

< 抄 >

(別添 1)

「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 6 年 3 月 5 日保医発0305 第 4 号)

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

< 薬学管理料 >

区分 1 5 の 8 在宅移行初期管理料

(10) 「注~~3~~2」に規定する交通費は実費とする。

＜抄＞
「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) (別添2)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合 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おいて褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者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。

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

- (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、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「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、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「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。）があつてはならないこと。

様式40の4

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）

☐	病棟薬剤業務実施加算 1
☐	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]

- 「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、地域包括医療病棟入院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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

<抄>

「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6号)

別添1

特掲診療料の施設基準等

第4の6 糖尿病透析予防指導管理料

- 2 糖尿病透析予防指導管理料の注~~6~~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。

第9 在宅療養支援診療所

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

- (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ツ 各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える~~病院診療所~~にあつては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

- (2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であつて、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院(許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満のものに限る。)が、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1(2)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ツ 各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える~~病院診療所~~にあつては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

第 14 の 4 往診料に規定する患者

以下のいずれかに該当する者であって、当該患者又はその家族等の患者の看護等に当たる者が、往診を行う医療機関（以下この項において「往診医療機関」という。）に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの。

第 41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

- (3) 第 40 の 2 の 1 の (3) 及び (4) を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で 8 平方メートル以上） 1 室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

第 47 の 7 通院・在宅精神療法

4 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算の施設基準

- (3) 診療所にあつては、当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロの算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が 60 以上であること。

第 61 の 7 の 1 の 2 気管支バルブ留置術

2 届出に関する事項

気管支バルブ留置術の施設基準に係る届出は、別添 2 の ~~様式 52~~ 及び 様式 87 の 58 を用いること。

第 91 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

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

- (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 よりから 翌年 ~~3~~ 5 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。

第 95 の 2 医療 D X 推進体制整備加算

1 医療 D X 推進体制整備加算に関する施設基準

- (5) 電磁的記録によりる調剤録及び 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 D X 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。

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

- (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。

第 105 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

2 届出に関する事項

- (2) 1 の(6)の「賃金改善計画書」を、別添 2 の様式 95 ~~又は様式 98 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 99 の 1 又は様式 99 の 2~~ 様式 98により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

第 106 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)の施設基準

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」、「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」及び「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」の対象となる期間、算出した【B】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表 7 のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表 7 の対象となる 12 か月の期間の 1 月あたりの平均の数値を用いること。「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」及び「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」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表 7 の対象となる 3 か月の期間の 1 月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表 7 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。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表 7 の対象となる~~3-12~~ か月の「対象職員の給与総額」~~—並びに別表 7 の対象となる 3 か月の~~「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【B】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。

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）		
□	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
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	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）		□あり （様式 87 の 2 の添付が必要） □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。		□なし →「5」へ □あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称： □病院 □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	□なし □あり※ ²
(ロ)	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	□なし □あり※ ²
(ハ)	保険薬局が所有する設備の貸与	□なし □あり
(ニ)	保険医療機関による開局時期の指定	□なし □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		%
※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。 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。		

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		☐ 所属していない（個店） →「6」へ ☐ 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		☐ なし ☐ 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。		☐ 4000回を超えていない →「6」の（2）へ ☐ 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		☐ なし →「（3）」へ ☐ 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		☐ なし →記載終了 ☐ 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 ⑤と⑮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（二）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 口に該当
 - ・ 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率の合計（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4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4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⑧⑨については⑦／④、「6」の⑨⑩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。

様式 87 の 3

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		□あり
ウ	医療材料及び衛生材料を供給できる体制		□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		□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		□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		□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☑）	□ 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送		
	□ 留守録による応答後、速やかに折り返し		
	□ 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		□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☑）		□ 地域の行政機関を通じて周知している。 □ 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	□あり
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	□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	☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 ☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 ☐ 薬学的管理指導計画書の様式の整備 ☐ 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 ☐ 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	□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	□あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	□あり
7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出	□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	☐ 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 ☐ 定期的な外部の学術研修の受講 ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他()
10 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	□あり
11 研修計画の作成、学会発表などの推奨	□あり
12 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)	□あり
13 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)	□あり

イ	健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	☐ あり
ウ	緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	☐ あり
エ	当該保険薬局が敷地内禁煙であること	☐ 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	☐ 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、「13」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「13」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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「3」のオの集中率については、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。
- 7 「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量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「4」のアについては、自局の開局時間を記載すること。
- 9 「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。
- 10 「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を添付すること。
- 11 「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。
- 12 「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。
- 13 「6」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 14 「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。
- 15 「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。
- 16 「11」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。
- 17 「13」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。
- 18 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。

様式 87 の 3 の 2

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費及び介護予防居宅療養管理指導費 (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、休日加算及び深夜加算、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。
- ~~6-5~~ 「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。
- ~~7-6~~ 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。	☐
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。）	☐
イ 個人防護具を備蓄している。	☐
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。	☐
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。）	☐
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。	☐
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。	☐
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。	☐
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。	☐
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。	☐
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）	☐ 地域の行政機関を通じて周知している。 ☐ 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。	☐
9 <u>8</u> 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。	☐
10 <u>9</u> 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。	☐
11 <u>10</u> 要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（ 対 体外診断用医薬品）を販売している。	☐
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 <u>11</u> 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。	☐
13 <u>12</u> 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」及び「2」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。

< 抄 >

(別添 5)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(令和 6 年 3 月 27 日保医発 0327 第 5 号)

別添 1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)の
一部改正について

別紙 1 診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 3 診療報酬明細書の記載要領(様式第 3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(21) 「再診」欄について

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、~~歯科診療特別
対応加算~~、歯科外来診療医療安全対策加算 1、歯科外来診療医療安全対策加算 2、歯
科外来診療感染対策加算 1、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 3 又は歯科外来診療感染対策加算 4 は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、
「乳・深夜」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

(22) 「管理・リハ」欄について

ケ エナメル質初期う蝕管理料~~は~~、「エ管」の項に点数(加算を含む。)を記載する。
シ 以下の(ア)から(ネ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、
全体の「その他」欄に記載する。

(25) 「X線・検査」欄について

キ 1 回目の口腔細菌定量検査 1 は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、2 回以上行っ
た場合は右欄に点数~~及び回数~~を記載する。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第 5)

2 調剤報酬明細書に関する事項

(30) その他

ウ 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第 1 条第 5 号、第 7 号又

は第 8 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。~~また、~~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第 1 条第 5 号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。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第 2 条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」
(平成 18 年 3 月 30 日保医発第 0330007 号)

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和 6 年 6 月 1 日適用
18	A 205 の 1	救急医療管理加算 1	以下の内容について、記載すること。 ア 「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態 イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO₂ を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ 当該重症な状態に対して、入院後 3 日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であって J C S（Japan Coma Scale）0 の状態、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であって NYHA I 度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって	842100116	呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算 1)であって、酸素投与後の場合における FiO ₂ の値 (%)		※

			別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。				
--	--	--	---	--	--	--	--

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（調剤）

項番	区分	調剤行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和 6 年 6 月 1 日 適用
39	二	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※

別表Ⅰ 訪問看護療養費明細書の「情報」欄への記載事項等一覧（訪問看護）

項番	区分	訪問看護療養費名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
5	0 1 注 9 0 1 - 2 注 6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」に「7 同一緊急」と記載する <u>とともに「当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日」を記載すること。</u>	特記事項コード 「特記事項コード（07）」 利用者情報コード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」 利用者情報コード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」 850500014	7 同一緊急 所在地；***** 名称；***** 直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション 1 に記載）

「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」及び
「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」の実施上の留意事項について」
の一部改正について

(令和 6 年 3 月 27 日保医発 0327 第 10 号)

別添

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2 の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

27 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用に関する事項

(1) (略)

(2) 当該プログラム医療機器の使用にあたり、当該プログラム医療機器の保険適用期間において、保険医療機関が満たすべき施設基準又は条件が設けられていた場合には、保険適用期間の終了後の使用に当たって、当該施設基準を満たす保険医療機関において、当該条件を遵守する必要があること。保険薬局にあっては、要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づきプログラム医療機器を支給するものであること。

(3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額と~~も~~する。保険医療機関においては、当該プログラム医療機器の保険適用期間中における診療報酬点数表のプログラム医療機器等指導管理料及び特定保険医療材料料等の所定点数相当額を標準とすること。

(4)～(5) (略)

(6) 処方箋を交付する場合であっても、(5)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該プログラム医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

~~(6-7)~~ 保険医療機関 又は保険薬局 が、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式 21 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

~~(7-8)~~ 患者からプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用徴収を行った保険医療機関 又は保険薬局 は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

~~(8-9)~~ 本制度に基づき、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用を含めたプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

28 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（算定告示に掲げる療養としての使用を除く。）に関する事項

(1) (略)

(2) 本制度による間歇スキャン式持続血糖測定器の使用は、医科点数表区分番号C 1 5 0に掲げる血糖自己測定器加算の注3の算定要件を満たさない患者に対して、C 1 5 0に掲げる血糖自己測定器加算の注3に係る人員に関する要件（「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」別添1第2章第2部第2節第2款C 1 5 0の(5)に規定する要件をいう。）を満たす保険医療機関において行われるもの又は要件を満たす保険医療機関の医師若しくは歯科医師から交付された処方箋に基づき間歇スキャン式持続血糖測定器を支給する保険薬局において行われるものに限られるものであること。

(3)～(5) (略)

(6) 処方箋を交付する場合であっても、(5)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該間歇スキャン式持続血糖測定器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

~~(6-7)~~ 保険医療機関又は保険薬局が、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式22により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

~~(7-8)~~ 患者から間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

~~(8-9)~~ 本制度に基づき、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用を含めた間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

令和 年 月 日

地方厚生（支）局長 殿

(実施日・変更日 令和 年 月 日)

[illegible]

(別紙様式 22)

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）の実施（変更）報告書

上記について報告します。
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

地方厚生（支）局長 殿

(実施日・変更日 令和 年 月 日)

一般的名称及び製品コード	医療機器の 販売名	患者からの徴収額
		円