

<抄>

保医発 0305 第 3 号

平成 30 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件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 45 号）が公布され、平成 30 年 4 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」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号）は、平成 30 年 3 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。
- 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つては、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、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）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、同条第 3 項又は同法第 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。

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は除く。）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

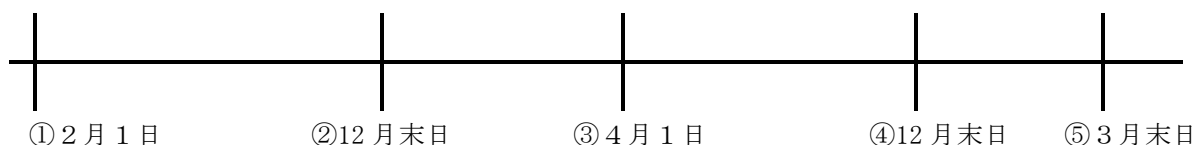
届出前 30 日間の実績を有していること。

- (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複合撮影に係る施設共同利用率、輸血管管理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

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月間の実績を有していること。

(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準

ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

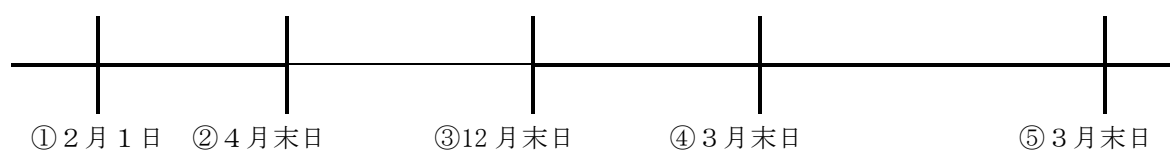
イ 経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(3)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、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日から翌々年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日から翌々年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に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法

- ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



(12) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、（6）経口摂取回復促進加算1に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの（イ）中「別添1の第45の2の1の（3）のア又はイ」とあるのは、「別添1の第79の3の1の（2）のイの①の（ア）又は（イ）」と読み替えるものとする。

(13) 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、病院である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）のアからエ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をを除き、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、（ロ）b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：30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、病院である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）のアからエ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。

・31年4月1日（⑥の翌日）から32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。



(14) 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。

(15) 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。

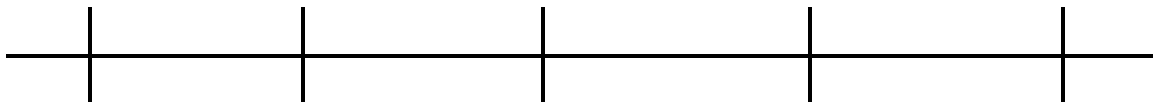
ハ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30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30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30年5月1日 ②30年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日

(16) 調剤基本料の注6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）（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。

歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

	(医管) 第 号
ウイルス疾患指導料	(ウ指) 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
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
乳腺炎重症化予防・ケア指導料	(乳腺ケア) 第 号

長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第 号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号
脳磁図	(脳磁診) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン2) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン3) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C気鏡) 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
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	(ポ断) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複) 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	(ポ断磁複) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号
C T撮影及びMR I 撮影	(C・M) 第 号
冠動脈C T撮影加算	(冠動C) 第 号
外傷全身C T加算	(外傷C) 第 号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M) 第 号
小児鎮静下MR I 撮影加算	(小児M) 第 号
頭部MR I 撮影加算	(頭部M) 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
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

デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 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 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	(地支体) 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
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅患者調剤加算	(在調) 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

7 次の(1)から(7)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、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)、乳がんセンチネルリンパ節加算 1
- (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算 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 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。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

- 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、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、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7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養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、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）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、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定して

いる保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績をもって、該当す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。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
乳腺炎重症化予防ケア・指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
ハイリスク妊産婦連携指導料1
ハイリスク妊産婦連携指導料2
退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる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の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
画像診断管理加算3
骨髄微小残存病変量測定
有床義歯咀嚼機能検査2のイ
有床義歯咀嚼機能検査2のロ
咬合圧検査
精密触覚機能検査
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）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
口腔粘膜処置
口腔粘膜血管腫凝固術
人工腎臓
導入期加算1
導入期加算2
透析液水質確保加算
慢性維持透析濾過加算
レーザー機器加算
皮膚移植術（死体）
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

造脛術、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合又は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（子宮頸がんに限る。）
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
コーディネート体制充実加算
放射線治療管理料の注 4 に掲げる遠隔放射線治療計画加算
体外照射の注 6 に掲げる 1 回線量増加加算
デジタル病理画像による病理診断
悪性腫瘍病理組織標本加算
基本調剤料 3 のイ
基本調剤料 3 のロ
基本調剤料の注 4 に掲げる地域支援体制加算
基本調剤料の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算 3

表 2 施設基準の改正により、平成 30 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っても、平成 30 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域包括診療料 1
歯科疾患管理料の注 10 に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
退院時共同指導料 1 の 1 に掲げる在宅療養支援歯科診療所 2
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 2
調剤基本料 2

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、平成 30 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

がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料 2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料 3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料 2

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 1 オンライン医学管理料

1 オンライン医学管理料に関する施設基準

「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）別添 1 の第 2 の 6 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

オンライン診療料の届出を行ってればよく、オンライン医学管理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。

第 1 の 2 ウイルス疾患指導料

1 ウイルス疾患指導料注 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 年以上有する専従の看護師が 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 届出に関する事項

(1) ウイルス疾患指導料の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)及び(2)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

(3) 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。

第 1 の 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

1 悪性腫瘍特異物質治療管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）別添 3 の第 1 の 2 の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、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 4 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に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準につ

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 国及び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 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。

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) 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 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) 1 の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師、2 の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師 3 の(2)に掲げる薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。

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。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 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)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍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。

(4) (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。

(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下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」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) (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 国及び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

- (7) (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。
- (8) (1)のア及び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、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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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 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) 外来緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の氏名、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。

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24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。

 - ① 腎臓移植領域10例以上
 - ② 肝臓移植領域10例以上
 - ③ ①、②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

- (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 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) 1の(2)に掲げる医師、(3)又は(4)に掲げる看護師又は保健師及び(5)に掲げる管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の7 小児運動器疾患指導管理料

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

- (1) 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。
 - ア 整形外科の診療経験20時下経験を5年以上有していること。
 - イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関において、小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制を有していること。
- (3) 必要に応じて、当該保険医療機関の病床又は連携する保険医療機関の病床において、入院可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

小児運動器疾患指導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4の8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の9を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる助産師についての医療関係団体等からの認証が確認できる文書を添付すること。

第5 小児科外来診療料の届出に関する事項及び小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

1 小児科外来診療料の届出に関する事項

小児科外来診療料については、小児科を標榜する保険医療機関であればよく、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 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。

3 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、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。
- (4) 緊急時に小児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小児が入院できる体制が整備されていること。

2 地域連携小児夜間・休日診療料2に関する施設基準

- (1) 小児を24時間診療することができる体制を有していること。
- (2) 専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等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名以上を届け出ていること。
- (3) 地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が6歳未満の小児を24時間診療することが周知されていること。
- (4) 緊急時に小児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小児が入院できる体制が整備されていること。

3 届出に関する事項

- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7を用いること。
- (2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。
- (3) 2の(1)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第6の2 乳幼児育児栄養指導料

1 乳幼児育児栄養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、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6の7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

- (1) 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を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、1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。
- (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、1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(8)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) 当該保険医療機関に、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。
 - (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。
 - (4) 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。
 - (5) 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。
 - (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、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、総合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

(7) 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

- (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

(8) 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、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が、10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。
- ウ 平成31年3月31日までの間、アにおける在宅患者訪問診療料(I)を算定した患者及び在宅患者訪問診療料(II)を算定した患者については、いずれも診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（平

成 20 年厚生労働省告示第 59 号) における区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料を算定した患者を含めることができる。

2 地域包括診療料 2 に関する施設基準

1 の (1) から (7) までの基準を全て満たしていること。

3 届出に関する事項

地域包括診療料 1 又は 2 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 7 の 7 を用いること。

第 6 の 8 の 2 認知症地域包括診療料

1 認知症地域包括診療料 1 に関する基準

第 6 の 8 に掲げる地域包括診療料 1 の届出を行っていること。

2 認知症地域包括診療料 2 に関する基準

第 6 の 8 に掲げる地域包括診療料 2 の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

地域包括診療料 1 又は 2 の届出を行ってればよく、認知症地域包括診療料 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 6 の 8 の 3 小児かかりつけ診療料

1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準

(1) 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。

(2) 区分番号「B 0 0 1-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3) 区分番号「A 0 0 1」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 2 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、3 つ以上に該当すること。

ア 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月 1 回以上の頻度で行っていること

イ 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

ウ 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

エ 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

オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること

2 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。

3 届出に関する事項

小児かかりつけ診療料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9 生活習慣病管理料

1 生活習慣病管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、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) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、別添2の様式8の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準

- (1) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数は、1年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料の延べ算定回数(初回から5回目までの治療を含む。)を初回の治療の算定回数で除した数とする。ただし、過去1年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が5人以下である場合は、当年3月に初回の治療を行った患者を、延べ算定回数及び初回の治療の算定回数から除くことができる。
- (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数の計算期間は、前年4月1日から当年3月31日までとし、当該平均継続回数の実績に基づく所定点数の算定は、当年7月1日より行う。
- (3) 注1に規定する基準を満たさない場合には、ニコチン依存症管理料の所定点数の100分の70に相当する点数を算定することとなるが、過去1年間に当該管理料の算定の実績が無い場合は、この限りでないこと。

3 届出に関する事項

- (1) ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式8を用いること。
- (2) 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、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。

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人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。
- (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、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (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配置図及び平面図を提出すること。

第12の1の2 診療情報提供料（I）及び電子的診療情報評価料

1 診療情報提供料（I）の地域連携診療計画加算に関する施設基準

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。
- (2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

2 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること。（診

関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。) を修了し、その旨が登録されているものに限る。) が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

- (4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。
- (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、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

2 届出に関する事項

頭部MRI撮影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)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85%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては75%以上85%未満、外来後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上75%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及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニル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・破倫除去
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。

2 届出に関する事項

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。

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常勤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及び薬剤師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常勤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) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等

の体制を確保することが原則であるが、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いる診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、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) 当該治療室の配置図及び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5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（平成16年厚生労働省告示第185号）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HIV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。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（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。

- (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

第87 顎口腔機能診断料

1 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）に関する施設基準

- (1) 障害者総合支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。
- (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
 - イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

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 調剤基本料の施設基準

(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。

- ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋
- イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の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
- 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への(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「5」の介護予防居宅療養管理指導費のへの(2)の基となる調剤に係る処方箋

- (2) 処方箋の受付回数及び特定の保険医療機関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) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、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。
- (4) (3)の計算に当たり、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。
- ア 同一グループの保険薬局とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。
- 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。

(8) 同一グループ内の処方箋受付回数が1月に4万回又は40万回を超えるか否かの取扱いは、当年2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2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3月1日から当年2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3月1日から当年1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2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、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

(9) 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関して、ここでいう不動産とは、土地及び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。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、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を含むものである。

なお、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、(6)ア①から④まで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、その土地及び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、(6)ア①か

ら④までに定める者を含む。) 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

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。なお、届出に当たり、特定の保険医療機関との間で、不動産又は会議室その他の当該保険薬局が所有する設備に関して、特別の契約を締結している場合には、当該契約書等の写しを添付すること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

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(平成30年3月5日保医発0305第2号)の別添3の別紙2に所在す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(特別区を含む。)町村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による調剤の割合が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) 「特定の区域内の保険医療機関」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、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。

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。

第90 調剤基本料の注2に定める保険薬局

- 1 調剤基本料の注2に定める保険薬局は、(1)に該当し、かつ、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えるもの又は(2)に該当するものであること。(1)「病院である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」として、次のアからエまでのいずれかに該当すること。

ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合(当該保険医療機関が所有する不動産を当該保険薬局以外の者が賃借し、当該不動産を利用して開局している場合を含む。)

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場合

- (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれかに適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

- 2 1の(1)のアの「不動産の賃貸借取引関係」については、「第88調剤基本料」の「1調剤

基本料の施設基準」の（９）に準じて取り扱う。

- 3 1の（１）のイは、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場合に適用することとし、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。
- 4 1の（１）のウは、保険薬局が有する会議室等の設備について、特定の病院である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割以上である場合であること。ただし、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。
- 5 1の（１）のエは、平成28年10月1日以降に開局した場合に限るものとする。
- 6 1の（１）のエは、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。

第91 調剤基本料の注3に規定する保険薬局

- 1 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、「「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」について」（平成30年1月23日医政発0123第9号、保発0123第3号）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定めているものであり、「妥結率」、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」については以下のとおりとする。

- (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量×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

- (2) 「単品単価契約率」における単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。

※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／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

- (3) 「一律値引き契約に係る状況」における一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られ

た割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。

また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。）を報告すること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- 2 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約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4月1日から翌々年3月末日まで適用する。
- 3 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告については、平成31年4月から適用することとし、平成31年4月までの間は、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告がないことをもって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はないこととすることから、平成30年4月以降、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。
- 4 薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務」は、「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）及び「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算、「区分番号10」の「注3」（麻薬管理指導加算）、「注4」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号14の3」の服用薬剤調整支援料、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料、「区分番号15の4」の退院時共同指導料、「区分番号15の5」の服薬情報等提供料、「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導費並びに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をいう。
- 5 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局は、前年3月1日から当年2月末日までに4に掲げる業務の算定が合計10回未満の保険薬局が該当し、当該保険薬局は、当年4月1日より翌年3月末日まで区分番号00の調剤基本料の注3で定める点数で算定する。
- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10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実施していない保険薬局とはみなさない。
- 7 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、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。

1 地域支援体制加算の施設基準

(1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する薬局の場合

- (イ) 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。
- (ロ) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定実績を有していること。
- (ハ) 当該保険薬局は、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。

イ 調剤基本料1以外を算定する薬局の場合

地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に、以下の（イ）から（チ）までの全ての実績を有すること。

- (イ) 「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）又は「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算の算定回数が合算して計400回以上である。
- (ロ) 「区分番号10」の「注3」、「区分番号13の2」の「注2」、「区分番号15」の「注2」、「区分番号15の2」の「注2」、「区分番号15の3」の「注2」、居宅療養管理指導費の「注2」又は介護予防居宅療養管理指導費の「注2」（麻薬管理指導加算）に規定する加算の算定回数（「区分番号13の3」の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、これに相当する業務を実施した場合を含む。）が合算して計10回以上である。
- (ハ) 「区分番号10」の「注4」若しくは「区分番号13の2」の「注3」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算又は「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数（「区分番号13の3」の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、これに相当する業務を実施した場合を含む。）が合算して計40回以上である。
- (ニ) 「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数が合算して計40回以上である。
- (ホ) 「区分番号14の2」の外来服薬支援料の算定回数（「区分番号13の3」の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、これに相当する業務を実施した場合を含む。）が12回以上である。
- (ヘ) 「区分番号14の3」の服用薬剤調整支援料の算定回数（「区分番号13の3」の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、これに相当する業務を実施した場合を含む。）が1回以上である。
- (ト) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の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について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数が合算して計12回以上である。
- (チ) 「区分番号15の5」の服薬情報等提供料の算定回数（「区分番号13の2」のかかり

つけ薬剤師指導料又は「区分番号 13 の 3」の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、これに相当する業務を実施した場合を含む。) が 60 回以上である。

(リ) (イ) から (チ) までに示した「区分番号 13 の 2」のかかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号 13 の 3」の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、相当する業務を実施した場合を合計する場合には、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが確実に遡及できるものでなければならないこと。

(ヌ) (1) における常勤薬剤師数は、届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下の①及び②により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出する。(イ) から (チ) まで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、常勤薬剤師数を (イ) から (チ) までの各基準に乗じて得た回数以上であるか否かで判定する。

① 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。

② 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師については、実労働時間を 32 時間で除した数とする。

(2) 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。

(3) 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、24 時間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。24 時間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 24 時間調剤及び在宅業務（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。）が提供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、患者から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。ただし、連携薬局の数は、当該保険薬局を含めて最大で 3 つまでとする。

(4) 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）、当該担当者及び当該担当者 と直接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 24 時間調剤が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。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これら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。

(5) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24 時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

(6) 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の記録を作成し、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。

(7) 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。

- (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1年以上在籍していること。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 薬局内にコンピューターを設置するとともに、医薬品医療機器情報配信サービス（PMD A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。
- (12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された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。
- ア 一般名
 - イ 剤形
 - ウ 規格
 - エ 内服薬にあつては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）
 - オ 緊急安全性情報、安全性速報
 - カ 医薬品・医療機器等安全性情報
 - キ 医薬品・医療機器等の回収情報
- (13) 薬学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。
- (14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される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。
- (15) 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も応需・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。
- (16) 健康相談又は健康教室を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し、周知していること。

- (17) 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。
- (18) 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、あらかじめ患家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。
- (19) 当該地域において、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していること。
- (20) 薬局機能情報提供制度実施要領(平成19年3月26日付け薬食発第0326026号厚生労働省医薬食品局長通知別添)4(2)①の都道府県が定める期日の前年1年間(1月1日から12月31日)に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」(平成19年3月26日付け薬食総発第0326001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」としていること。
- (21) 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。
- (22) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が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50%以上であること。
- (23) 上記(22)の特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「1調剤基本料の施設基準」の(3)に準じて行う。
- (24) 施設基準に適合すると届出をした後は、(1)のアの(ロ)及び(1)のイについては、前年3月1日から当年2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4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の常勤薬剤師数は、前年12月1日から当年2月末日までの勤務状況に基づき算出する。
- (25) (1)のイの(ロ)については、平成30年9月30日までの間は、常勤薬剤師1人当たり合算して計1回以上の実績がある場合、(1)のイの(へ)については平成30年9月30日までの間、(20)については平成31年3月31日までの間、(21)については平成30年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

2 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及び必要に応じ様式87の3の2を用いること。
- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」につい

での記載は要しない。

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の施設基準

- (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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%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。
- (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え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の施設基準

- (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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が80%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の施設基準

- (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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が85%以上であること。
- (2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

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及びラコールNF配合経腸用半固形剤

(2) 特殊ミルク製剤

フェニル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に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

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6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であること。ただし、処方箋受付回数が1月に600回以下の保険薬局は除くものとする。

- (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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が20%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、やむを得ないものは除く。
- (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に占める後発医薬品の規格単位数の割合について、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）局長への報告していないこと。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、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。

第95 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の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（常勤の保険薬剤師は1名以上）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）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。以下同じ。）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

- (1) 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。
- (2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（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。

第96 在宅患者調剤加算

1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

- (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) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計10回以上であること。
- (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、サポート薬局の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) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

- (5) 当該保険薬局において、在宅業務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、定期的に在宅業務に関する学術研修（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。
- (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、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。
- (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。
- (8) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(2)については、前年3月1日から当年2月末日までの実績により判定し、当年の4月1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 届出に関する事項

在宅患者調剤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97 薬剤服用歴管理指導料の注9に規定する保険薬局

- 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、6月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴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、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3月1日から当年2月末日までの薬剤服用歴管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3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 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、その時点で「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 本規定の取扱いは、1年間の経過措置を設けており、平成30年4月1日から平成31年2月末日までの手帳の活用実績をもって、平成31年4月1日から適用する。
- 5 本規定の報告については、別添2の様式84を用いること。

第98 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年以上の薬局勤務経験がある。

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。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に 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。

2 届出に関する事項

(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の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 90 を用いること。

(2) (1) のウについては、平成 30 年 9 月 30 日までの間は、なお従前の例によることができる。

(3) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

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。

平成 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

印

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。

※ 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）
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
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"/>	5
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"/>	5の2
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
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8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
7の2	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	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"/>	13の7
11の3の5	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"/>	13の7
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
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
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

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）
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
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	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<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	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
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
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
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2	在宅患者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
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"/>	20の3の3
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
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13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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄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	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, 4
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
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, 4
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
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5

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）
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 4
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52, 4
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2, 4
26の1の3	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	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又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

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）
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	<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
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, 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	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88, 4
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
98	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, 4

※様式2, 6, 16, 65, 68, 72, 84の2, 86は欠番

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	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
イ 精神症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
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"/>
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	

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及び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を添付すること。
また、ウは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ことが確認できる文書を添付すること。
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。

- 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 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。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、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。
また、A226-2 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、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 6 注4に規定する点数は、「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」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）において、算定可能である。
- 7 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 7 の 7

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名(診療所又は200床未満の病院)	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名(診療所の場合)	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
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の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること(病院の場合)	<input type="checkbox"/>

⑦	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>
⑦-2	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

地域包括診療料1に係る施設基準

⑧	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
⑧-2	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	%

[記載上の注意]

- 1 研修受講した修了証の写しを添付すること。
- 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、⑦-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。

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、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、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配置図及び平面図を添付すること。

外来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. 届出に係る外来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"/> 外来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）85%以上）
<input type="checkbox"/> 外来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）75%以上85%未満）
<input type="checkbox"/> 外来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）70%以上75%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（平成 年 月 日時点）

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				
期間 （届出時の直近3か 月：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ヶ月間の 合計）
全医薬品の規格単 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 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（%）				

[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。
- 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」（平成30年3月5日保医発0305第8号）を参照すること。

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、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配置図及び平面図（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。

キ 同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数 (⑧)	施設
ク 8に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数合計 (⑨)	回
ケ ④と⑨を合計した処方箋受付回数 (⑩)	回
7 調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無 (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の添付必要) <input type="checkbox"/> なし

(参考) 調剤基本料の注3の減算への該当性

8 前年4月1日から9月末日までの妥結率 (⑪)	%
9 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況等の報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
10 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
11 調剤基本料の注3の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

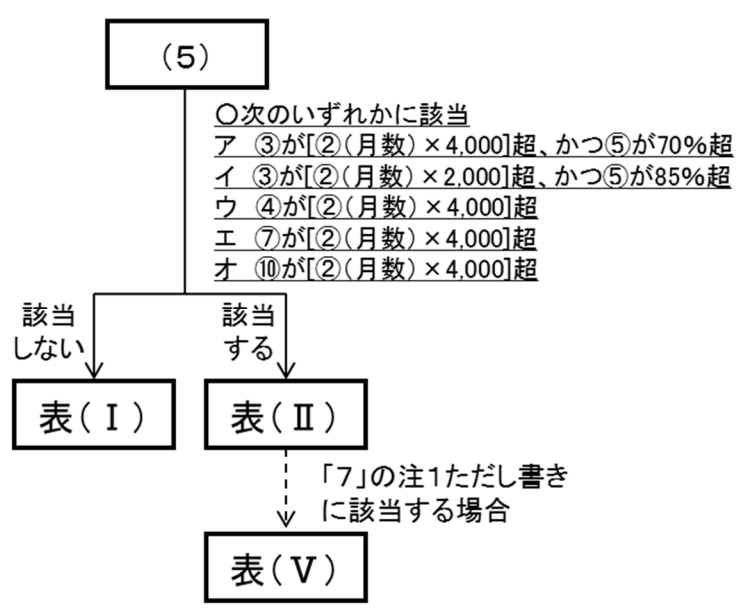
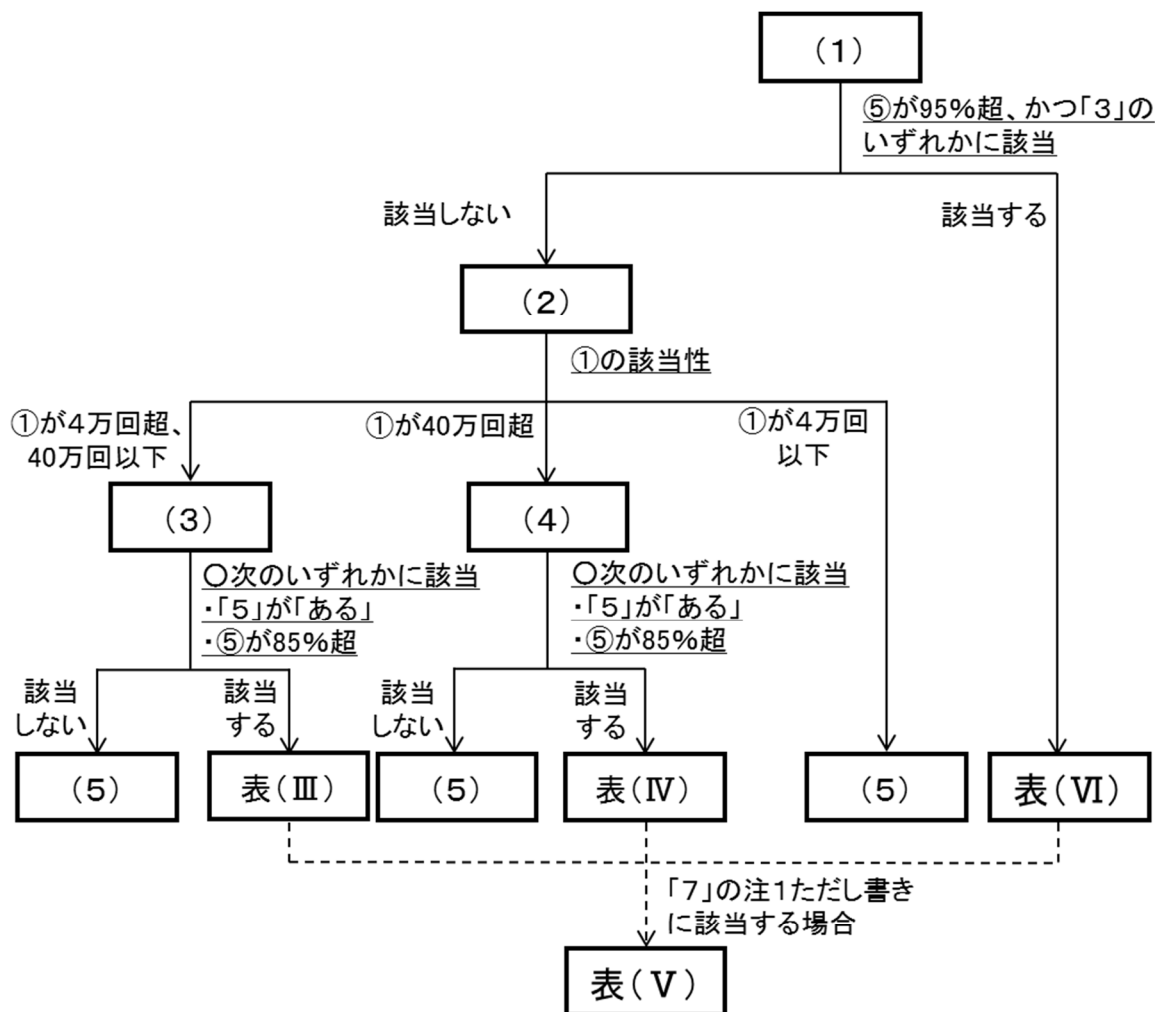
(参考) 調剤基本料の注6の減算への該当性 (③が [(②) 月数 × 600] を超える場合のみ記載)

12 後発医薬品調剤割合が20%以下である(処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く)への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
13 後発医薬品調剤割合に係る報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
14 調剤基本料の注6の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

(参考) 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------------	--

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、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。



- (1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → 表中(Ⅵ)へ
該当しない → (2)へ
- (2) (①)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ
(①)が40万回を超えている → (4)へ
該当しない → (5)へ
- (3) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅲ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (4) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅳ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (5) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅱ)へ
ア (③)が[(②)(月数)×4,000]を超えており、かつ、(⑤)が70%を超えている
イ (③)が[(②)(月数)×2,000]を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている
ウ (④)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
エ (⑦)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
オ (⑩)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
該当しない → 表中(Ⅰ)へ
- (6) 表中(Ⅱ)～(Ⅳ)又は(Ⅵ)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する
→ 表中(Ⅴ)へ

(Ⅰ)	調剤基本料1
(Ⅱ)	調剤基本料2
(Ⅲ)	調剤基本料3-イ
(Ⅳ)	調剤基本料3-ロ
(Ⅴ)	調剤基本料1(注1ただし書き)
(Ⅵ)	特別調剤基本料

[添付の必要がある資料]

「3」の特別な関係にある病院名と「6」の主たる保険医療機関名が同一であり、⑤が95%を超える保険薬局については、以下の資料を添付する。

- 1 保険薬局が利用している不動産の登記簿の写し
- 2 保険薬局が、保険医療機関と不動産取引、保険薬局の設備の貸与その他の契約を締結している場合には、当該契約書の写し（保険医療機関の公募要項が存在する場合は当該公募要項を含む。）等の当該契約内容が分かる資料
- 3 保険薬局が、病院に会議室等の設備を貸与している場合には、その貸与に係る状況が分かる資料

[記載上の注意]

- 1 「2」については、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「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、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（平成30年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
イ 平成28年10月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保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」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③/②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。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「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
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
- 8 ⑥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、⑦については、④を含めて記載する。
- 9 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 10 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 11 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 12 「11」については、「8」が50%以下又は「9」若しくは「10」のいずれかが「あり」の場合に「あり」とする。
- 13 「12」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 14 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

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
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 <div style="text-align: right;">(②/①) %</div>	%

2. 単品単価契約率

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の再掲)	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率 <div style="text-align: right;">(③/②) %</div>	%

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

取引卸売販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

[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 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第2位を切り捨てて計算すること。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の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。
- 8 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4万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。

「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6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75%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80%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85%以上)
調剤基本料の「注6」(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20%超) () 該当する(新指標20%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20%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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第●号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 6」（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 6」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

1 基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）の別表第 6 の 2 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（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 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 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号00」の「注2」)

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

2 麻薬小売業者免許証の番号		
3 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間) 期間: 年 月 ~ 年 月		
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数: 回		
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数: 回 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) 算定回数: 回 </td> </tr> </table>		在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数: 回 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) 算定回数: 回
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数: 回 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) 算定回数: 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に係る届出	□あり	

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
7 開局時間	
8 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	
9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
10 備蓄品目数	品目
11 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	
・受付回数 (①)	回
・主たる医療機関の処方箋受付回数 (②)	回
・集中度 (②/①) (%)	%
12 後発医薬品の調剤割合	%

13 管理薬剤師		
・氏名		
・薬局勤務経験年数		年
・週あたりの勤務時間		時間
・在籍年数		年
14 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局		
	①	②
・名称		
・所在地		
15 当該薬局における24時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)		
(1) 担当者が固定している場合		
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 (主な担当者を記載することで差し支えない。)		
・担当薬剤師名：		
・連絡先：		
16 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		
17 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法		
18 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について		
19 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無	□あり	

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「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○を付し、様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料1以外の薬局については、様式87の3の2についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」については、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。
- 7 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」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。
- 9 「12」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5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量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「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、届出時までの当該薬剤師の在

籍期間を記載すること。

- 11 「16」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 12 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 調剤基本料1を算定する保険薬局は様式90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施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 15 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 16 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 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 各基準の算定回数 (1年間)		
期間: 年 月 ~ 年 月		
基準 (薬剤師一人当たり)	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)	回	回
(2) 麻薬管理指導加算 (10 回/人)	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 (40 回/人)	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管理料 (40 回/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	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費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料 (60 回/人)	回	回

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態 (常勤・非常勤の別) 及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」の、「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

$$\frac{\text{当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3月)}}{32 (\text{時間/週}) \times 13 (\text{週/3月})}$$

- 3 「1」の、②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。
- 4 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」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。
- 5 「2」の各基準の範囲は以下のとおり。
 - (1) ①時間外等加算: 「区分番号 01」の「注 4」
 - ②夜間・休日等加算: 「区分番号 01」の「注 5」
 - (2) 麻薬管理指導加算: 「区分番号 10」の「注 3」、「区分番号 13 の 2」の「注 2」、「区分番号 15」の「注 2」、「区分番号 15 の 2」の「注 2」、「区分番号 15 の 3」の「注 2」、

- 介護保険における居宅療養管理指導費の「注2」、介護予防居宅療養管理指導費の「注2」
- (3) ①重複投薬・相互作用等防止加算：「区分番号10」の「注4」、「区分番号13の2」の「注3」
- ②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：「区分番号15の6」
- (4) ①かかりつけ薬剤師指導料：「区分番号13の2」
- ②かかりつけ薬剤師包括管理料：「区分番号13の3」
- (5) 外来服薬支援料：「区分番号14の2」
- (6) 服用薬剤調整支援料：「区分番号14の3」
- (7) 以下における、単一建物診療患者に対する算定実績
- ①在宅患者訪問薬剤管理指導料：「区分番号15」
- ②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料：「区分番号15の2」
- ③在宅患者緊急時等共同指導料：「区分番号15の3」
- 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：「区分番号15の5」
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて届け出ること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

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]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（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。
- 3 「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。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2	在宅業務実施体制に係る周知の状況
3	在宅業務に必要な体制の整備状況
4	医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
5	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間： 年 月 ～ 年 月
	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回（実施患者数： ） <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: center;"> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）</p> <p>算定回数： 回（実施患者数： ）</p> <p>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）</p> <p>算定回数： 回（実施患者数： ）</p> </div> <div style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</div> </div>
6	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 3 「3」については、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。
- 4 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 5 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び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合算して計 10 回以上であること。

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

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の 氏名	薬局勤務 経験年数	短時間勤務	週あたりの勤務 時間及び日数	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]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 3 「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「レ」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。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「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。
- 7 「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。