。

227 高血圧治療用補助アプリ

- (1) 高血圧症治療補助アプリは、区分番号「A001」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料（月1回）又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関、又は地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において算定する。
- (2) 成人の本態性高血圧症の治療補助を目的に薬事承認されたアプリを使用し高血圧症に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、初回の使用日の属する月から起算して6か月を限度として、初回を含めて月1回に限り算定する。
- (3) 前回算定日から、平均して7日間のうち5日以上血圧値がアプリに入力されている場合にのみ算定できる。ただし、初回の算定でアプリ使用実績を有しない場合は、この限りではない。
- (4) 本品の使用に当たっては、関連学会の策定するガイドライン及び適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

4 フィルムに係る取扱いについて

- (1) 1枚のフィルムを半分ずつ使用して2回撮影した場合のフィルム料は、当該フィルムの材料価格によって算定する。即ち実際に使用したフィルムの価格による。
- (2) 6歳未満の乳幼児の胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合には、損耗量が多いことを考慮して材料価格に1.1を乗じて算定するものである。
- (3) マンモグラフィー用フィルム以外の軟部組織撮影用フィルムについては、一般の直接撮影用フィルムとして算定する。
- (4) マンモグラフィー用フィルムの撮影対象部位は乳房のみである。
- (5) 画像記録用フィルムとは、コンピューター断層撮影、コンピューテッド・ラジオグラフィー法撮影、シンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影又はデジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法に用いるフィルムをいう。
- (6) コンピューター断層撮影又はコンピューテッド・ラジオグラフィー用の乾式イメージャーを用いる非銀塩感熱記録式フィルム、非銀塩高安定ラミネート方式フィルムは、画像記録用フィルムとして算定して差し支えない。

- (7) ロールフィルムのうち、フィルムの幅が告示に定められている規格と同様であるか又は類似している場合(35.6センチメートル、30.5センチメートル及び10.5センチメートル等)にあつては、告示に定められている規格の枚数に換算し、算出した額を限度とする。
- (8) 心臓又は血管の動態を把握するために使用したロールフィルム(シネフィルム)については、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (9) 画像診断に係る手技料を別に算定できない検査、処置又は手術を行った場合においても、使用したフィルムに要する費用については、区分番号「E400」に掲げるフィルム料を算定できる。また、特定保険医療材料及び造影剤を使用した場合は、各部に掲げる特定保険医療材料及び薬剤料を算定できる。
- (10) フィルムの規格が定められていないフィルムにあつては、定められている規格のうちで最も近似するフィルムの規格の材料価格により算定する。

5 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

(1) 臨床試用特定保険医療材料に係る保険請求上の取扱い

臨床試用特定保険医療材料は、算定方法告示に規定され、医療保険上の給付対象となる「特定保険医療材料」には該当しないものであり、したがって、臨床試用特定保険医療材料に係る特定保険医療材料料については、保険請求は認められない。

(2) 臨床試用特定保険医療材料を使用した場合の手技料等の取扱い

臨床試用特定保険医療材料が材料価格基準に記載されている特定保険医療材料である限り、当該臨床試用特定保険医療材料に係る手技料については、保険請求が認められる。

6 経過措置について

(1) 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」(令和6年2月14日保発0214第3号)第4章第2節の規定に基づき、外国平均価格に基づく再算定が行われた胆道ステントセット、大腿骨外側固定用内副子及び遠心式体外循環用血液ポンプについて、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

(2) 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第3章第6節及び第4章第4節の規定に基づき、髄内釘及び経消化管胆道ドレナージステントの機能区分における迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器について、当該医療機器が新規掲載された日から2年間に限り、当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を保険償還価格とするよう経過措置を設けたところである。

II 算定方法告示別表第二歯科診療報酬点数表に関する事項

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

Iの1と同様であること。

2 注射の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

002 中心静脈用カテーテル

I の 3 の 021 と同様であること。

3 投薬、処置、手術、麻酔及び放射線治療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

001 人工骨

汎用型・非吸収型のうち、顆粒・フィラー、多孔体、形状賦形型及び吸収型については、骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患、骨腫瘍の病巣搔爬後の補填、歯肉剥離搔爬手術若しくは歯周組織再生誘導手術中の補填又は顎変形症の顎離断後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合に算定する。

008 固定用金属ピン

I の 3 の 076 と同様であること。

011 皮膚欠損用創傷被覆材

I の 3 の 101 と同様であること。

012 真皮欠損用グラフト

I の 3 の 102 と同様であること。

014 栄養カテーテル

I の 3 の 026 と同様であること。

015 気管内チューブ

I の 3 の 027 と同様であること。

016 胃管カテーテル

I の 3 の 028 と同様であること。

017 吸引留置カテーテル

I の 3 の 029 と同様であること。

018 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

I の 3 の 039 と同様であること。

020 輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）

I の 3 の 140 と同様であること。

021, 022 輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）

I の 3 の 141、142 と同様であること。

030 気管切開後留置用チューブ

I の 3 の 038 と同様であること。

033 口腔粘膜保護材

がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施している患者であって、周術期口腔機能管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っているものについて、放射線治療又は化学療法に伴う口内炎（口腔粘膜炎）に対して使用した場合において、一連の治療につき原則 10mL を限度として算定する。なお、患者の状況により 10mL を超える量を使用する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載すること。

034 人工顎関節用材料

I の 3 の 206 と同様であること。

036 半導体レーザー用プローブ

- (1) 半導体レーザー用プローブは、切除不能な局所進行若しくは局所再発の頭頸部癌に限り算定できる。
- (2) 半導体レーザー用プローブは、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した歯科医師が使用した場合に限り算定できる。
- (3) 半導体レーザー用プローブは、切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合は一連の治療につき 8 本を限度として算定できる。ただし、それ以上の本数の算定が必要な場合には、診療報酬明細書の摘要欄に詳細な理由を記載すること。

037 レーザー光照射用ニードルカテーテル

- (1) レーザー光照射用ニードルカテーテルは、半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定できる。
- (2) 当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した歯科医師が使用した場合に限り算定できる。

4 歯冠修復及び欠損補綴の部に規定する特定保険医療材料の取扱い

058 CAD/CAM冠用材料

- (1) CAD/CAM冠用材料（Ⅰ）及び（Ⅱ）は小白歯に使用した場合に限り算定できる。
- (2) CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）及び（Ⅴ）は大白歯に使用した場合に限り算定できる。
- (3) CAD/CAM冠用材料（Ⅳ）は前歯に使用した場合に限り算定できる。
- (4) CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）及び（Ⅴ）を大白歯に使用した場合及びCAD/CAM冠用材料（Ⅳ）を前歯に使用した場合は、製品に付属している使用

した材料の名称及びロット番号等を記載した文書（シール等）を保存して管理すること（診療録に貼付する等）。

068 純チタン２種

レジン前装冠による歯冠修復を目的として前歯に使用した場合又は全部金属冠による歯冠修復を目的として大白歯に使用した場合に限り算定できる。

069 磁性アタッチメント

- (1) 有床義歯及び根面板（金属歯冠修復で根面を被覆するものをいう。）に用いた場合に限り算定できる。
- (2) 磁石構造体又はキーパーを使用した場合は、製品に付属している使用した材料の名称及びロット番号等を記載した文書（シール等）を保存して管理すること（診療録に貼付する等）。

5 フィルムに係る取扱いについて

Iの4と同様であること。ただし、(2)の「胸部単純撮影又は腹部単純撮影」は「単純撮影」と読み替えるものであること。

6 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

Iの5と同様であること。

III 算定方法告示別表第三調剤報酬点数表に関する事項

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

Iの1と同様であること。

2 特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

004 腹膜透析液交換セット

Iの2の001と同様であること。

005 在宅中心静脈栄養用輸液セット

Iの2の002と同様であること。

008 携帯型ディスプレイダブル注入ポンプ

疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。疼痛管理においてPCA（Patient Controlled Analgesia）用装置を併用（一体型製品を含む。）した場合の費用も携帯型ディスプレイダブル注入ポンプの材料価格に含まれる。携帯型ディスプレイダブル注入ポンプは、頻回の疼痛管理等で1月につき7個以上用いる場合において、7個目以降の携帯型ディスプレイダブル注入ポンプについて算定する。

012, 013 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

Iの2の008、009と同様であること。

014 水循環回路セット
Iの2の010と同様であること。

015 人工鼻材料
Iの2の015と同様であること。

3 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて
Iの5と同様であること。

IV 診療報酬明細書における略称の使用に関する事項

別紙に掲げる特定保険医療材料については、診療報酬明細書に記載する場合に、同表に定める略称を使用して差し支えない。

⑨

< 抄 >

保医発 0305 第 12 号
令和 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

特定保険医療材料の定義について

診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）の規定に基づく特定保険医療材料及びその材料価格については、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号。以下「材料価格基準」という。）により定められているところであるが、今般、保険医療材料制度のより一層の透明化、適正化等を図る観点から、特定保険医療材料等の機能別分類及び保険導入の手続の見直しと併せて、その定義を別表のとおり定めたので通知する。ただし、「薬事法及び採血及び供血あつせん業取締法の一部を改正する法律」（平成 14 年法律第 96 号）第 2 条による改正前に承認されている医療機器については、一般的名称等の定義は異なるが当該医療機器の使用目的、効能又は効果等のうち主たるものに係る特定保険医療材料の区分に該当するものとする。

なお、従前の「特定保険医療材料の定義について」（令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 12 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

VIII 調剤点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

次に規定する場合を除き、Iに規定するそれぞれの機能区分の定義等と同様であること。

001 インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（48）注射筒」であって、一般的名称が「インスリン皮下投与用針付注射筒」であること。
- ② インスリン製剤の注射を目的として使用される器具であること。

(2) 機能区分の考え方

構造により、標準型及び針刺し事故防止機構付加型の合計2区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 標準型

②に該当しないこと。

② 針刺し事故防止機構付加型

針刺し事故を防止する目的で、針が外部に露出することなく破棄できる構造となっていること。

003 ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器

定義

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（48）注射筒」であって、一般的名称が「汎用注射筒」、又は薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（48）注射筒」であって、一般的名称が「汎用針付注射筒」、「精密投与皮下注射用注射筒」、「ツベルクリン検査向け皮下注射用注射筒」、又は薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって、一般的名称が「単回使用注射用針」、又は薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（47）注射針及び穿刺針」であって、一般的名称が「単回使用皮下注射用針」であること。

- (2) 注射を目的として使用される器具であること。

007 万年筆型注入器用注射針

(1) 定義

薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（47）注射針及び穿刺針」であって、一般的名称が「医薬品・ワクチン注入用針」であること。

(2) 機能区分の考え方

構造及び機能により、標準型及び超微細型の合計2区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 標準型

②に該当しない万年筆型注入器専用の注射針であること。

② 超微細型

針の先端部の外径が33G又は33Gより細いものであって、針の根元から先端に向かって細くなる形状又はその他の方法により薬液注入時の負荷を軽減する構造を有する万年筆型注入器専用の注射針であること。

IX 医科点数表及び歯科点数表に共通して規定される特定保険医療材料

次の表 1 及び表 2 の左欄に掲げる医科点数表に規定する特定保険医療材料及び右欄に掲げる歯科点数表に規定する特定保険医療材料は「医療機器に係る保険適用希望書の提出方法等について」（令和 6 年 2 月 14 日医政産情企発 0214 第 2 号、保医発 0214 第 2 号）に規定する医科点数表及び歯科点数表に共通して規定される特定保険医療材料とする。

(表 1)

医科点数表の第 2 章第 1 部、第 3 部から第 6 部まで及び第 9 部から第 12 部までに規定する特定保険医療材料	歯科点数表の第 2 章第 6 部に規定する特定保険医療材料
<p>021 中心静脈用カテーテル</p> <p>(1) 中心静脈カテーテル</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p> <p>② 抗血栓性型</p> <p>③ 極細型</p> <p>④ カフ付き</p> <p>⑤ 酸素飽和度測定機能付き</p> <p>⑥ 抗菌型</p> <p>(2) 末梢留置型中心静脈カテーテル</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p> <p>② 特殊型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p>	<p>002 中心静脈用カテーテル</p> <p>(1) 中心静脈カテーテル</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p> <p>② 抗血栓性型</p> <p>③ 極細型</p> <p>④ カフ付き</p> <p>⑤ 酸素飽和度測定機能付き</p> <p>⑥ 抗菌型</p> <p>(2) 末梢留置型中心静脈カテーテル</p> <p>① 標準型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p> <p>② 特殊型</p> <p>ア シングルルーメン</p> <p>イ マルチルーメン</p>

(表 2)

医科点数表の第 2 章第 1 部、第 3 部から第 6 部まで及び第 9 部から第 12 部までに規定する特定保険医療材料	歯科点数表の第 2 章第 5 部及び第 8 部から第 11 部までに規定する特定保険医療材料
<p>078 人工骨</p> <p>(1) 汎用型</p> <p>① 非吸収型</p> <p>ア 顆粒・フィラー</p> <p>イ 多孔体</p> <p>ウ 形状賦形型</p> <p>② 吸収型</p> <p>ア 顆粒・フィラー</p> <p>イ 多孔体</p> <p> i 一般型</p> <p> ii 蛋白質配合型</p> <p>ウ 綿形状</p>	<p>001 人工骨</p> <p>(1) 汎用型</p> <p>① 非吸収型</p> <p>ア 顆粒・フィラー</p> <p>イ 多孔体</p> <p>ウ 形状賦形型</p> <p>② 吸収型</p> <p>ア 顆粒・フィラー</p> <p>イ 多孔体</p> <p> i 一般型</p> <p> ii 蛋白質配合型</p> <p>ウ 綿形状</p>
<p>071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨</p> <p>(1) カスタムメイド人工関節</p> <p>(2) カスタムメイド人工骨</p> <p>① カスタムメイド人工骨 (S)</p>	<p>002 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨</p> <p>(1) カスタムメイド人工関節</p> <p>(2) カスタムメイド人工骨</p> <p>① カスタムメイド人工骨 (S)</p>

<p>② カスタムメイド人工骨 (M)</p> <p>080 合成吸収性骨片接合材料</p> <p>(1) スクリュー</p> <p>② 頭蓋・顎・顔面・小骨用</p> <p>(3) ストレートプレート</p> <p>(4) その他のプレート</p> <p>(6) ワッシャ</p> <p>(7) ピン</p> <p>① 一般用</p>	<p>② カスタムメイド人工骨 (M)</p> <p>003 合成吸収性骨片接合材料</p> <p>(1) スクリュー</p> <p>① 頭蓋・顎・顔面・小骨用</p> <p>(2) ストレートプレート</p> <p>(3) その他のプレート</p> <p>(4) ワッシャ</p> <p>(5) ピン</p> <p>① 一般用</p>
<p>060 固定用内副子 (スクリュー)</p> <p>(5) その他のスクリュー</p> <p>① 標準型</p> <p>ア 小型スクリュー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)</p>	<p>004 固定用内副子 (スクリュー)</p> <p>(1) その他のスクリュー</p> <p>① 標準型</p> <p>ア 小型スクリュー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)</p>
<p>061 固定用内副子 (プレート)</p> <p>(9) その他のプレート</p> <p>① 標準</p> <p>ア 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用</p> <p>i ストレート型・異形型</p> <p>ii メッシュ型</p> <p>イ 下顎骨・骨盤再建用</p> <p>ウ 下顎骨用</p> <p>エ 人工顎関節用</p> <p>② 特殊</p> <p>ア 骨延長用</p> <p>イ スクリュー非使用型</p>	<p>005 固定用内副子 (プレート)</p> <p>(1) その他のプレート</p> <p>① 標準</p> <p>ア 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用</p> <p>i ストレート型・異形型</p> <p>ii メッシュ型</p> <p>イ 下顎骨・骨盤再建用</p> <p>ウ 下顎骨用</p> <p>エ 人工顎関節用</p> <p>② 特殊</p> <p>ア 骨延長用</p> <p>イ スクリュー非使用型</p>
<p>074 固定釘</p> <p>(1) 平面型</p> <p>(2) 立体特殊型</p>	<p>006 固定釘</p> <p>(1) 平面型</p> <p>(2) 立体特殊型</p>
<p>075 固定用金属線</p> <p>(1) 金属線</p> <p>① ワイヤ</p> <p>② ケーブル</p>	<p>007 固定用金属線</p> <p>(1) 金属線</p> <p>① ワイヤ</p> <p>② ケーブル</p>
<p>076 固定用金属ピン</p> <p>(1) 一般用</p> <p>① 標準型</p>	<p>008 固定用金属ピン</p> <p>(1) 一般用</p> <p>① 標準型</p>
<p>092 鼻孔プロテーゼ</p>	<p>010 鼻孔プロテーゼ</p>
<p>101 皮膚欠損用創傷被覆材</p> <p>(1) 真皮に至る創傷用</p> <p>(2) 皮下組織に至る創傷用</p> <p>① 標準型</p> <p>② 異形型</p> <p>(3) 筋・骨に至る創傷用</p>	<p>011 皮膚欠損用創傷被覆材</p> <p>(1) 真皮に至る創傷用</p> <p>(2) 皮下組織に至る創傷用</p> <p>① 標準型</p> <p>② 異形型</p> <p>(3) 筋・骨に至る創傷用</p>
<p>102 真皮欠損用グラフト</p>	<p>012 真皮欠損用グラフト</p>
<p>103 非固着性シリコンガーゼ</p> <p>(2) 平坦部位用</p> <p>(3) 凹凸部位用</p>	<p>013 非固着性シリコンガーゼ</p> <p>(1) 平坦部位用</p> <p>(2) 凹凸部位用</p>

<p>026 栄養カテーテル</p> <p>(1) 経鼻用</p> <p>① 一般用</p> <p>② 乳幼児用</p> <p>ア 一般型</p> <p>イ 非DEHP型</p> <p>③ 経腸栄養用</p> <p>④ 特殊型</p>	<p>014 栄養カテーテル</p> <p>(1) 経鼻用</p> <p>① 一般用</p> <p>② 乳幼児用</p> <p>ア 一般型</p> <p>イ 非DEHP型</p> <p>③ 経腸栄養用</p> <p>④ 特殊型</p>
<p>027 気管内チューブ</p> <p>(1) カフあり</p> <p>① カフ上部吸引機能あり</p> <p>② カフ上部吸引機能なし</p> <p>(2) カフなし</p>	<p>015 気管内チューブ</p> <p>(1) カフあり</p> <p>① カフ上部吸引機能あり</p> <p>② カフ上部吸引機能なし</p> <p>(2) カフなし</p>
<p>028 胃管カテーテル</p> <p>(1) シングルルーメン</p> <p>(2) ダブルルーメン</p> <p>① 標準型</p> <p>② 特殊型</p>	<p>016 胃管カテーテル</p> <p>(1) シングルルーメン</p> <p>(2) ダブルルーメン</p> <p>① 標準型</p> <p>② 特殊型</p>
<p>029 吸引留置カテーテル</p> <p>(1) 能動吸引型</p> <p>④ 創部用</p> <p>ア 軟質型</p> <p>イ 硬質型</p> <p>(2) 受動吸引型</p> <p>① フィルム・チューブドレージン</p> <p>ア フィルム型</p> <p>イ チューブ型</p>	<p>017 吸引留置カテーテル</p> <p>(1) 能動吸引型</p> <p>① 創部用（ドレージンチューブ）</p> <p>ア 軟質型</p> <p>イ 硬質型</p> <p>(2) 受動吸引型</p> <p>① フィルム・チューブドレージン</p> <p>ア フィルム型</p> <p>イ チューブ型</p>
<p>039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル</p> <p>(1) 2管一般(I)</p> <p>(2) 2管一般(II)</p> <p>① 標準型</p> <p>② 閉鎖式導尿システム</p> <p>(3) 2管一般(III)</p> <p>① 標準型</p> <p>② 閉鎖式導尿システム</p> <p>(4) 特定(I)</p> <p>(5) 特定(II)</p> <p>(6) 圧迫止血</p>	<p>018 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル</p> <p>(1) 2管一般(I)</p> <p>(2) 2管一般(II)</p> <p>① 標準型</p> <p>② 閉鎖式導尿システム</p> <p>(3) 2管一般(III)</p> <p>① 標準型</p> <p>② 閉鎖式導尿システム</p> <p>(4) 特定(I)</p> <p>(5) 特定(II)</p> <p>(6) 圧迫止血</p>
<p>134 人工血管</p> <p>(1) 永久留置型</p> <p>② 小血管用</p> <p>ア 標準型</p> <p>i 外部サポートあり</p> <p>ii 外部サポートなし</p>	<p>019 人工血管</p> <p>(1) 永久留置型</p> <p>① 小血管用</p> <p>ア 標準型</p> <p>i 外部サポートあり</p> <p>ii 外部サポートなし</p>
<p>140 輸血用血液フィルタ（微小凝集塊除去用）</p>	<p>020 輸血用血液フィルタ（微小凝集塊除去用）</p>
<p>141 輸血用血液フィルタ（赤血球製剤用）</p>	<p>021 輸血用血液フィルタ（赤血球製剤用）</p>

白血球除去用)	白血球除去用)
142 輸血用血液フィルタ (血小板製剤用白血球除去用)	022 輸血用血液フィルタ (血小板製剤用白血球除去用)
038 気管切開後留置用チューブ (1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブ ア カフ上部吸引機能あり i 一重管 ii 二重管 イ カフ上部吸引機能なし i 一重管 ii 二重管 ② カフなし気管切開チューブ (2) 輪状甲状膜切開チューブ (3) 保持用気管切開チューブ	030 気管切開後留置用チューブ (1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブ ア カフ上部吸引機能あり i 一重管 ii 二重管 イ カフ上部吸引機能なし i 一重管 ii 二重管 ② カフなし気管切開チューブ (2) 輪状甲状膜切開チューブ (3) 保持用気管切開チューブ
178 神経再生誘導材	031 神経再生誘導材
099 組織代用人工繊維布 (3) 臓器欠損補強用	032 組織代用人工繊維布 (1) 臓器欠損補強用
206 人工顎関節用材料	034 人工顎関節用材料
151 デンプン由来吸収性局所止血材 (1) 標準型 (2) 織布型	035 デンプン由来吸収性局所止血材 (1) 標準型 (2) 織布型
216 レーザ光照射用ニードルカテーテル	037 レーザ光照射用ニードルカテーテル

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第 6 関係）及び保険薬剤師の
使用医薬品（揭示事項等告示第 14 関係）に係る留意事項について

保険医及び保険薬剤師の使用医薬品については、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（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号。以下「揭示事項等告示」という。）の第 6 及び第 14 に定められているところですが、当該告示については、令和 6 年厚生労働省告示第 56 号をもって改正され、令和 6 年 4 月 1 日から適用されることとなったところであり、その概要は下記のとおりですので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

- 1 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件（令和 6 年厚生労働省告示第 60 号）の別表及び揭示事項等告示の別表第 3 に収載されている医薬品について、保険医が施用し又は処方すること及び保険薬剤師が使用して調剤することができることとしたものであること。

2 医療上の需要がなくなる等の理由により、製造販売業者から今後供給する予定がなく、既に製造販売承認及び許可の廃止の手続がとられた医薬品について、掲示事項等告示の別表第1又は別表第2に収載し、経過措置品目としたものであること。

なお、経過措置品目とされた医薬品の使用期限は、別表第1については令和6年9月30日限りとし、別表第2については令和7年3月31日限りとしたものであること。

3 掲示事項等告示の別表第1に収載された医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	50	15	8	0	73

4 掲示事項等告示の別表第2に収載された医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	163	128	38	0	329

5 掲示事項等告示の別表第3に収載された医薬品の品目数は、次のとおりであること。

区 分	内 用 薬	注 射 薬	外 用 薬	歯科用薬剤	計
品目数	0	6	7	33	46

保医発 0305 第 15 号
令和 6 年 3 月 5 日

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

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」
の一部改正について

保険薬局の指定に当たっての構造上・経営上の独立性の取扱いについては、下記のとおりとすることとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図りたい。

なお、この通知は、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。ただし、この通知の適用日前においても、地方社会保険医療協議会への諮問等の必要な手続を行うことができるものとする。

記

「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成 8 年 3 月 8 日保険発第 22 号）の第二を次のように改める。

第二 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三二年厚生省令第一六号）の一部改正に関する事項

一 健康保険事業の健全な運営の確保（第二条の三）関係

（一）平成六年の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正において、「調剤薬局の取扱いについて」（昭和三七年五月二七日薬発第五〇六号、保発第三四号）に基づき行われていた保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取扱いを明確化する観点から必要な改正が行われたところであるが、その後も、保険薬局の保険医療機関からの独立性に関して問題のみられる事例が発生し、社会問題化している実情に鑑み、保険薬局は保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行ってはならないこと、及び、保険薬局は保険医又は保険医療機関に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指

示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないことを明確化するものであること。

(二) この場合において、保険医療機関と一体的な構造とは、次のアからウまでに掲げるような構造を指すものであること。

ア 保険医療機関の建物内にあるものであって、当該保険医療機関の調剤所と同様とみられるもの

イ 保険医療機関の建物と専用通路等で接続されているもの

ウ ア又はイに該当しないが、保険医療機関と同一敷地内に存在するものであって、当該保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの、当該保険医療機関の休診日に公道等から当該保険薬局に行き来できなくなるもの、実際には当該保険医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等、患者を含む一般人が当該保険薬局に自由に行き来できるような構造を有しないもの

なお、ウへの該当の有無については、現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会に諮った上、個別に判断すること。また、保険薬局の独立性の確保の観点からは、いわゆる医療ビルのような形態は好ましくないが、このような場合にあっては、当該建物について、患者を含む一般人が自由に行き来できるような構造になっている旨を十分に確認すること。加えて、このような形態の場合には、患者誘導が行われるような実態のないよう、併せて留意すること。

(三) 保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、(二)のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからオまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。

ア 保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が特定の保険医療機関の開設者（当該医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。

イ 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一であるもの（法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）。

ウ 職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が特定の保険医療機関と明確に区分されていないもの。

エ 特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われているもの。

オ 特定の保険医療機関から、夜間、休日等における開局、医薬品の備蓄又は管理、当該医療機関の薬剤関連業務への協力等の保険薬局としての機能に関して具体的な指示がされているもの。特に、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局を開設するにあたり、保険医療機関からこのような保険薬局の機能に関して具体的な指示又は要請を明示的に受けた上で開設するような場合は、保険薬局の保険医療機関からの独立性の観点から、機能上保険医療機関とのつながりが強いとみなされる場合があることに留意すること。

と。

なお、保険薬局の指定の更新に当たっては、新規指定時と同様、不動産の賃貸借関連書類等の経営に関する書類等の提出を求め、一体的な経営に当たらないことを確認すること。特に、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局に関しては、その際に当該保険薬局が当該保険医療機関から土地又は建物を賃借する際の賃料（賃料の名目以外でも、賃貸借に関連して保険薬局から保険医療機関に支払われる費用も含む。）について確認すること。

(四) 金品その他の財産上の利益とは、第一の一の(二)と同様であること。

(五) 本条の規定に照らし、総合的に判断して医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであるから、地方社会保険医療協議会に諮った上、保険薬局の新規指定を行わないこと。また、現に存するものについては、次回更新時まで改善を指導し、これに従わない場合は、地方社会保険医療協議会に諮った上、更新を行わないこと。特に、保険医療機関の敷地内に所在する保険薬局にあつては、地方社会保険医療協議会に当該保険薬局の指定又は更新を諮る際に、当該公募に係る資料（新規指定時にあつては、保険薬局開設に当たって保険医療機関から提示された条件、契約に係る関係費用の詳細、更新時にあつては、これまでの土地又は建物を賃貸借する際の賃料に係る資料を含む。）及び当該保険薬局が当該公募に応じた際に提出した資料も確認できるようにすること。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」の一部改正について」（平成 28 年 3 月 31 日保険発 0331 第 6 号）

新	旧
<p>第二 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三二年厚生省令第一六号）の一部改正に関する事項</p> <p>一 健康保険事業の健全な運営の確保（第二条の三）関係</p> <p>（一）・（二）（略）</p> <p>（三）保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、（二）のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。</p> <p>ア 保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が<u>特定の保険医療機関の開設者（当該医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。</u></p> <p>イ（略）</p> <p>ウ 職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が<u>特定の保険医療機関と明確に区分されていないもの。</u></p> <p>エ（略）</p> <p>オ <u>特定の保険医療機関から、夜間、休日等における開局、医薬品の備蓄又は管理、当該医療機関の薬剤関連業務への協力等の保険薬局としての機能に関して具体的な指示がされているもの。特に、保険医療機関と不動産取引関係を有する薬局を開設するにあた</u></p>	<p>第二 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三二年厚生省令第一六号）の一部改正に関する事項</p> <p>一 健康保険事業の健全な運営の確保（第二条の三）関係</p> <p>（一）・（二）（略）</p> <p>（三）保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、（二）のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。</p> <p>ア 保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が<u>当該保険医療機関の開設者（特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。</u></p> <p>イ（略）</p> <p>ウ 職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が<u>特定保険医療機関と明確に区分されていないもの</u></p> <p>エ（略）</p> <p>（新設）</p>

り、保険医療機関からこのような薬局の機能に関して具体的な指示又は要請を明示的に受けた上で開設するような場合は、保険薬局の保険医療機関からの独立性の観点から、機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合があることに留意すること。

なお、保険薬局の指定の更新に当たっては、新規指定時と同様、不動産の賃貸借関連書類等の経営に関する書類等の提出を求め、一体的な経営に当たらないことを確認すること。特に、保険医療機関と不動産取引関係を有する保険薬局に関しては、その際に当該保険薬局が当該保険医療機関から土地又は建物を賃借する際の賃料（賃料の名目以外でも、賃貸借に関連して保険薬局から保険医療機関に支払われる費用も含む。）について確認すること。

(四) (略)

(五) 本条の規定に照らし、総合的に判断して医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであるから、地方社会保険医療協議会に諮った上、保険薬局の新規指定を行わないこと。また、現に存するものについては、次回更新時までに改善を指導し、これに従わない場合は、地方社会保険医療協議会に諮った上、更新を行わないこと。特に、保険医療機関の敷地内に所在する保険薬局にあつては、地方社会保険医療協議会に当該保険薬局の指定又は更新を諮る際に、当該公募に係る資料（新規指定時にあつては、薬局開設に当たって医療機関から提示された条件、契約に係る関係費用の詳細、更新時にあつては、これまでの土地又は建物を賃貸借する際の賃料に係る資料を含む。）及び当該保険薬局が当該公募に応じた際に提出した資料も確認できるようにすること。

なお、保険薬局の指定の更新に当たっては、新規指定時と同様、不動産の賃貸借関連書類等の経営に関する書類等の提出を求め、一体的な経営に当たらないことを確認すること。

(四) (略)

(五) 本条の規定に照らし、総合的に判断して医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであるから、地方社会保険医療協議会に諮った上、保険薬局の新規指定を行わないこと。また、現に存するものについては、次回更新時までに改善を指導し、これに従わない場合は、地方社会保険医療協議会に諮った上、更新を行わないこと。

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について

調剤報酬点数表における後発医薬品調剤体制加算をはじめとする診療報酬上の加算等の算定対象となる後発医薬品（以下「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」という。）については、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和 5 年 3 月 3 日保医発 0303 第 2 号。以下「旧通知」という。）により周知するとともに、その一覧を当省のホームページに掲載し、薬価基準に医薬品を収載する際に該当するものがあつた場合に、その一覧を更新している。

また、後発医薬品の数量シェア（置換え率）の算出で用いられる「後発医薬品のあつる先発医薬品」に係る情報についても、当省のホームページに掲載しているところである。

令和 6 年度薬価改定を踏まえ、令和 6 年 4 月 1 日以降の診療報酬における加算等の算定対象については、下記のとおり取り扱うこととするので、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、旧通知は、令和 6 年 3 月 31 日限り廃止する。

また、本リストについては、当省ホームページにて掲載する予定である旨申し添える。
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

記

1. 診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品については、別紙 1 のとおりとし、別紙 2 に示す後発医薬品については、令和 6 年度薬価改定において、その薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなつている又は先発医薬品の薬価と同額と

なっているため、令和6年4月1日以降は、診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない後発医薬品として取り扱う）こととする。

2. 診療報酬において加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」については、別紙3のとおりとし、別紙4に示す「後発医薬品のある先発医薬品」については、令和6年度薬価改定において、その薬価が後発医薬品の薬価よりも低くなっている又は後発医薬品の薬価と同額となっているため、令和6年4月1日以降は、診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として取り扱う）こととする。

診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品から除外する品目
(加算等の算定対象とならない後発医薬品)

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
内用薬	1124001F1030	エスタゾラム	1mg錠	エスタゾラム錠1mg「アメル」	共和薬品工業	5.90
内用薬	1124020C1061	プロマゼパム	1%1g	プロマゼパム細粒1%「サンド」	サンド	16.30
内用薬	1124020F1041	プロマゼパム	1mg錠	プロマゼパム錠1mg「サンド」	サンド	5.70
内用薬	1124021F1046	メダゼパム	2mg錠	メダゼパム錠2(ツルハラ)	鶴原製薬	8.60
内用薬	1124021F2123	メダゼパム	5mg錠	メダゼパム錠5(ツルハラ)	鶴原製薬	5.70
内用薬	1124023F2084	アルプラゾラム	0.8mg錠	アルプラゾラム錠0.8mg「アメル」	共和薬品工業	8.90
内用薬	1139004C1049	バルプロ酸ナトリウム	20%1g	バルプロ酸ナトリウム細粒20%「EMEC」	日医工	18.10
内用薬	1139004C2070	バルプロ酸ナトリウム	40%1g	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	日医工	25.90
内用薬	1139004F1118	バルプロ酸ナトリウム	100mg錠	バルプロ酸Na錠100mg「フジナガ」	藤永製薬	10.10
内用薬	1139004F2165	バルプロ酸ナトリウム	200mg錠	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	共和薬品工業	14.30
内用薬	1139004F2190	バルプロ酸ナトリウム	200mg錠	バルプロ酸Na錠200mg「フジナガ」	藤永製薬	11.50
内用薬	1139004F2203	バルプロ酸ナトリウム	200mg錠	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」	住友ファーマ	14.30
内用薬	1139004G1067	バルプロ酸ナトリウム	100mg錠	バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」	共和薬品工業	9.70
内用薬	1139004G2055	バルプロ酸ナトリウム	200mg錠	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	共和薬品工業	12.30
内用薬	1139004Q1119	バルプロ酸ナトリウム	5%1mL	バルプロ酸ナトリウムシロップ5%「日医工」	日医工	9.30
内用薬	1139009F1013	ラモトリギン	2mg錠	ラモトリギン2mg錠		5.90
内用薬	1149001F1498	イブプロフェン	100mg錠	イブプロフェン錠100mg「TCK」	辰巳化学	6.10
内用薬	1149001F1501	イブプロフェン	100mg錠	イブプロフェン錠100mg「NIG」	日医工岐阜工場	6.10
内用薬	1149001F2010	イブプロフェン	200mg錠	イブプロフェン200mg錠		8.90
内用薬	1149019F1633	ロキソプロフェンナトリウム 水和物	60mg錠	ロキソプロフェンNa錠60mg「ツルハラ」	鶴原製薬	10.60
内用薬	1169005F1260	プロモクリプチンメシル酸塩	2.5mg錠	プロモクリプチン錠2.5mg「フソー」	ダイト	35.60
内用薬	1169006M1018	ドロキシドパ	100mg1カプセル	ドロキシドパ100mgカプセル		49.70
内用薬	1169006M2014	ドロキシドパ	200mg1カプセル	ドロキシドパ200mgカプセル		99.30
内用薬	1169011F1044	カベルゴリン	0.25mg錠	カベルゴリン錠0.25mg「サワイ」	沢井製薬	44.10
内用薬	1169011F2040	カベルゴリン	1mg錠	カベルゴリン錠1.0mg「サワイ」	沢井製薬	141.90
内用薬	1179017F1080	炭酸リチウム	100mg錠	炭酸リチウム錠100mg「大正」	トクホン	8.90
内用薬	1179024C1106	ゾテピン	10%1g	ゾテピン細粒10%「タカタ」	高田製薬	42.80
内用薬	1179024C2080	ゾテピン	50%1g	ゾテピン細粒50%「タカタ」	高田製薬	204.50
内用薬	1179024F2095	ゾテピン	50mg錠	ゾテピン錠50mg「タカタ」	高田製薬	23.10
内用薬	1179024F3083	ゾテピン	100mg錠	ゾテピン錠100mg「タカタ」	高田製薬	66.30
内用薬	1179026F1047	チミペロン	0.5mg錠	チミペロン錠0.5mg「アメル」	共和薬品工業	5.90
内用薬	1179038F4014	リスベリドン	0.5mg錠	リスベリドン0.5mg錠		10.10
内用薬	1179038F7013	リスベリドン	0.5mg錠	リスベリドン0.5mg口腔内崩壊錠		10.10
内用薬	1190012Q3046	ドネペジル塩酸塩	10mg1個	ドネペジル塩酸塩内服ゼリー10mg「日医工」	日医工	259.60
内用薬	1231013M1016	チキジウム臭化物	5mg1カプセル	チキジウム臭化物5mgカプセル		5.90
内用薬	2113005F2044	メチルジゴキシン	0.05mg錠	メチルジゴキシン錠0.05mg「NIG」	日医工岐阜工場	5.70
内用薬	2129003F2053	メキシレチン塩酸塩	100mg錠	メキシレチン塩酸塩錠100mg「KCC」	ネオクリティケア製薬	15
内用薬	2129010F1014	アミオダロン塩酸塩	100mg錠	アミオダロン塩酸塩100mg錠		77
内用薬	2139001Q1039	イソソルビド	70%20g1個	イソソルビド内服ゼリー70%分包20g「日医工」	三和化学研究所	77
内用薬	2139001Q2035	イソソルビド	70%30g1個	イソソルビド内服ゼリー70%分包30g「日医工」	三和化学研究所	104
内用薬	2139001S2040	イソソルビド	70%30mL1包	イソソルビド内服液70%分包30mL「CEO」	セオリアファーマ	104
内用薬	2149019F1158	ニカルジピン塩酸塩	10mg錠	ニカルジピン塩酸塩錠10mg「ツルハラ」	鶴原製薬	9
内用薬	2149032F3016	カルベジロール	1.25mg錠	カルベジロール1.25mg錠		10
内用薬	2149046F4030	イルベサルタン	50mg錠	イルベサルタンOD錠50mg「JG」	日本ジェネリック	25
内用薬	2149046F5037	イルベサルタン	100mg錠	イルベサルタンOD錠100mg「JG」	日本ジェネリック	48
内用薬	2149112F2096	バルサルタン・ヒドロクロロ チアジド	1錠	バルヒディオ配合錠EX「ツルハラ」	鶴原製薬	44
内用薬	2171010F3088	ジビリダモール	100mg錠	ジビリダモール錠100mg「ツルハラ」	鶴原製薬	9
内用薬	2171014G3065	ニフェジピン	10mg錠	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」	沢井製薬	9
内用薬	2171014G3081	ニフェジピン	10mg錠	ニフェジピンCR錠10mg「NP」	ニプロ	9
内用薬	2171014G3103	ニフェジピン	10mg錠	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	日医工	9
内用薬	2189016F3144	ピタバスタチンカルシウム	4mg錠	ピタバスタチンCa錠4mg「科研」	ダイト	80
内用薬	2189016F3241	ピタバスタチンカルシウム	4mg錠	ピタバスタチンCa錠4mg「ケミファ」	日本ケミファ	80
内用薬	2190024F2062	沈降炭酸カルシウム	250mg錠	沈降炭酸カルシウム錠250mg「NIG」	日医工岐阜工場	12
内用薬	2229001F1070	ジメモルファンリン酸塩	10mg錠	ジメモルファンリン酸塩錠10mg「TCK」	辰巳化学	7
内用薬	2239001R1013	アンプロキシソール塩酸塩	1.5%1g	アンプロキシソール塩酸塩1.5%シロップ用		21
内用薬	2239001S1147	アンプロキシソール塩酸塩	0.75%1mL	アンプロキシソール塩酸塩内服液0.75%「ツルハラ」	鶴原製薬	6
内用薬	2251001F1011	テオフィリン	50mg錠	テオフィリン50mg徐放錠		6
内用薬	2251001F2050	テオフィリン	100mg錠	テオロング錠100mg	エーザイ	8
内用薬	2251001F3049	テオフィリン	200mg錠	テオロング錠200mg	エーザイ	12
内用薬	2251001M1061	テオフィリン	100mg1カプセル	テオフィリン徐放カプセル100mg「サンド」	サンド	8
内用薬	2251001M2050	テオフィリン	200mg1カプセル	テオフィリン徐放カプセル200mg「サンド」	サンド	12
内用薬	2251001M3030	テオフィリン	50mg1カプセル	テオフィリン徐放カプセル50mg「サンド」	サンド	6
内用薬	2329021F1013	レバミピド	100mg錠	レバミピド100mg錠		10
内用薬	2329021F2010	レバミピド	100mg錠	レバミピド100mg口腔内崩壊錠		10
内用薬	2329022H1191	オメプラゾール	20mg錠	オメプラゾール錠20mg「ケミファ」	シオノケミカル	38
内用薬	2329022H2163	オメプラゾール	10mg錠	オメプラゾール錠10mg「ケミファ」	シオノケミカル	24
内用薬	2329028F3166	ラベプラゾールナトリウム	5mg錠	ラベプラゾールナトリウム錠5mg「科研」	ダイト	29
内用薬	2359005F1013	ピコスルファートナトリウム 水和物	2.5mg錠	ピコスルファートナトリウム2.5mg錠		6
内用薬	2399005F1183	ドンペリドン	5mg錠	ドンペリドン錠5mg「EMEC」	アルフレッサファーマ	9
内用薬	2399011C1069	ポリカルボフィルカルシウム	83.3%1g	ポリカルボフィルCa細粒83.3%「日医工」	富士化学工業	27
内用薬	2478001F2411	クロルマジノン酢酸エステル	25mg錠	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日新」	日新製薬(山形)	43
内用薬	2590004F1354	リトドリン塩酸塩	5mg錠	リトドリン塩酸塩錠5mg「あすか」	あすか製薬	48
内用薬	3399101F1030	クロビドグレル硫酸塩・アス ピリン	1錠	ロレアス配合錠「NS」	日新製薬(山形)	77
内用薬	3399101F1048	クロビドグレル硫酸塩・アス ピリン	1錠	ロレアス配合錠「SANIK」	日医工	77
内用薬	3399101F1056	クロビドグレル硫酸塩・アス ピリン	1錠	ロレアス配合錠「杏林」	キョーリンリメディオ	77
内用薬	3929003C1075	球形吸着炭	1g	球形吸着炭細粒分包2g「日医工」	日医工	75
内用薬	3943001F2019	アロプリノール	50mg錠	アロプリノール50mg錠		10
内用薬	3961008F4054	グリメピリド	1mg錠	グリメピリドOD錠1mg「ケミファ」	シオノケミカル	13
内用薬	3961008F5050	グリメピリド	3mg錠	グリメピリドOD錠3mg「ケミファ」	シオノケミカル	24
内用薬	3962002F2019	メトホルミン塩酸塩	250mg錠	メトホルミン塩酸塩250mgMT錠		10
内用薬	3962002F3015	メトホルミン塩酸塩	500mg錠	メトホルミン塩酸塩500mgMT錠		10

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
内用薬	3969006F1011	ナテグリニド	30mg 1錠	ナテグリニド30mg錠		10
内用薬	3999014M3068	タクロリムス水和物	5mg 1カプセル	局 タクロリムスカプセル5mg「ニプロ」	ニプロ	2,079
内用薬	3999017M1050	ミコフェノール酸 モフェチル	250mg 1カプセル	ミコフェノール酸モフェチルカプセル250mg 「VTRS」	ヴィアトリス・ヘル スケア	137
内用薬	3999018F1048	アレンドロン酸ナトリウム水 和物	5mg 1錠	局 アレンドロン酸錠5mg「DK」	大興製薬	47
内用薬	3999018F1056	アレンドロン酸ナトリウム水 和物	5mg 1錠	局 アレンドロン酸錠5mg「SN」	シオノケミカル	47
内用薬	3999018F1102	アレンドロン酸ナトリウム水 和物	5mg 1錠	局 アレンドロン酸錠5mg「日医工」	日医工	47
内用薬	4291003F1201	タモキシフェンクエン酸塩	10mg 1錠	タモキシフェン錠10mg「明治」	メディサ新薬	45
内用薬	4291003F1244	タモキシフェンクエン酸塩	10mg 1錠	タモキシフェン錠10mg「MYL」	ヴィアトリス・ヘル スケア	45
内用薬	4291003F2089	タモキシフェンクエン酸塩	20mg 1錠	タモキシフェン錠20mg「明治」	メディサ新薬	79
内用薬	4291003F2100	タモキシフェンクエン酸塩	20mg 1錠	タモキシフェン錠20mg「MYL」	ヴィアトリス・ヘル スケア	79
内用薬	4291009F1225	ビカルタミド	80mg 1錠	局 ビカルタミド錠80mg「ケミファ」	大興製薬	211
内用薬	4419008F1504	クレマスチンフマル酸塩	1mg 1錠	クレマスチン錠1mg「タカタ」	高田製薬	7
内用薬	4490003Q1176	ケトチフェンフマル酸塩	0.02% 1mL	ケトチフェンシロップ0.02%「日医工」	日医工	15
内用薬	4490013M1011	エメダスチンフマル酸塩	1mg 1カプセル	エメダスチンフマル酸塩1mg徐放カプセル		20
内用薬	4490016M1040	スプラタストシル酸塩	50mg 1カプセル	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「サワイ」	沢井製薬	16
内用薬	4490016M1082	スプラタストシル酸塩	50mg 1カプセル	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「J G」	長生堂製薬	16
内用薬	4490016M1104	スプラタストシル酸塩	50mg 1カプセル	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「トー ワ」	東和薬品	16
内用薬	4490016M2062	スプラタストシル酸塩	100mg 1カプセル	スプラタストシル酸塩カプセル100mg「サ ワイ」	沢井製薬	20
内用薬	6131001C1252	アモキシシリン水和物	100mg 1g	ワイドシリン細粒10%	Meiji Sei ka ファルマ	10
内用薬	6131001C1260	アモキシシリン水和物	100mg 1g	アモキシシリン細粒10%「TCK」	辰巳化学	10
内用薬	6152005F1095	ミノサイクリン塩酸塩	50mg 1錠	局 ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」	沢井製薬	14
内用薬	6152005F1109	ミノサイクリン塩酸塩	50mg 1錠	局 ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「トーワ」	東和薬品	14
内用薬	6152005F2113	ミノサイクリン塩酸塩	100mg 1錠	局 ミノサイクリン塩酸塩錠100mg「サワイ」	沢井製薬	28
内用薬	6164001M1886	リファンピジン	150mg 1カプセル	局 リファンピジンカプセル150mg「サンド」	サンド	17
内用薬	6219001F1110	サラゾスルファピリジン	500mg 1錠	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	日医工ファーマ	10
内用薬	6241013F2179	レボフロキサシン水和物	250mg 1錠 (レボフ ロキサシンとして)	局 レボフロキサシン錠250mg「ケミファ」	大興製薬	77
内用薬	6250002F1017	アシクロビル	200mg 1錠	アシクロビル200mg錠		19
内用薬	6250002F2013	アシクロビル	400mg 1錠	アシクロビル400mg錠		34
内用薬	6290002M1011	フルコナゾール	50mg 1カプセル	フルコナゾール50mgカプセル		103
内用薬	6290002M2018	フルコナゾール	100mg 1カプセル	フルコナゾール100mgカプセル		158
内用薬	6290004S1044	イトラコナゾール	1% 1mL	イトラコナゾール内用液1%「VTRS」	ヴィアトリス・ヘル スケア	50
注射薬	1124402A1057	ジアゼパム	5mg 1管	ジアゼパム注射液5mg「NIG」	日医工岐阜工場	120
注射薬	1124402A2070	ジアゼパム	10mg 1管	ジアゼパム注射液10mg「NIG」	日医工岐阜工場	118
注射薬	1149403A2073	ブプレノルフィン塩酸塩	0.3mg 1管	ブプレノルフィン注0.3mg「日新」	日新製薬 (山形)	205
注射薬	2119404G3072	ドブタミン塩酸塩	0.1% 200mL 1袋	ドブタミン点滴静注液200mgキット「VTR S」	ヴィアトリス・ヘル スケア	1,689
注射薬	2119404G4010	ドブタミン塩酸塩	0.3% 200mL 1袋	ドブタミン塩酸塩0.3% 200mLキット		1,783
注射薬	2149400A2015	ニカルジピン塩酸塩	10mg 10mL 1管	ニカルジピン塩酸塩10mg 10mL注射液		97
注射薬	2171403A1072	ニトログリセリン	1mg 2mL 1管	ニトログリセリン静注1mg/2mL「TE」	トーアエイヨー	179
注射薬	2171403A8042	ニトログリセリン	25mg 50mL 1袋	ニトログリセリン点滴静注25mg/50mL 「TE」	トーアエイヨー	2,048
注射薬	2171404A1042	硝酸イソソルビド	0.05% 10mL 1管	硝酸イソソルビド注5mg/10mL「タカタ」	高田製薬	214
注射薬	2171404A4017	硝酸イソソルビド	0.05% 100mL 1 瓶	硝酸イソソルビド0.05% 100mL注射液		1,659
注射薬	2190501A3100	濃グリセリン・果糖	500mL 1瓶	グリセリン・果糖配合点滴静注「HK」	光製薬	706.00
注射薬	2190501A4106	濃グリセリン・果糖	200mL 1袋	グリセリン・果糖配合点滴静注「HK」	光製薬	306.00
注射薬	2190501A4114	濃グリセリン・果糖	200mL 1袋	グリセリン配合点滴静注	テルモ	306.00
注射薬	2190501A4122	濃グリセリン・果糖	200mL 1袋	ヒシセオール配合点滴静注	ニプロ	306.00
注射薬	2190501A5099	濃グリセリン・果糖	500mL 1袋	ヒシセオール配合点滴静注	ニプロ	706.00
注射薬	2190501A6117	濃グリセリン・果糖	300mL 1袋	グリセリン配合点滴静注	テルモ	373.00
注射薬	2190501A6125	濃グリセリン・果糖	300mL 1袋	ヒシセオール配合点滴静注	ニプロ	373.00
注射薬	2325400A1239	シメチジン	10% 2mL 1管	シメチジン注200mg「NP」	ニプロ	79.00
注射薬	2391400A3105	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「日医工」	日医工	594.00
注射薬	2391400A3130	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「サワイ」	メディサ新薬	594.00
注射薬	2391400A3148	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「トーワ」	東和薬品	594.00
注射薬	2391400A3164	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「明治」	Meiji Sei ka ファルマ	594.00
注射薬	2391400A3172	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「F」	富士製薬工業	594.00
注射薬	2391400A3202	グラニセトロン塩酸塩	1mg 1mL 1管	グラニセトロン静注液1mg「NIG」	日医工岐阜工場	594.00
注射薬	2391400A4055	グラニセトロン塩酸塩	3mg 3mL 1管	グラニセトロン静注液3mg「F」	富士製薬工業	1,311.00
注射薬	2391400A4110	グラニセトロン塩酸塩	3mg 3mL 1管	グラニセトロン静注液3mg「トーワ」	東和薬品	1,311.00
注射薬	2391400A4128	グラニセトロン塩酸塩	3mg 3mL 1管	グラニセトロン静注液3mg「日医工」	日医工	1,311.00
注射薬	2391400A4179	グラニセトロン塩酸塩	3mg 3mL 1管	グラニセトロン静注液3mg「明治」	Meiji Sei ka ファルマ	1,311.00
注射薬	2391400A4209	グラニセトロン塩酸塩	3mg 3mL 1管	グラニセトロン静注液3mg「NIG」	日医工岐阜工場	1,311.00
注射薬	2391400G1210	グラニセトロン塩酸塩	3mg 100mL 1袋	グラニセトロン点滴静注バッグ3mg/100m L「NIG」	日医工岐阜工場	2,060.00
注射薬	2391400G4104	グラニセトロン塩酸塩	3mg 50mL 1袋	グラニセトロン点滴静注バッグ3mg/50mL 「NIG」	日医工岐阜工場	2,060.00
注射薬	3334403A1015	ダルテパリンナトリウム	5,000低分子ヘパリン 国際単位1管	ダルテパリンナトリウム5,000低分子ヘパリン 国際単位注射液		571.00
注射薬	3334403A2194	ダルテパリンナトリウム	5,000低分子ヘパリン 国際単位1瓶	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「サ ワイ」	沢井製薬	571.00
注射薬	3420409A7088	腹膜透析液	2L 1袋 (排液用バッグ 付)	ステイセーフバランス 2/1.5 腹膜透析液	フレゼニウス メ ディカル ケア ジャパン	1,351.00
注射薬	3420410A6084	腹膜透析液	1.5L 1袋 (排液用 バッグ付)	ステイセーフバランス 2/2.5 腹膜透析液	フレゼニウス メ ディカル ケア ジャパン	820.00
注射薬	3420419A5054	腹膜透析液	2.5L 1袋	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液	フレゼニウス メ ディカル ケア ジャパン	1,209.00
注射薬	3420419A7065	腹膜透析液	1.5L 1袋 (排液用 バッグ付)	ステイセーフバランス 1/1.5 腹膜透析液	フレゼニウス メ ディカル ケア ジャパン	1,371.00

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
注射薬	3420419A8061	腹膜透析液	2 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ステイセーフバランス 1 / 1. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,242.00
注射薬	3420419A9050	腹膜透析液	2. 5 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ステイセーフバランス 1 / 1. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,512.00
注射薬	3420420A5057	腹膜透析液	2. 5 L 1 袋	ステイセーフバランス 1 / 2. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,300.00
注射薬	3420420A7068	腹膜透析液	1. 5 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ステイセーフバランス 1 / 2. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,151.00
注射薬	3420420A8064	腹膜透析液	2 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ステイセーフバランス 1 / 2. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,400.00
注射薬	3420420A9052	腹膜透析液	2. 5 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ステイセーフバランス 1 / 2. 5 腹膜透析液	フレゼニウス メディカル ケア ジャパン	1,512.00
注射薬	3420432A1046	腹膜透析液	1. 5 L 1 袋	ニコベリック腹膜透析液	テルモ	1,013.00
注射薬	3420432A2042	腹膜透析液	1. 5 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ニコベリック腹膜透析液	テルモ	2,043.00
注射薬	3420432A3049	腹膜透析液	2 L 1 袋	ニコベリック腹膜透析液	テルモ	1,314.00
注射薬	3420432A4045	腹膜透析液	2 L 1 袋 (排液用バッグ付)	ニコベリック腹膜透析液	テルモ	2,307.00
注射薬	3929407D1047	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「F」	富士製薬工業	456.00
注射薬	3929407D1055	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「HK」	光製薬	456.00
注射薬	3929407D1063	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「NK」	高田製薬	456.00
注射薬	3929407D1071	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「NP」	ニプロ	456.00
注射薬	3929407D1080	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 「オーハラ」	大原薬品工業	456.00
注射薬	3929407D1098	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「サワイ」	沢井製薬	456.00
注射薬	3929407D1110	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「トーワ」	東和薬品	456.00
注射薬	3929407D1128	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「日医工」	日医工	456.00
注射薬	3929407D1136	レボホリナートカルシウム	2.5 mg 1 瓶	レボホリナート点滴静注用 2.5 mg 「ヤクルト」	ヤクルト本社	456.00
注射薬	3929407D2019	レボホリナートカルシウム	1.0 mg 1 瓶	レボホリナートカルシウム 1.0 mg 注射用		1,537.00
注射薬	3999403D1280	ガベキサートメシル酸塩	1.0 mg 1 瓶	ガベキサートメシル酸塩注射用 1.0 mg 「サワイ」	沢井製薬	179.00
注射薬	3999403D1310	ガベキサートメシル酸塩	1.0 mg 1 瓶	ガベキサートメシル酸塩注射用 1.0 mg 「タカタ」	高田製薬	179.00
注射薬	3999427A1026	エポエチンカッパ (遺伝子組換え) [エポエチンアルファ後継 1]	7.5 0 国際単位 0. 5 mL 1 瓶	エポエチンアルファ BS 注 7.5 0 「JCR」	JCRファーマ	764.00
注射薬	4224403D1065	ゲムシタビン塩酸塩	2.0 mg 1 瓶	ゲムシタビン点滴静注用 2.0 mg 「ヤクルト」	高田製薬	955.00
注射薬	4224403D1073	ゲムシタビン塩酸塩	2.0 mg 1 瓶	ゲムシタビン点滴静注用 2.0 mg 「NK」	日本化薬	924.00
注射薬	4224403D1146	ゲムシタビン塩酸塩	2.0 mg 1 瓶	ゲムシタビン点滴静注用 2.0 mg 「SUN」	サンファーマ	924.00
注射薬	4224403D2061	ゲムシタビン塩酸塩	1 g 1 瓶	ゲムシタビン点滴静注用 1 g 「ヤクルト」	高田製薬	4,494.00
注射薬	4240404A1130	イリノテカン塩酸塩水和物	4.0 mg 2 mL 1 瓶	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 4.0 mg 「NP」	ニプロ	3,084.00
注射薬	4240404A2136	イリノテカン塩酸塩水和物	1.0 mg 5 mL 1 瓶	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 1.0 mg 「NP」	ニプロ	6,905.00
注射薬	4240406A1015	パクリタキセル	3.0 mg 5 mL 1 瓶	パクリタキセル 3.0 mg 5 mL 注射液		1,652.00
注射薬	4240406A2046	パクリタキセル	1.0 mg 1 6. 7 mL 1 瓶	パクリタキセル注 1.0 mg / 16. 7 mL 「NK」	日本化薬	5,241.00
注射薬	4240406A2054	パクリタキセル	1.0 mg 1 6. 7 mL 1 瓶	パクリタキセル注射液 1.0 mg 「サワイ」	沢井製薬	5,241.00
注射薬	4240406A2089	パクリタキセル	1.0 mg 1 6. 7 mL 1 瓶	パクリタキセル注射液 1.0 mg 「NP」	ニプロ	5,241.00
注射薬	4291401A1011	シスプラチン	1.0 mg 2.0 mL 1 瓶	シスプラチン 1.0 mg 2.0 mL 注射液		1,016.00
注射薬	4291401A2018	シスプラチン	2.5 mg 5.0 mL 1 瓶	シスプラチン 2.5 mg 5.0 mL 注射液		2,167.00
注射薬	4291401A3014	シスプラチン	5.0 mg 1.0 mL 1 瓶	シスプラチン 5.0 mg 1.0 mL 注射液		3,363.00
注射薬	4291403A1010	カルボプラチン	5.0 mg 5 mL 1 瓶	カルボプラチン 5.0 mg 5 mL 注射液		1,474.00
注射薬	4291403A2092	カルボプラチン	1.5 mg 1.5 mL 1 瓶	カルボプラチン点滴静注液 1.5 mg 「NK」	ヴィアトリス・ヘルスケア	3,417.00
注射薬	4291403A2122	カルボプラチン	1.5 mg 1.5 mL 1 瓶	カルボプラチン注射液 1.5 mg 「日医工」	日医工	3,417.00
注射薬	4291403A2130	カルボプラチン	1.5 mg 1.5 mL 1 瓶	カルボプラチン点滴静注液 1.5 mg 「SW」	沢井製薬	3,417.00
注射薬	4291403A3099	カルボプラチン	4.5 mg 4.5 mL 1 瓶	カルボプラチン点滴静注液 4.5 mg 「NK」	ヴィアトリス・ヘルスケア	8,097.00
注射薬	4291403A3137	カルボプラチン	4.5 mg 4.5 mL 1 瓶	カルボプラチン点滴静注液 4.5 mg 「SW」	沢井製薬	8,097.00
注射薬	4300400X1053	過テクネチウム酸ナトリウム (99mTc)	1.0 MBq	メジテック	日本メジフィジックス	277.00
注射薬	6131403D1225	ピペラシリンナトリウム	1 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注射用 1 g 「サワイ」	沢井製薬	332.00
注射薬	6131403D1241	ピペラシリンナトリウム	1 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注用 1 g 「トーワ」	東和薬品	332.00
注射薬	6131403D1276	ピペラシリンナトリウム	1 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注射用 1 g 「NIG」	日医工岐阜工場	332.00
注射薬	6131403D2221	ピペラシリンナトリウム	2 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注射用 2 g 「サワイ」	沢井製薬	579.00
注射薬	6131403D2248	ピペラシリンナトリウム	2 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注用 2 g 「トーワ」	東和薬品	579.00
注射薬	6131403D2272	ピペラシリンナトリウム	2 g 1 瓶	ピペラシリン Na 注射用 2 g 「NIG」	日医工岐阜工場	579.00
注射薬	6132400G3040	セフォチアム塩酸塩	1 g 1 キット (生理食塩液 1.0 mL 付)	セフォチアム静注用 1 g バッグ 「日医工」	日医工ファーマ	1,021.00
注射薬	6132400G3058	セフォチアム塩酸塩	1 g 1 キット (生理食塩液 1.0 mL 付)	セフォチアム塩酸塩点滴静注用 1 g バッグ 「NP」	ニプロ	1,154.00
注射薬	6139400D1050	メロベネム水和物	2.5 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 25 g 「日医工」	日医工ファーマ	560.00
注射薬	6139400D1068	メロベネム水和物	2.5 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 25 g 「NP」	ニプロ	560.00
注射薬	6139400D1084	メロベネム水和物	2.5 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 25 g 「サワイ」	沢井製薬	560.00
注射薬	6139400D1106	メロベネム水和物	2.5 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 25 g 「トーワ」	東和薬品	560.00
注射薬	6139400D1114	メロベネム水和物	2.5 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 25 g 「明治」	Meiji Seika ファルマ	560.00
注射薬	6139400D2056	メロベネム水和物	5.0 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 5 g 「日医工」	日医工ファーマ	656.00
注射薬	6139400D2064	メロベネム水和物	5.0 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 5 g 「NP」	ニプロ	656.00
注射薬	6139400D2080	メロベネム水和物	5.0 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 5 g 「サワイ」	沢井製薬	656.00
注射薬	6139400D2102	メロベネム水和物	5.0 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 5 g 「トーワ」	東和薬品	656.00
注射薬	6139400D2110	メロベネム水和物	5.0 mg 1 瓶	メロベネム点滴静注用 0. 5 g 「明治」	Meiji Seika ファルマ	656.00
注射薬	6139400G1048	メロベネム水和物	5.0 mg 1 キット (生理食塩液 1.0 mL 付)	メロベネム点滴静注用バッグ 0. 5 g 「NP」	ニプロ	982.00
注射薬	6139400G1064	メロベネム水和物	5.0 mg 1 キット (生理食塩液 1.0 mL 付)	メロベネム点滴静注用バッグ 0. 5 g 「明治」	Meiji Seika ファルマ	982.00
注射薬	6139500F1091	セフォセラゾンナトリウム・スルバクタムナトリウム	(5.0 mg) 1 瓶	セフォセフ静注用 0. 5 g	沢井製薬	379.00
注射薬	6139500F1121	セフォセラゾンナトリウム・スルバクタムナトリウム	(5.0 mg) 1 瓶	ワイスター配合静注用 0. 5 g	ニプロ	379.00

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
注射薬	6139500F2055	セフォペラゾンナトリウム・ スルバクタムナトリウム	(1g) 1瓶	局 セフォセブ静注用1g	沢井製薬	313.00
注射薬	6139500F2179	セフォペラゾンナトリウム・ スルバクタムナトリウム	(1g) 1瓶	局 ワイスタール配合静注用1g	ニプロ	313.00
注射薬	6250401A1018	アシクロビル	250mg 1管	アシクロビル250mg 注射液		378.00
注射薬	6250401F1015	アシクロビル	250mg 1瓶	アシクロビル250mg 注射用		378.00
注射薬	6290401A4098	フルコナゾール	0.2% 50mL 1袋	局 フルコナゾール静注液100mg 「F」	富士製薬工業	1,520.00
注射薬	6290401A5086	フルコナゾール	0.2% 100mL 1袋	局 フルコナゾール静注200mg 「NP」	ニプロ	2,598.00
注射薬	6290401A6058	フルコナゾール	0.1% 50mL 1袋	局 フルコナゾール静注50mg 「NP」	ニプロ	1,193.00
注射薬	7219412G1064	イオパミドール	61.24% 100mL 1筒	局 イオパミドール300注シリンジ100mL 「HK」	光製薬	4,139.00
注射薬	7219412G1099	イオパミドール	61.24% 100mL 1筒	局 イオパミドール300注シリンジ100mL 「F」	富士製薬工業	4,139.00
注射薬	7219412G6074	イオパミドール	61.24% 80mL 1 筒	局 イオパミドール300注シリンジ80mL 「HK」	光製薬	3,532.00
注射薬	7219412G6090	イオパミドール	61.24% 80mL 1 筒	局 イオパミドール300注シリンジ80mL 「F」	富士製薬工業	3,532.00
注射薬	7219412G7062	イオパミドール	75.52% 100mL 1筒	局 イオパミドール370注シリンジ100mL 「HK」	光製薬	4,323.00
注射薬	7219412G7089	イオパミドール	75.52% 100mL 1筒	局 イオパミドール370注シリンジ100mL 「F」	富士製薬工業	4,323.00
注射薬	7219412G9081	イオパミドール	75.52% 80mL 1 筒	局 イオパミドール370注シリンジ80mL 「HK」	光製薬	3,810.00
注射薬	7219412G9103	イオパミドール	75.52% 80mL 1 筒	局 イオパミドール370注シリンジ80mL 「F」	富士製薬工業	3,810.00
注射薬	7219412P2036	イオパミドール	61.24% 150mL 1筒	局 イオパミドール300注シリンジ150mL 「F」	富士製薬工業	6,573.00
注射薬	7219415A9090	イオヘキソール	64.71% 20mL 1 瓶	局 イオヘキソール300注20mL 「F」	富士製薬工業	1,419.00
注射薬	7219415G1076	イオヘキソール	51.77% 100mL 1筒	局 イオヘキソール240注シリンジ100mL 「F」	富士製薬工業	4,097.00
注射薬	7219415G2080	イオヘキソール	64.71% 50mL 1 筒	局 イオヘキソール300注シリンジ50mL 「HK」	光製薬	3,151.00
注射薬	7219415G2102	イオヘキソール	64.71% 50mL 1 筒	局 イオヘキソール300注シリンジ50mL 「F」	富士製薬工業	4,613.00
注射薬	7219415G3125	イオヘキソール	64.71% 100mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ100mL 「HK」	光製薬	3,915.00
注射薬	7219415G3141	イオヘキソール	64.71% 100mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ100mL 「F」	富士製薬工業	4,653.00
注射薬	7219415G4083	イオヘキソール	64.71% 80mL 1 筒	局 イオヘキソール300注シリンジ80mL 「HK」	光製薬	4,219.00
注射薬	7219415G5098	イオヘキソール	75.49% 100mL 1筒	局 イオヘキソール350注シリンジ100mL 「F」	富士製薬工業	3,950.00
注射薬	7219415G6060	イオヘキソール	64.71% 150mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ150mL 「HK」	光製薬	6,688.00
注射薬	7219415G6086	イオヘキソール	64.71% 150mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ150mL 「F」	富士製薬工業	8,291.00
注射薬	7219415G7066	イオヘキソール	64.71% 125mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ125mL 「HK」	光製薬	5,725.00
注射薬	7219415G7082	イオヘキソール	64.71% 125mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ125mL 「F」	富士製薬工業	7,714.00
注射薬	7219415G8070	イオヘキソール	75.49% 70mL 1 筒	局 イオヘキソール350注シリンジ70mL 「F」	富士製薬工業	3,932.00
注射薬	7219415G9050	イオヘキソール	64.71% 110mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ110mL 「HK」	光製薬	5,369.00
注射薬	7219415G9077	イオヘキソール	64.71% 110mL 1筒	局 イオヘキソール300注シリンジ110mL 「F」	富士製薬工業	8,121.00
注射薬	7219415H1101	イオヘキソール	64.71% 50mL 1 瓶	局 イオヘキソール300注50mL 「F」	富士製薬工業	3,907.00
注射薬	7219415H2086	イオヘキソール	64.71% 100mL 1瓶	局 イオヘキソール300注100mL 「HK」	光製薬	3,525.00
注射薬	7219415H2108	イオヘキソール	64.71% 100mL 1瓶	局 イオヘキソール300注100mL 「F」	富士製薬工業	4,929.00
注射薬	7219415H3082	イオヘキソール	75.49% 20mL 1 瓶	局 イオヘキソール350注20mL 「F」	富士製薬工業	2,564.00
注射薬	7219415H4089	イオヘキソール	75.49% 50mL 1 瓶	局 イオヘキソール350注50mL 「F」	富士製薬工業	3,287.00
注射薬	7219415H5085	イオヘキソール	75.49% 100mL 1瓶	局 イオヘキソール350注100mL 「F」	富士製薬工業	4,340.00
注射薬	7219418A9051	イオプロミド	76.89% 20mL 1 瓶	局 イオプロミド370注20mL 「BYL」	バイエル薬品	1,009.00
注射薬	7219418G1053	イオプロミド	62.34% 100mL 1筒	局 イオプロミド300注シリンジ100mL 「BYL」	バイエル薬品	4,132.00
注射薬	7219418G2041	イオプロミド	62.34% 50mL 1 筒	局 イオプロミド300注シリンジ50mL 「BYL」	バイエル薬品	2,288.00
注射薬	7219418G4044	イオプロミド	76.89% 50mL 1 筒	局 イオプロミド370注シリンジ50mL 「BYL」	バイエル薬品	3,126.00
注射薬	7219418G5040	イオプロミド	76.89% 80mL 1 筒	局 イオプロミド370注シリンジ80mL 「BYL」	バイエル薬品	4,656.00
注射薬	7219418G6047	イオプロミド	76.89% 100mL 1筒	局 イオプロミド370注シリンジ100mL 「BYL」	バイエル薬品	5,445.00
注射薬	7219418H2055	イオプロミド	76.89% 100mL 1瓶	局 イオプロミド370注100mL 「BYL」	バイエル薬品	4,370.00
外用薬	1119702G1011	セボフルラン	1mL	セボフルラン吸入液		27.20
外用薬	1214701S1060	リドカイン	(18mg) 30.5m m×50.0mm 1枚	リドカインテープ18mg 「NP」	ニプロ	47.60
外用薬	1214701S1078	リドカイン	(18mg) 30.5m m×50.0mm 1枚	リドカインテープ18mg 「ニプロ」	ニプロファーマ	47.60
外用薬	1315704Q1131	フルオロメトロン	0.02% 1mL	フルオロメトロン点眼液0.02% 「わかもと」	わかもと製薬	26.90
外用薬	1319720Q1172	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.4mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.4眼粘弾剤1% HV 「センジュ」	千寿製薬	2,722.80
外用薬	1319720Q1180	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.4mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.4眼粘弾剤1% 「アルコン」	日本アルコン	2,722.80
外用薬	1319720Q1202	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.4mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.4眼粘弾剤1% 「生化学」	生化学工業	2,722.80
外用薬	1319720Q1210	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.4mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.4眼粘弾剤1% 「NIG」	日医工岐阜工場	2,722.80
外用薬	1319720Q7243	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.6mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.6眼粘弾剤1% MV 「センジュ」	千寿製薬	4,596.20
外用薬	1319720Q8223	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.85mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.85眼粘弾剤1% HV 「センジュ」	千寿製薬	4,086.60
外用薬	1319720Q8231	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.85mL 1筒	ヒアルロン酸Na 0.85眼粘弾剤1% 「アルコン」	日本アルコン	3,592.80

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
外用薬	1319720Q8258	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1%0.85mL1筒	ヒアルロン酸Na0.85眼粘弾剤1%「生化学」	生化学工業	4,086.60
外用薬	1329707Q1076	フルチカゾンプロピオン酸エステル	2.04mg4mL1瓶	フルチカゾン点鼻液50μg「サワイ」28噴霧用	沢井製薬	415.70
外用薬	1329707Q1254	フルチカゾンプロピオン酸エステル	2.04mg4mL1瓶	フルチカゾン点鼻液50μg「杏林」28噴霧用	キョーリンリメディオ	415.70
外用薬	1329707Q2064	フルチカゾンプロピオン酸エステル	2.04mg4mL1瓶	フルチカゾン点鼻液25μg小児用「サワイ」56噴霧用	沢井製薬	416.60
外用薬	1329707Q2099	フルチカゾンプロピオン酸エステル	2.04mg4mL1瓶	フルチカゾン点鼻液25μg小児用「杏林」56噴霧用	キョーリンリメディオ	416.60
外用薬	2171701S6040	ニトログリセリン	(27mg)9.6cm ² 1枚	ニトログリセリンテープ27mg「トーフ」	東和薬品	52.70
外用薬	2259701G1071	クロモグリク酸ナトリウム	1%2mL1管	クロモグリク酸Na吸入液1%「サワイ」	沢井製薬	32.90
外用薬	2259707S1071	ツロプテロール	0.5mg1枚	ツロプテロールテープ0.5mg「サワイ」	沢井製薬	22.90
外用薬	2399707D2061	トリアムシノロンアセトニド	25μg1枚	トリアムシノロンアセトニド口腔用貼付剤25μg「大正」	帝國製薬	33.50
外用薬	2399715X1031	メサラジン	1g1個	メサラジン注腸1g「JG」	日本ジェネリック	366.80
外用薬	2399715X1040	メサラジン	1g1個	メサラジン注腸1g「ケンエー」	健栄製薬	426.50
外用薬	2646713M1195	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	グリジュール軟膏0.05%	佐藤製薬	17.00
外用薬	2646713M1233	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	クロバタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「ラクール」	東光薬品工業	17.00
外用薬	2646713N1174	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	グリジュールクリーム0.05%	佐藤製薬	17.00
外用薬	2646713N1204	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	クロバタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「ラクール」	東光薬品工業	17.00
外用薬	2646713Q1120	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	グリジュールスカルプローション0.05%	佐藤製薬	17.40
外用薬	2646713Q1146	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	クロバタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	岩城製薬	17.40
外用薬	2646713Q1154	クロバタゾールプロピオン酸エステル	0.05%1g	クロバタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「ラクール」	東光薬品工業	17.40
外用薬	2646720M1071	ブレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル	0.3%1g	スピラゾン軟膏0.3%	岩城製薬	14.70
外用薬	2646720N1085	ブレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル	0.3%1g	スピラゾンクリーム0.3%	岩城製薬	14.70
外用薬	2646720Q1057	ブレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル	0.3%1g	スピラゾンローション0.3%	岩城製薬	14.70
外用薬	2646722M1186	クロバタゾン酪酸エステル	0.05%1g	クロバタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	岩城製薬	16.70
外用薬	2646722M1194	クロバタゾン酪酸エステル	0.05%1g	クロバタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「ラクール」	東光薬品工業	16.70
外用薬	2646722N1041	クロバタゾン酪酸エステル	0.05%1g	クロバタゾン酪酸エステルクリーム0.05%「イワキ」	岩城製薬	16.70
外用薬	2646722Q1064	クロバタゾン酪酸エステル	0.05%1g	クロバタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	岩城製薬	16.70
外用薬	2646723M1180	ジフロラゾン酢酸エステル	0.05%1g	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」	陽進堂	11.70
外用薬	2646723N1160	ジフロラゾン酢酸エステル	0.05%1g	ジフロラゾン酢酸エステルクリーム0.05%「YD」	陽進堂	11.70
外用薬	2646725M1228	ジフルブレドナート	0.05%1g	ジフルブレドナート軟膏0.05%「MYK」	前田薬品工業	13.00
外用薬	2646725M1236	ジフルブレドナート	0.05%1g	ジフルブレドナート軟膏0.05%「イワキ」	岩城製薬	13.00
外用薬	2646725N1169	ジフルブレドナート	0.05%1g	ジフルブレドナートクリーム0.05%「イワキ」	岩城製薬	13.00
外用薬	2646725Q1017	ジフルブレドナート	0.05%1g	ジフルブレドナート0.05%ローション		13.00
外用薬	2646725Q1076	ジフルブレドナート	0.05%1g	ジフルブレドナートローション0.05%「MYK」	前田薬品工業	13.00
外用薬	2646726M1141	デキサメタゾンプロピオン酸エステル	0.1%1g	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「日医工」	池田薬品工業	13.40
外用薬	2646726N1147	デキサメタゾンプロピオン酸エステル	0.1%1g	デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%「日医工」	池田薬品工業	13.40
外用薬	2646727M1065	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル	0.1%1g	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「イワキ」	岩城製薬	28.30
外用薬	2649719S1258	インドメタシン	10cm×14cm1枚	インドメタシンパップ70mg「日医工」	日医工	17.10
外用薬	2649719S1304	インドメタシン	10cm×14cm1枚	インドメタシンパップ70mg「YD」	陽進堂	17.10
外用薬	2649719S1339	インドメタシン	10cm×14cm1枚	インドメタシンパップ70mg「三友」	三友薬品	17.10
外用薬	2649719S1355	インドメタシン	10cm×14cm1枚	インドメタシンパップ70mg「BMD」	ピオメディクス	17.10
外用薬	2649719S1363	インドメタシン	10cm×14cm1枚	インドメタシンパップ70mg「ハラサワ」	原沢製薬工業	17.10
外用薬	2649726M1070	ベンダザック	3%1g	ベンダザック軟膏3%「イワキ」	岩城製薬	17.00
外用薬	2649731M1098	フェルピナク	3%1g	フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」	三笠製薬	4.80
外用薬	2649735S1095	ロキソプロフェンナトリウム水和物	10cm×14cm1枚	ロキソプロフェンNaパップ100mg「タカタ」	高田製薬	19.40
外用薬	2649735S2083	ロキソプロフェンナトリウム水和物	7cm×10cm1枚	ロキソプロフェンNaテープ50mg「NP」	ニプロファーマ	12.90
外用薬	2649735S3160	ロキソプロフェンナトリウム水和物	10cm×14cm1枚	ロキソプロフェンNaテープ100mg「タカタ」	高田製薬	19.40
外用薬	2655709N1088	ケトコナゾール	2%1g	ケトコナゾールクリーム2%「NR」	東光薬品工業	22.10
外用薬	2655709Q1076	ケトコナゾール	2%1g	ケトコナゾール外用液2%「NR」	東光薬品工業	22.10
外用薬	2655710M1042	ラノコナゾール	1%1g	ラノコナゾール軟膏1%「イワキ」	岩城製薬	24.20
外用薬	2655710N1048	ラノコナゾール	1%1g	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」	岩城製薬	24.20
外用薬	2655710Q1044	ラノコナゾール	1%1mL	ラノコナゾール外用液1%「イワキ」	岩城製薬	24.20

診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する品目
(加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」)

区分	薬価基準記載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
内用薬	1124001F1022	エスタゾラム	1mg 1錠	ユーロジン1mg錠	武田テバ薬品	5.90
内用薬	1124020C1045	プロマゼパム	1% 1g	レキシタン細粒1%	サンドファーマ	15.90
内用薬	1124020F1025	プロマゼパム	1mg 1錠	レキシタン錠1	サンドファーマ	5.70
内用薬	1124021F1054	メダゼパム	2mg 1錠	レスミット錠2	共和薬品工業	5.70
内用薬	1124021F2166	メダゼパム	5mg 1錠	レスミット錠5	共和薬品工業	5.70
内用薬	1139004C1057	バルプロ酸ナトリウム	20% 1g	デパケン細粒20%	協和キリン	14.40
内用薬	1139004C2061	バルプロ酸ナトリウム	40% 1g	デパケン細粒40%	協和キリン	20.20
内用薬	1139004F2173	バルプロ酸ナトリウム	200mg 1錠	デパケン錠200mg	協和キリン	10.10
内用薬	1139009F1021	ラモトリギン	2mg 1錠	ラミクター錠小児用2mg	グラクソ・スミスクライン	5.90
内用薬	1149001F1455	イブプロフェン	100mg 1錠	ブルフェン錠100	科研製薬	5.90
内用薬	1149001F2168	イブプロフェン	200mg 1錠	ブルフェン錠200	科研製薬	6.40
内用薬	1169006F1027	ドロキシドパ	100mg 1錠	ドブスOD錠100mg	住友ファーマ	36.00
内用薬	1169006F2023	ドロキシドパ	200mg 1錠	ドブスOD錠200mg	住友ファーマ	67.70
内用薬	1169011F1028	カベルゴリン	0.25mg 1錠	カバサール錠0.25mg	ファイザー	41.20
内用薬	1169011F2024	カベルゴリン	1mg 1錠	カバサール錠1.0mg	ファイザー	129
内用薬	1179026F1020	チミベロン	0.5mg 1錠	トロパサル錠0.5mg	アルフレッサファーマ	6
内用薬	1179038F7021	リスパバドール	0.5mg 1錠	リスパバドールOD錠0.5mg	ヤンセンファーマ	10
内用薬	1231013M1040	チキジウム臭化物	5mg 1カプセル	チアトンカプセル5mg	ヴァイアトリス製薬	6
内用薬	2113005F2028	メチルジゴキシン	0.05mg 1錠	ラニラビット錠0.05mg	中外製薬	6
内用薬	2129010F1022	アミオダロン塩酸塩	100mg 1錠	アンカロン錠100	サノフィ	77
内用薬	2139001S2032	イソソルビド	70% 30mL 1包	イソバイドシロップ70%分包30mL	興和	84
内用薬	2139001S3020	イソソルビド	70% 20mL 1包	イソバイドシロップ70%分包20mL	興和	61
内用薬	2149032F3024	カルベジロール	1.25mg 1錠	アーチスト錠1.25mg	第一三共	10
内用薬	2229001F1053	ジメホルファンリン酸塩	10mg 1錠	アストミン錠10mg	オーファンパンフィック	7
内用薬	2239001R1072	アンプロキソール塩酸塩	1.5% 1g	小児用ムコソルパンDS1.5%	帝人ファーマ	21
内用薬	2251001F1046	テオフィリン	50mg 1錠	テオドール錠50mg	田辺三菱製薬	6
内用薬	2329021F1102	レバミピド	100mg 1錠	ムコスタ錠100mg	大塚製薬	10
内用薬	2359005F1218	ピコスルファートナトリウム水和物	2.5mg 1錠	ラキソベロン錠2.5mg	帝人ファーマ	6
内用薬	2399011C1042	ポリカルボフィルカルシウム	83.3% 1g	コノレル細粒83.3%	アステラス製薬	15
内用薬	2399011C1050	ポリカルボフィルカルシウム	83.3% 1g	ポリカル細粒83.3%	ヴァイアトリス製薬	17
内用薬	3399101F1021	クロビドグレル硫酸塩・アスピリン	1錠	コンブラピン配合錠	サノフィ	67
内用薬	3943001F2027	アロプリノール	50mg 1錠	局 ザイロリック錠50	グラクソ・スミスクライン	10
内用薬	3962002F2027	メトホルミン塩酸塩	250mg 1錠	局 メトグルコ錠250mg	住友ファーマ	10
内用薬	3962002F3023	メトホルミン塩酸塩	500mg 1錠	局 メトグルコ錠500mg	住友ファーマ	10
内用薬	3969006F1020	ナテグリニド	30mg 1錠	局 スターシス錠30mg	アステラス製薬	10
内用薬	3969006F1038	ナテグリニド	30mg 1錠	局 ファスティック錠30	E Aファーマ	10
内用薬	4419008F1431	クレマスチンフマル酸塩	1mg 1錠	タベジール錠1mg	日新製薬(山形)	7
内用薬	4490013M1038	エメダスチンフマル酸塩	1mg 1カプセル	局 レミカットカプセル1mg	興和	20
内用薬	4490016M1023	スプラタストシル酸塩	50mg 1カプセル	アイビーディカプセル50	大鵬薬品工業	16
内用薬	6131001C1210	アモキシシリン水和物	100mg 1g	サワシリン細粒10%	LTLファーマ	7
内用薬	6164001M1216	リファンピシシ	150mg 1カプセル	局 リファジンカプセル150mg	第一三共	15
内用薬	6250002F1025	アシクロビル	200mg 1錠	局 ゾビラックス錠200	グラクソ・スミスクライン	19
内用薬	6250002F2021	アシクロビル	400mg 1錠	局 ゾビラックス錠400	グラクソ・スミスクライン	34
内用薬	6290002M1020	フルコナゾール	50mg 1カプセル	局 ジフルカンカプセル50mg	ファイザー	103
内用薬	6290002M2026	フルコナゾール	100mg 1カプセル	局 ジフルカンカプセル100mg	ファイザー	158
内用薬	6290004S1028	イトラコナゾール	1% 1mL	イトリゾール内用液1%	ヤンセンファーマ	37
注射薬	1124402A1030	ジアゼパム	5mg 1管	セルシン注射液5mg	武田テバ薬品	79
注射薬	1124402A2045	ジアゼパム	10mg 1管	ホリゾン注射液10mg	丸石製薬	83
注射薬	1124402A2053	ジアゼパム	10mg 1管	セルシン注射液10mg	武田テバ薬品	82
注射薬	1149403A2057	ブプレノフィン塩酸塩	0.3mg 1管	レベタン注0.3mg	大塚製薬	205
注射薬	2119404G3056	ドブタミン塩酸塩	0.1% 200mL 1袋	ドブトレックスキット点滴静注用200mg	共和薬品工業	1,689
注射薬	2119404G4052	ドブタミン塩酸塩	0.3% 200mL 1袋	ドブトレックスキット点滴静注用600mg	共和薬品工業	1,783
注射薬	2149400A2023	ニカルジピン塩酸塩	10mg 10mL 1管	局 ベルジピン注射液10mg	LTLファーマ	97
注射薬	2171403A1030	ニトログリセリン	1mg 2mL 1管	ミリスロール注1mg/2mL	日本化薬	121
注射薬	2171403A3040	ニトログリセリン	2.5mg 50mL 1瓶	ミリスロール注2.5mg/50mL	日本化薬	1,219
注射薬	2171404A1026	硝酸イソソルビド	0.05% 10mL 1管	ニトロール注5mg	エーザイ	169
注射薬	2171404A8039	硝酸イソソルビド	0.05% 100mL 1袋	ニトロール点滴静注50mgバッグ	エーザイ	1,328
注射薬	3420409A7096	腹膜透析液	2L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-2 1.5腹膜透析液	バクスター	1,272
注射薬	3420410A6092	腹膜透析液	1.5L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-2 2.5腹膜透析液	バクスター	819
注射薬	3420419A5062	腹膜透析液	2.5L 1袋	ダイアニール-N PD-4 1.5腹膜透析液	バクスター	956
注射薬	3420419A7073	腹膜透析液	1.5L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 1.5腹膜透析液	バクスター	1,189.00
注射薬	3420419A8070	腹膜透析液	2L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 1.5腹膜透析液	バクスター	1,227.00
注射薬	3420419A9068	腹膜透析液	2.5L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 1.5腹膜透析液	バクスター	1,104.00
注射薬	3420420A5065	腹膜透析液	2.5L 1袋	ダイアニール-N PD-4 2.5腹膜透析液	バクスター	1,039.00
注射薬	3420420A7076	腹膜透析液	1.5L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 2.5腹膜透析液	バクスター	1,033.00
注射薬	3420420A8072	腹膜透析液	2L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 2.5腹膜透析液	バクスター	1,304.00
注射薬	3420420A9060	腹膜透析液	2.5L 1袋(排液用バッグ付)	ダイアニール-N PD-4 2.5腹膜透析液	バクスター	1,286.00
注射薬	3420432A1038	腹膜透析液	1.5L 1袋	エクストラニール腹膜透析液	バクスター	1,013.00
注射薬	3420432A2034	腹膜透析液	1.5L 1袋(排液用バッグ付)	エクストラニール腹膜透析液	バクスター	2,043.00
注射薬	3420432A3030	腹膜透析液	2L 1袋	エクストラニール腹膜透析液	バクスター	814.00
注射薬	3420432A4037	腹膜透析液	2L 1袋(排液用バッグ付)	エクストラニール腹膜透析液	バクスター	1,448.00
注射薬	3929407D2108	レボホリナートカルシウム	100mg 1瓶	アイソボリン点滴静注用100mg	ファイザー	1,537.00
注射薬	3999412A7028	エポエチンアルファ(遺伝子組換え)	750国際単位0.5mL 1管	エスポー注射液750	協和キリン	412.00
注射薬	4224403D1030	ゲムシタピン塩酸塩	200mg 1瓶	ジェムザール注射用200mg	日本イーライリリー	920.00

区分	薬価基準取載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
注射薬	4240406A1031	パクリタキセル	30mg 5mL 1瓶	タキソール注射液 30mg	クリニジェン	1,652.00
注射薬	4291401A1097	シスプラチン	10mg 20mL 1瓶	ランダ注 10mg / 20mL	日本化薬	1,016.00
注射薬	4291401A2093	シスプラチン	25mg 50mL 1瓶	ランダ注 25mg / 50mL	日本化薬	2,167.00
注射薬	4291401A3090	シスプラチン	50mg 100mL 1瓶	ランダ注 50mg / 100mL	日本化薬	3,363.00
注射薬	4291403A1088	カルボプラチン	50mg 5mL 1瓶	局 パラプラチン注射液 50mg	クリニジェン	1,474.00
注射薬	4300400X1029	過テクネチウム酸ナトリウム (99mTc)	10MBq	ウルトラテクネカウ	PDRファーマ	266.00
注射薬	6132400G3023	セフォチアム塩酸塩	1g 1キット (生理食塩 液 100mL 付)	局 パンスボリン静注用 1g バッグS	武田テバ薬品	1,014.00
注射薬	6139400D1033	メロペナム水和物	250mg 1瓶	局 メロペン点滴用バイアル 0.25g	住友ファーマ	549.00
注射薬	6139400D2030	メロペナム水和物	500mg 1瓶	局 メロペン点滴用バイアル 0.5g	住友ファーマ	569.00
注射薬	6250401F1155	アシクロビル	250mg 1瓶	局 ゾピラックス点滴静注用 250	グラクソ・スミスク ライン	378.00
注射薬	7219412G1030	イオパミドール	61.24% 100mL 1筒	局 イオパミロン注 300シリンジ	バイエル薬品	4,075.00
注射薬	7219412G6031	イオパミドール	61.24% 80mL 1 筒	局 イオパミロン注 300シリンジ	バイエル薬品	3,425.00
注射薬	7219412G7038	イオパミドール	75.52% 100mL 1筒	局 イオパミロン注 370シリンジ	バイエル薬品	4,323.00
注射薬	7219412G9030	イオパミドール	75.52% 80mL 1 筒	局 イオパミロン注 370シリンジ	バイエル薬品	3,810.00
注射薬	7219412P2044	イオパミドール	61.24% 150mL 1筒	局 イオパミロン注 300シリンジ	バイエル薬品	6,573.00
注射薬	7219415G1050	イオヘキソール	51.77% 100mL 1筒	局 オムニパーク 240注シリンジ 100mL	GEヘルスケア ファーマ	4,023.00
注射薬	7219415G2064	イオヘキソール	64.71% 50mL 1 筒	局 オムニパーク 300注シリンジ 50mL	GEヘルスケア ファーマ	3,060.00
注射薬	7219415G3117	イオヘキソール	64.71% 100mL 1筒	局 オムニパーク 300注シリンジ 100mL	GEヘルスケア ファーマ	3,802.00
注射薬	7219415G6035	イオヘキソール	64.71% 150mL 1筒	局 オムニパーク 300注シリンジ 150mL	GEヘルスケア ファーマ	6,503.00
注射薬	7219415G7031	イオヘキソール	64.71% 125mL 1筒	局 オムニパーク 300注シリンジ 125mL	GEヘルスケア ファーマ	5,612.00
注射薬	7219415G9026	イオヘキソール	64.71% 110mL 1筒	局 オムニパーク 300注シリンジ 110mL	GEヘルスケア ファーマ	5,119.00
注射薬	7219415H2078	イオヘキソール	64.71% 100mL 1瓶	局 オムニパーク 300注 100mL	GEヘルスケア ファーマ	3,312.00
注射薬	7219415H3066	イオヘキソール	75.49% 20mL 1 瓶	局 オムニパーク 350注 20mL	GEヘルスケア ファーマ	833.00
注射薬	7219415H4062	イオヘキソール	75.49% 50mL 1 瓶	局 オムニパーク 350注 50mL	GEヘルスケア ファーマ	1,801.00
注射薬	7219415H5069	イオヘキソール	75.49% 100mL 1瓶	局 オムニパーク 350注 100mL	GEヘルスケア ファーマ	2,846.00
注射薬	7219418A9035	イオプロミド	76.89% 20mL 1 瓶	局 プロスコープ 370注 20mL	アルフレッサファ ーマ	988.00
注射薬	7219418G1037	イオプロミド	62.34% 100mL 1筒	局 プロスコープ 300注シリンジ 100mL	アルフレッサファ ーマ	4,051.00
注射薬	7219418G2025	イオプロミド	62.34% 50mL 1 筒	局 プロスコープ 300注シリンジ 50mL	アルフレッサファ ーマ	1,444.00
注射薬	7219418G4036	イオプロミド	76.89% 50mL 1 筒	局 プロスコープ 370注シリンジ 50mL	アルフレッサファ ーマ	1,684.00
注射薬	7219418G5032	イオプロミド	76.89% 80mL 1 筒	局 プロスコープ 370注シリンジ 80mL	アルフレッサファ ーマ	2,820.00
注射薬	7219418G6039	イオプロミド	76.89% 100mL 1筒	局 プロスコープ 370注シリンジ 100mL	アルフレッサファ ーマ	3,394.00
注射薬	7219418H2039	イオプロミド	76.89% 100mL 1瓶	局 プロスコープ 370注 100mL	アルフレッサファ ーマ	3,002.00
外用薬	1119702G1062	セボフルラン	1mL	局 セボフレン吸入麻酔液	丸石製薬	27.20
外用薬	1141700J1029	アセトアミノフェン	50mg 1個	局 アルビニー坐剤 50	久光製薬	19.70
外用薬	1141700J1045	アセトアミノフェン	50mg 1個	局 アンヒバ坐剤小児用 50mg	ヴァイアトリス製 薬	19.70
外用薬	1141700J2092	アセトアミノフェン	100mg 1個	局 アルビニー坐剤 100	久光製薬	19.70
外用薬	1141700J2130	アセトアミノフェン	100mg 1個	局 アンヒバ坐剤小児用 100mg	ヴァイアトリス製 薬	19.70
外用薬	1141700J3021	アセトアミノフェン	200mg 1個	局 アルビニー坐剤 200	久光製薬	20.30
外用薬	1141700J3110	アセトアミノフェン	200mg 1個	局 アンヒバ坐剤小児用 200mg	ヴァイアトリス製 薬	20.30
外用薬	1319720Q1164	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.4mL 1筒	局 ヒーロン眼粘弾剤 1% シリンジ 0.4mL	エイエムオー・ジャ パン	2,443.30
外用薬	1319720Q7227	精製ヒアルロン酸ナトリウム	1% 0.6mL 1筒	局 ヒーロン眼粘弾剤 1% シリンジ 0.6mL	エイエムオー・ジャ パン	2,794.30
外用薬	2171701S7055	ニトログリセリン	(27mg) 14cm ² 1 枚	局 バソレターテープ 27mg	三和化学研究所	42.90
外用薬	2171701S7071	ニトログリセリン	(27mg) 14cm ² 1 枚	局 ミニトロテープ 27mg	キョーリンリメディ オ	51.90
外用薬	2399707D1030	トリウムシノロンアセトニド	25μg 1錠	局 アフタッチ口腔用貼付剤 25μg	アルフレッサファ ーマ	26.30
外用薬	2399715X1023	メサラジン	1g 1個	局 ペンタサ注腸 1g	杏林製薬	363.70
外用薬	2646720Q1065	ブレドニゾン吉草酸エステ ル酢酸エステル	0.3% 1g	局 リドメックスコーワローション 0.3%	興和	14.70
外用薬	2646723M1172	ジフロラゾン酢酸エステル	0.05% 1g	局 ダイアコート軟膏 0.05%	帝國製薬	11.00
外用薬	2646723N1151	ジフロラゾン酢酸エステル	0.05% 1g	局 ダイアコートクリーム 0.05%	帝國製薬	11.00
外用薬	2646725M1201	ジフルブレドナート	0.05% 1g	局 マイザー軟膏 0.05%	田辺三菱製薬	12.00
外用薬	2646725N1150	ジフルブレドナート	0.05% 1g	局 マイザークリーム 0.05%	田辺三菱製薬	12.00
外用薬	2646727M1022	アルクロメタゾンプロピオン 酸エステル	0.1% 1g	局 アルメタ軟膏	シオノギファーマ	22.20
外用薬	2649719S1185	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 カトレップパップ 70mg	帝國製薬	17.10
外用薬	2649719S1193	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 イドメシンコーワパップ 70mg	興和	17.10
外用薬	2649719S1207	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 ハブスターID 70mg	大石膏盛堂	11.80
外用薬	2649719S1215	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 アコニップパップ 70mg	テイカ製薬	11.40
外用薬	2649719S1223	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 インサイドパップ 70mg	久光製薬	16.70
外用薬	2649719S1240	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 インテナーズパップ 70mg	東光薬品工業	11.50
外用薬	2649719S1290	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 ラクティオンパップ 70mg	テイカ製薬	17.10
外用薬	2649719S1312	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 コリフメシンパップ 70mg	東和製薬：和歌山	13.30
外用薬	2649719S1347	インドメタシン	10cm×14cm 1枚	局 カトレップテープ 70mg	帝國製薬	17.10
外用薬	2649726M1046	ベンダザック	3% 1g	局 ジンドザック軟膏 3%	佐藤製薬	17.00
外用薬	2649731M1071	フェルピナク	3% 1g	局 ナパゲルン軟膏 3%	帝國製薬	4.80
外用薬	2649734S2070	ジクロフェナクナトリウム	10cm×14cm 1枚	局 ボルタレンテープ 30mg	同仁医薬化工	17.10
外用薬	2655710M1034	ラノコナゾール	1% 1g	局 アスタット軟膏 1%	マルホ	21.20
外用薬	2655710N1030	ラノコナゾール	1% 1g	局 アスタットクリーム 1%	マルホ	21.20

区分	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
外用薬	2655710Q1036	ラノコナゾール	1% 1mL	局 アスタット外用液 1%	マルホ	21.20