

関 連 資 料

平成26年3月5日

平成26年度診療報酬改定における主要改定項目

(病院・診療所薬剤師関係)

一般社団法人 日本病院薬剤師会

《病棟薬剤業務実施加算》

[算定要件]

療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。

イ 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。

ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

i 医薬品緊急安全性情報

ii 医薬品・医療機器等安全性情報

iii 医薬品・医療機器等の回収等

エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。

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

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

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

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

ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

[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、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
- (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(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(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、病棟には手術室及び治療室は含まれないものであるが、手術室及び治療室においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。また、特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(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(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)があってはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報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。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
 - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。)
 - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用(薬事法第77条の4の2第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の4の2第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。)、ヒヤリハット、インシデント等の情報
 - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)

- (7) 医薬品安全性情報等((6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それによって必要な措置が実施されていること。
- (11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (12) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
- (13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

(療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する等、チーム医療を推進するための評価の見直しを行う。)

《がん関連》

● がん患者指導管理料

新設 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

[算定要件]

がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を実施されているもの(予定を含む)に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医または医師の指示に基づき薬剤師が、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明等を行った場合に、6回に限り算定する。

[施設基準]

医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合

- ① 当該保険医療機関に、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、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し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十分な実績を有する者であること。
- 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。

(がん患者カウンセリング料について、名称を変更するとともに、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導の評価を新設する。)

● 外来化学療法加算

[算定対象の変更]

区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

[算定要件]

外来化学療法加算A

- ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合に算定する。
- ② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。
- ③ 加算の対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。
- ④ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。

外来化学療法加算B

- ① 入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。
 - ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合
 - イ 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を

投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合

② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。

③ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。

(外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。)

● 無菌製剤処理料

[算定対象の変更]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、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を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

《主治医機能の評価》

● 地域包括診療料

新設 地域包括診療料 1500点(月1回)

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ① (再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)
- ③ 在宅医療に係る点数(訪問診療料を除く)
- ④ 薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ⑤ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。

- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。
(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。
- ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
- イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
- ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
- a. 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
- b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
- エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
- a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
- b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
- オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、次の場合に限り院外処方は可能とする。
- カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
- a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
- b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
- c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
- d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
- キ) 当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。
- ク) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
- イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
- ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、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、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること

- イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
 - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
 - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること
 - オ) 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を併設していること
 - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
 - キ) 所定の研修を受講していること
 - ク) 医師がケアマネージャー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、又は介護支援連携指導料を算定していること
- ⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと
- ・診療所の場合は
 - ア) 時間外対応加算1を算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること
 - ・病院の場合は、
 - ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
 - イ) 地域包括ケア病棟入院料(新規)又は地域包括ケア入院医療管理料(新規)を算定していること
 - ウ) 在宅療養支援病院であること
- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ⑨ 初診時には算定できない

(外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。)

● 地域包括診療加算

新設 地域包括診療加算 20点(1回につき)

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は関係団体主催の研修を修了していること。

(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)

④ 以下の指導、服薬管理を行っていること。

- ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
- イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
- ウ) 当該患者について原則として院内処方を行うこと。なお、エ)の場合に限り院外処方は可能とする。
- エ) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
- a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
- b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
- c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
- d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳、又は、当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付し、レセプトに添付すること。
- オ) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。

⑤ 以下の健康管理等を行っていること。

- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
- イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
- ウ) 敷地内禁煙であること。

⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、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、下記のいずれか一つを満たすこと。

- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
- イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
- ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
- エ) 介護保険の生活期リハを提供していること(要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。)
- オ) 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を併設していること
- カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
- キ) 所定の研修を受講していること。
- ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。

⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること

- ウ) 在宅療養支援診療所であること
- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- ⑨ 初診時には算定できない。

(外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。)

《在宅患者訪問薬剤管理指導》

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料

増点 同一建物居住者以外の場合 550点 → 650点
同一建物居住者の場合 385点 → 300点

(診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。患者1人につき月4回(がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)及び薬剤師1人につき1日に5回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。)

《DPC関連》

- 新設 後発医薬品指数 (機能評価係数Ⅱ)

(当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア(=[後発医薬品の数量]/[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])により評価。※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。※数量ベースで60%を評価上限とする。)

- 入院時の持参薬の取扱い

(持参薬については、予定入院する患者に対し当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、入院中の使用を原則禁止する。)

《適切な向精神薬使用の推進》

- 非定型抗精神病薬加算

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点 → 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点 → 削除

(非定型抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算のうち、剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。)

● 処方料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 20点

● 処方せん料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 30点

● 薬剤料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

※ 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方による減算の除外項目については、他院で多剤処方された患者が受診した場合の一定期間、薬剤を切り替える際の一定期間等とする。

[経過措置]

抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方にかかる見直しについては、減薬に必要な期間を設けるため平成26年10月1日より導入する。

(抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科継続外来支援・指導料、処方料、処方せん料及び薬剤料について、多剤処方した場合の減算規定を新設する。)

《うがい薬だけを処方する場合の取扱い》

● 当該うがい薬に係る調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料 → 算定しない

(入院中の患者以外の患者に対して、医療費適正化の観点から、治療目的でなくうがい薬(治療目的のものを除く。)のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。)

平成26年2月12日

厚生労働大臣

田村 憲久 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成26年度診療報酬改定について)

平成26年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙6までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。
7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

○厚生労働省告示第五十六号（一部抜粋）

【療担規則及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件】

◎療担規則及び療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（平成十八年厚生労働省告示第七十号）（新旧対照表）

（傍線部分は改正部分）

改 正 案	現 行
<p>第一・第二（略）</p> <p>第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準</p> <p>一（三）（略）</p> <p>四 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療</p> <p>（一）当該診療は、患者が当該保険医療機関の診療時間以外の時間に診療を受けることを希望した場合にのみ認められるものとする。</p> <p>（二）当該診療は、医科点数表の第一章区分番号A000の注7、区分番号A001の注5及び区分番号A002の注8並びに専門点数表の第一章区分番号A000の注7及び注8並びに区分番号A002の注5及び注6に規定する保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療に係る加算の対象となるものであってはならないものとする。</p> <p>五（八）（略）</p> <p>九 前掲部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金合金の支給に関する基準</p> <p>（一）患者が前掲部の歯冠修復に金合金又は白金合金の使用を希望した場合には認められるものとする。</p> <p>（二）当該金歯冠修復に係る費用徴収その他必要な事項を当該保険医療機関内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。</p> <p>第四・第五（略）</p> <p>第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十</p>	<p>第一・第二（略）</p> <p>第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準</p> <p>一（三）（略）</p> <p>四 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療</p> <p>（一）当該診療は、患者が当該保険医療機関の診療時間以外の時間に診療を受けることを希望した場合にのみ認められるものとする。</p> <p>（二）当該診療は、医科点数表の第一章区分番号A000の注4、区分番号A001の注3及び区分番号A002の注4並びに専門点数表の第一章区分番号A000の注7及び注8並びに区分番号A002の注5及び注6に規定する保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療に係る加算の対象となるものであってはならないものとする。</p> <p>五（八）（略） （新設）</p> <p>第四・第五（略）</p> <p>第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十</p>

号)の別表に収載されている医薬品(平成二十六年十月一日以降においては別表第一に収載されている医薬品を、平成二十七年四月一日以降においては別表第二に収載されている医薬品を除く。)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、糖ゼツコウ及び別表第三に収載されている医薬品

号)の別表に収載されている医薬品(平成二十四年九月一日以降においては別表第一に収載されている医薬品を、平成二十五年四月一日以降においては別表第二に収載されている医薬品を、同年十月一日以降においては別表第三に収載されている医薬品を、平成二十六年四月一日以降においては別表第六に収載されている医薬品を除く。)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、糖ゼツコウ及び別表第三に収載されている医薬品(平成二十五年四月一日以降においては、別表第五に収載されている医薬品を、平成二十六年四月一日以降においては別表第七に収載されている医薬品を除く。)

第七・第九（略）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固因子製剤、乾燥人血液凝固因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固因子製剤、乾燥人血液凝固因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜透析用灌流液、在宅中心静脈栄養剤、インターフェロン製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレニルフィン製剤、抗癌性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合には限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合には限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本品に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI₁製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本品に掲げる

第七・第九（略）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固因子製剤、乾燥人血液凝固因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固因子製剤、乾燥人血液凝固因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜透析用灌流液、在宅中心静脈栄養剤、インターフェロン製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレニルフィン製剤、抗癌性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合には限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合には限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本品に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI₁製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本品に掲げる

注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。
（一）ベグヒンマント製剤、スマトリブタン製剤、フエンタニル
クエン酸塩製剤、環方オキシコトロン製剤、ベタメタゾンリン酸エ
ステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム
製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製
剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂受容体拮抗剤、カルバゾクロムスルホ
ン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェン
アキセチル製剤、メトクロープラミド製剤、プロクロロールベラジン製
剤、ブチルスコブラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウ
ム・グリシン・L-チンステイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製
剤、エリスロボエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行って
いる患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に
限る。）、ダルベゴエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行
っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場
合に限る。）、テリバラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリン
カルシウム製剤、オキシコトロン塩酸塩製剤、アボモルヒネ塩酸塩
製剤、セルトリスマブベゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレ
ブチン製剤、アバタセプト製剤、β₂受容体拮抗剤、免疫グロブリン
G（皮下注射）製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品
（一）療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ
並びに療担基準第二十條第三号へ及びト並びに第二十一条第三
号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限
度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬
イ・ロ（略）
ハ 新医薬品（薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第十
四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であつて、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の
翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するもの
にあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していな
いもの（次に掲げるものを除く。）
スタリビルド配合錠、イルトラ配合錠HD、イルトラ配合錠

注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。
（一）ベグヒンマント製剤、スマトリブタン製剤、フエンタニル
クエン酸塩製剤、環方オキシコトロン製剤、ベタメタゾンリン酸エ
ステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム
製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製
剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂受容体拮抗剤、カルバゾクロムスルホ
ン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェン
アキセチル製剤、メトクロープラミド製剤、プロクロロールベラジン製
剤、ブチルスコブラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウ
ム・グリシン・L-チンステイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製
剤、エリスロボエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行って
いる患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に
限る。）、ダルベゴエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行
っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場
合に限る。）、テリバラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリン
カルシウム製剤、オキシコトロン塩酸塩製剤、アボモルヒネ塩酸塩
製剤、セルトリスマブベゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレ
ブチン製剤及びアバタセプト製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品
（一）療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ
並びに療担基準第二十條第三号へ及びト並びに第二十一条第三
号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限
度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬
イ・ロ（略）
ハ 新医薬品（薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第十
四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であつて、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の
翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するもの
にあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していな
いもの（次に掲げるものを除く。）
グルベス配合錠、リオベル配合錠HD、リオベル配合錠LD

LD、ルナベル配合錠ULD（二回の投薬量が三十日分以内
である場合に限る。）及びアゾルガ配合錠慢性点眼液

（二）（三）（略）

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の補正に係る厚生労働大
臣が定める場合

一 歯科点数表第二章第十三部区分番号N000に掲げる歯科矯正
診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て行う唇顎口蓋裂に起因した咬合異常における療養であつて歯科
矯正の必要が認められる場合

二 歯科点数表第二章第十三部区分番号N000に掲げる歯科矯正
診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て行うゴールデンハー症候群（顎弓異常症を含む。）、鎖骨・頭
蓋骨異常形成、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、
ビエーロバシ症候群、ダウン症候群、ラッセルズバシ症候群、
ターナー症候群、ベックウエイズ・ヴァイドマン症候群、尖頭合
指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、
エリス・ヴアン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異
形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、
マルファン症候群、ブラダウワイリー症候群、顔面裂、筋ジスト
ロフィー、大理石骨病、色素失調症、口・顔・指症候群、メーヒ
ウス症候群、カブキ症候群、クリッセル・トレノイネイ・ウエー
バー症候群、ワイリアムズ症候群、ヒンダー症候群、ステイツク
ラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口唇顎顔症
候群、ルビンスタイン・アトピー症候群、常染色体欠失症候群、ラ
ーセン症候群、濃化異常症、大歯以上の非症候性部分性無歯症、

サムチレール内用懸濁液一五パーセント（後天性免疫不全
症候群に罹患している患者に投与するものに限る。）、エシ
ニラント錠二五mg、アイミクス配合錠HD、アイミクス配
合LD、スタリビルド配合錠、イルトラ配合錠HD、イルト
ラ配合錠LD、ルナベル配合錠ULD（二回の投薬量が三十
日分以内である場合に限る。）及びアゾルガ配合錠慢性点
眼液

（二）（三）（略）

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の補正に係る厚生労働大
臣が定める場合

一 歯科点数表第二章第十三部区分番号N000に掲げる歯科矯正
診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て行う唇顎口蓋裂に起因した咬合異常の手術前後における療養で
あつて歯科矯正の二必要が認めらる十五の場合

二 歯科点数表第二章第十三部区分番号N000に掲げる歯科矯正
診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関におい
て行うゴールデンハー症候群（顎弓異常症を含む。）、鎖骨・頭
蓋骨異常形成、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、
ビエーロバシ症候群、ダウン症候群、ラッセルズバシ症候群、
ターナー症候群、ベックウエイズ・ヴァイドマン症候群、尖頭合
指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、
エリス・ヴアン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異
形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、
マルファン症候群、ブラダウワイリー症候群、顔面裂、筋ジスト
ロフィー、大理石骨病、色素失調症、口・顔・指症候群、メーヒ
ウス症候群、カブキ症候群、クリッセル・トレノイネイ・ウエー
バー症候群、ワイリアムズ症候群、ヒンダー症候群、ステイツク
ラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口唇顎顔症
候群、ルビンスタイン・アトピー症候群、常染色体欠失症候群、ラ
ーセン症候群、濃化異常症又は大歯以上の非症候性部分性無歯症

○厚生労働省告示第五十七号（一部抜粋）

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百九条において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（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一第二部通則8に係る規定は平成二十六年七月一日から適用し、この告示による改正後の別表第一区分番号F100の1、区分番号F200の注2、区分番号F400の1及び区分番号100212の注2に係る規定は平成二十六年十月一日から適用し、この告示による改正後の別表第一区分番号A000の注3、区分番号A100の注3、区分番号F100の注8、区分番号F200の注4、区分番号A212の注4、区分番号F400の注2、第二章第十部の通則16及び区分番号K93915の注2に係る規定は平成二十七年四月一日から適用し、平成二十六年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100の注8及び注9、区分番号A104の注6、区分番号A105、区分番号A30812並びに区分番号A317の注9から注11までに係る規定については、同年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとし、同年三月三十一日において現に旧算定方法別表第一区分番号A30112に係る届出を行っている病室におけるハイケアユニット入院医療管理料の算定については、平成二十七年三月三十一日までの間、

なおその効力を有するものとする。

この場合において、旧算定方法別表第一区分番号A100の注8中「939点」とあるのは「966点」と、「790点」とあるのは「812点」と、区分番号A30812の亜急性期入院医療管理料1中「2,061点」とあるのは「2,119点」と、亜急性期入院管理料2中「1,911点」とあるのは「1,965点」と、同区分の注2中「それぞれ1,761点又は1,661点」とあるのは「それぞれ1,811点又は1,708点」と、区分番号A317の注9中「1,661点」とあるのは「1,708点」と、区分番号A30112のハイケアユニット入院医療管理料中「4,511点」とあるのは「4,584点」とする。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 憲久

別表第一から別表第三までを次のように改める。



第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 初診料

区分

A000 初診料

282点

- 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。
- 5 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り141点（注2から注4までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注9までに規定する加算は算定しない。
- 6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、75点を所定点数に加算する。

ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合においては、345点）を所定点数に加算する。
- 8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

第2節 再診料

区分

A001 再診料

72点

- 注1 保険医療機関（許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。
- 2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する。
- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、36点（注2に規定する場合にあつては、26点）を算定する。この場合において、注4から注8まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、250点）を所定点数に加算する。
- 6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する

診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合には、この限りでない。

- 8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。
- 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 時間外対応加算 1	5 点
ロ 時間外対応加算 2	3 点
ハ 時間外対応加算 3	1 点
- 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。
- 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

73点

- 注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。
- 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り36点（注2から注4までに規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。
- 6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

1 後発医薬品使用体制加算1 35点

2 後発医薬品使用体制加算2 28点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回） 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

1 データ提出加算1

イ 200床以上の病院の場合 100点

ロ 200床未満の病院の場合 150点

2 データ提出加算2

イ 200床以上の病院の場合 110点

ロ 200床未満の病院の場合 160点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

1 救命救急入院料1

イ 3日以内の期間 9,869点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。
- 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点
- 注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 22 がん性疼痛緩和指導管理料
- 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点
- 2 1以外の場合 100点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。
- 23 がん患者指導管理料
- 1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点
- 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。
- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- 3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該

患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

4 2について、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

5 3について、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方せん料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

24 外来緩和ケア管理料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

25 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後の場合 300点

2 造血幹細胞移植後の場合 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認められた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

1に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回） 1,503点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A001に掲げる再診料の注5から注8までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

B001-3 生活習慣病管理料

1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点

2 1以外の場合

- イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- 1 初回 230点
- 2 2回目から4回目まで 184点
- 3 5回目 180点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治

訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、100点を所定点数に加算する。

3 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 同一建物居住者以外の場合 650点

2 同一建物居住者の場合 300点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

1 同一建物居住者以外の場合 530点

2 同一建物居住者の場合 450点

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対し

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。
- 2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

第2節 処方料

区分

F100 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
 - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
 - 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。
 - 8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる

外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

9 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
 - 3 3歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
 - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。
 - 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。
 - 8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
 - 3 1において、調剤を院内製剤の上を行った場合は、所定点数に10点を加算する。
 - 4 区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C 0 0 8に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
 - 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 780点 |
| ② 15歳以上 | 580点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 630点 |
| ② 15歳以上 | 430点 |

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 700点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 600点 |
| ② 15歳以上 | 350点 |

- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

- G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18点
注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。
- G001 静脈内注射（1回につき） 30点
注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

○厚生労働省告示第五十九号（一部抜粋）

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、平成二十六年四月一日から適用する。

平成二十六年三月五日

厚生労働大臣 田村 豊久

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。

一頁

(13) がん患者指導管理料の施設基準

がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(14) 外来緩和ケア管理料の施設基準等

イ 外来緩和ケア管理料の施設基準

- ① 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。

ロ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域

基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の別表第六の二に掲げる地域

ハ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する施設基準

- ① 一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が二百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
- ② 緩和ケア診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(15) 移植後患者指導管理料の施設基準

七頁

こと。

- (2) 緊急時における放射線治療を担当する医師との連絡体制等放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

四の八 地域包括診療料の施設基準

- (1) 当該保険医療機関（許可病床数が二百床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 区分番号A001に掲げる再診料の注12に規定する地域包括診療加算の届出を行っていないこと。

四の九 生活習慣病管理料の注1に規定する基準

当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

五 ニコチン依存症管理料の施設基準

- (1) ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。

五の二 開放型病院共同指導料(1)の施設基準

(一部抜粋)

保 医 務 0 3 0 5 第 3 号
平 成 2 6 年 3 月 5 日

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

殿

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第56号）等が公布され、平成26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、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び報酬率調点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び等重支私機関に対し、周知徹底を要らねたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年3月5日保医務0305第1号）は、平成26年3月31日限り廃止する。

A000 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の療病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。
 - (2) 患者が異科を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認めべき疾患のない場合にあっては初診料を算定できる。
 - (3) 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できないう。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。
 - (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。
 - (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間又はは医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にある場合は、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
 - (6) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の種別を区別する観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について差額差支として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。
- また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるもの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介率の実績が60%未満の特定機能病院及び許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）をいい、「注3」にあっては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。
- なお、平成27年3月31日までの間は、平成26年度改定前の初診料の「注2」に規定する紹介率等が低い保険医療機関（紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の）

保険医療機関をいう。)は、平成26年度改定後の「注2」の所定点数を算定する。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

$$\begin{aligned} \text{紹介率} &= (\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) \div \text{初診の患者数} \\ \text{逆紹介率} &= \text{逆紹介患者数} \div \text{初診の患者数} \end{aligned}$$

なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により定めらるものとすること。

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(夜間又は休日を受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の救急(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合)については、当該救急医療事業において休日又は夜間を受診した救急患者の数を除く。)とする。

(7) 特定機能病院及び許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が500床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が500床未満の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)は、紹介率及び逆紹介率の割合を別添様式28により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行うこと。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告すること。

(8) 許可病床の数が500床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が300床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(7)と同様であること。

(9) (7)の取扱いについては、平成27年4月1日から適用する。

(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格審査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても受給率が低い状況のまま、初診を行った場合は、「注4」の所定点数を算定する。

受給率が低い保険医療機関とは、受給率の実績が50%以下の保険医療機関をいう。受給率の実績の計算期間は、報告年度の当年4月1日から翌年9月30日とし、当該期間の受給率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで受給率が低い保険医療機関とはみなされない。ただし、報告年度の当年10月以降に新規に保険医療機関に指定された医療機関においても、翌年10月31日まで受給率が低い保険医療機関とはみなされない。

なお、受給とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の趣意及条項により、取引価格が趣意及することが可能な場合には未受給とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は受給と

する。

※ 受給率の計算については、下記のとおりとする。

$$\begin{aligned} \text{受給率} &= \text{処方販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する処方販売業者をいう。)} \\ &\quad \text{と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医薬品(医薬品)の薬価総額(各医薬品医療品の規格単位数×薬価を合算したもの) / 当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医薬品(医薬品)の薬価総額} \end{aligned}$$

(11) 受給率の割合は、「別添様式35」により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、(10)の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。

(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と処方販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等要結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(13) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、新たに別の診療科(医療法上の標準診療科のことをいう。)を初診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限らず、同一日(書)の所定点数を算定できる。また、診療継続中の診療科以外の患者であって、同一日に同一の傷病で2以上の診療科を初診として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同一日(書)の所定点数を算定できる。この場合において、「注6」から「注9」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるより保険医療機関が設置した総合外来算については、診療科をみながら、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同日(書)の所定点数は算定できない。

(14) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一署名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計量は、当月によるものであり、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計量する。

(15) (14)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

(16) A保険医療機関には、検査又は画像診断が設備がないため、B保険医療機関(特別の關係(第2節通則7に規定する「特別の關係」をいう。以下同じ。)にあるものを除く。)

に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合に、次のように取り扱うものとする。(区分番号「B009」診療情報提供料(I)の(5)～(7)を参照。)

A B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ B保険医療機関が、検査又は画像診断の判断も含めて依頼を受けた場合

五 保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17) 乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合は除き、「注6」の乳幼児加算は、算時間外加算を算定すべき時間、休三、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、アラシミニリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

(18) 時間外対応加算

時間外対応加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものである。

当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応をとるとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文言の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。

電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外交診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。

なお、電話等による再診の場合であっても、時間外対応加算の算定が可能であること。

(9) 健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償法（昭和44年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

(10) 地域包括診療加算

地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り算出することができる。

地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。

当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

(ロ) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関すべて把握すること。

ともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

(ハ) 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、(ニ)の場合に限り院外処方を可能とする。

(ニ) 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文言により提供し、説明すること。

③ 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を付添させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること。又は、当該点数算定の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

カ 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

キ 在宅医療を推進していること。および当該患者に対して24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

ク 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であっても、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

ケ 当該加算を算定する場合は、投薬の語に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施規程

(1) 当該保険医療機関の病棟において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、週1回に限り加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神科入院基本料又は特定機能病棟入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことという。

(2) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

- ア 過去の投薬・注射及び副作用等項状等を患者又はその家族等から聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
- イ 医薬品医療機器情報データベース（PMDAメディアピバ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品監査安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。
- ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。
 - ⅰ 医薬品監査安全性情報
 - ⅱ 医薬品・医療機器等安全性情報
 - ⅲ 医薬品・医療機器等の回収等
- エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。
- オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内服薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合を除き、投与前に、注射薬と内服薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。
- カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと、なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導の対象患者に規定する医薬品のことをいう。
- キ 流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与にあつては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。
- ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）⑧、⑨及び⑩を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。
- ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。
- ク 病棟薬剤業務の基盤にあつては、次の点に留意すること。
 - ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によつては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。
 - イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記載すること。
 - ウ 病棟薬剤業務実施加算は、特定入院料に含まれるものであるものであるので、これに係る業務又は診療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

A 3 1 1 精神科救急入院科

- (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
イ ア以外の患者であつて、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神科病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本科の入院期間の起算日の取扱いは、当該病棟への入院日が入院基本科の起算日に当たる患者（当該病棟が病床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転床した患者を含む。）
- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなつた日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 精神科救急入院料を算定する日に使用するとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科救急入院料の15対1入院基本料を算定する。
- (5) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
 - ア 症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
 - イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあつては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
 - ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
 - エ 気分（感情）障害
 - オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び自傷性障害、脱水等の生命危険を生ずる状態に限る。）
 - カ 成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）
 - キ 知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）
- (6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び汎精神病薬の種類は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙様式36を参考にすること。
- (7) 「注3」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (8) 「注3」に規定する加算を算定する場合には、1月に1度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療録副読本に記載する。
- (9) 「注4」に規定する加算は、統合失調症、統合失調症障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して7日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式37又は37の2若しくはこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を算定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が60日以内に退院した場合に、退院時1回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第2部

通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において1回に限り算定できる。

(10) 患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

(11) 院内標準診療計画は、第2部通則7に定める入院診療計画とは別に作成すること。

23 がん患者指導管理科

(3) がん患者指導管理科3

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者（予定を含む）に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に専事した経験を有する主任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日以前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用医薬品の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ 薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用医薬品等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等へのみ説明を行った場合は算定できない。

B001-2-9 地域包括診療科

(1) 地域包括診療科は、外來の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む）は算定できない。なお、地域包括診療科と地域包括診療加算とはどちらか一方に限り算出することができる。

(2) 地域包括診療科の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（異いは除く）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療科を算定可能である。

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

(4) 以下の指導、服薬管理科を行うこと。

ア 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

イ 他の医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。ただし、エの場合に限り院内処方

に、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エの場合に限り院内処方可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下のすべてを満たす薬局に対して院内処方を行うことを可能とする。

(イ) 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

(ロ) 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。

(ハ) 病院において院内処方を行う場合は、以下の通りとする。

① 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を併用すること。また、診療録にお薬手帳のコピーを添付すること。又は、当該点検の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院内処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(イ) 調剤については24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

(ロ) 原則として、院内処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

(ハ) 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

(ニ) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を併用すること。また、診療録にお薬手帳のコピーを添付すること。又は、当該点検の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

(ホ) 当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む）を行うこと。

(ヘ) 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

(ヘ) 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

(ハ) 在宅医療を提供していること。および当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

(ニ) 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であっても、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再

算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。
(10) 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、失筋のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、他家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定するものを除く。）又は既に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「2」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「1」と「2」を合わせて1月に4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、連2回かつ月8回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師1人につき1日に5回に限るものとする。ただし、月2回以上算定する場合には、本指導料を算定する日の前日は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

(4) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存すること。

ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、投薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ 患者への指導及び患者からの相談の要点

オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ その他

(5) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与され、指導を行っている患者に対して、定期的に、投与された麻薬の服用状況、投薬の状況及び保管状況について確認し、投薬の適切な取扱いも含めた保管取扱い上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(6) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、投薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、投薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ 患者又は家族から送附された麻薬の廃棄に関する事項

ニ その他麻薬に係る事項

(7) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、遅やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 医薬品緊急安全性情報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

F 0 0 0 調剤料

(1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時とまでとて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

(2) トルーチ剤又は亜硝酸アミル等の塊薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トルーチ剤の1日量0錠3日分は、19錠分を1調剤の調剤料として算定する。

(3) 外泊夜間中及び入院夜間日数を越えた部分については、調剤料は算定できない。

(4) 「注1」の加算については、内服薬、浸煎薬及び注射薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩0.1%のように、当該薬剤の基剤が糖漿等に属している場合、糖漿等により糖漿等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

(5) 「注1」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア 毒薬とは薬事法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。

イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同別表第3）による向精神薬をいう。

(6) 「注2」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

F 1 0 0 処方料

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

(2) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類

以上、抗うつ薬を4種類以上又は抗精神病薬を4種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に抗精神病薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

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

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

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

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別添様式29を用いて地方厚生（支）局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認められた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するたり、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の委任、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「1」疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてE0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④ 精神薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一様名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別添36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を別

紙様式40を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

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

(4) 「2」において、随時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いは、区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(5) 「注2」の加算は、内服薬、浸透薬及び点眼薬、外用薬等の区分、劑数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

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

(7) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づき処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合、月1回に限り1処方につき65点を加算する。なお、同一月に区分番号「F100」処方科と区分番号「F400」処方せん科を算定する場合は、区分番号「F100」処方科又は区分番号「F400」処方せん科のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

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

ニ イに該当する場合以外の場合は、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一月に処方科と処方せん科を算定する場合であっても、処方せん科の当該加算と合わせて2回を限度とする。

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

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

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

(8) 抗悪性腫瘍処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づき処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一月に区分番号「F100」処方科と区分番号「F400」処方せん科を算定す

る場合には、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方せん料のいずれか一方の計算として1回に算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(9) 「注8」については、区分番号「A000」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A002」外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する医療機関において、以下のアからウまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30以上の投与を行った場合には、所定点数の10分の60に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗がん剤のもの、てんかんに対して用いた場合

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

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

エ 薬効分類が非胎性ホルモン及び骨体ホルモン製剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

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

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

キ アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する薬剤に対して用いた場合

(10) 「注9」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。

F200 薬剤

(1) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(2)に準じるものとする。

(2) 「注2」の京症は、外米の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方料をいう。

(3) 「注3」において、1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれ薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数に同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不連等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 凶形剤と内用液剤の場合

ウ 内服薬とチューブ剤等のように服用方法が異なる場合

(4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、別紙様式44に掲げる疾患をいう。

(5) 特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）を算定する病室を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料を算定する病室を有する病院となる以前の入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(6) 「注3」の多剤投与の場合の算定

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

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1錠剤ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1錠剤ごとに1種類と計算する。

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

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

イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方うちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

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

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

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

(7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(9)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

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

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限定されるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認めざる場合は、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

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

(ロ) 患者が妊娠婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法中の患者を含む。）であり、診療及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

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

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

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

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

(9) 「注7」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。

F 4 0 0 処方せん料

- (1) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療費負担当規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合には限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（E分數）等の如いにかかわらず、1回として算定する。
- (2) 同一の保険医療機関が一連の診察に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定する。
- (3) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料の(2)に準ずるものとする。
- (4) 「1」については、区分番号「F1000」処方料の(2)に準ずるものとする。
- (5) 「2」において、処方せん枚における内服薬の種類については、区分番号「F2000」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、化粧品のみを投薬の場合は「3」で算定する。
- (6) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。
その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合は取扱いについては区分番号「F2000」薬剤の(6)に準ずるものとする。
- (7) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。
- (8) 「注2」については、区分番号「F1000」処方料の(9)に準ずるものとする。
- (9) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「F1000」処方料の(6)、(7)又は(8)に準ずるものとする。
- (10) 「注6」に規定する加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に判形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せんとを、単に医師が先発医薬品が後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定できる。
また、一般名処方を行った場合の(5)の取扱いにおいて、「種類」の計算にあたっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。
- (11) 「注8」については、区分番号「F0000」調剤料の(6)に準ずるものとする。
- (12) 訪問薬剤管理指導との関係
保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は又書を診療録に添付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回に限られる。

F 5 0 0 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が専任として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。

(2) 同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

(3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

(4) 院内製剤加算

ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に添薬、置剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる判形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

- (イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合
- (ロ) 散剤を調剤した場合
- (ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用するものととなっている医薬品を交付時に溶解した場合

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

イ 上記アにかかわらず、判形が異なる場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できず、判形が異なる場合であっても、同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

- (イ) 同一判形の2種類以上の賦形剤（脈形剤、楕円形剤、楕円筒形剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）
- (ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合
- (ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合

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

(5) 「注5」については、区分番号「F0000」調剤料の(6)に準ずるものとする。

第6部 注射

4 外来化学療法加算

(1) 「注6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による治療の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定する。同一日に外来化学療法加算Aと外来化学療法加算Bは併せて算定できない。

(2) 外来化学療法加算1を届出た保険医療機関において外来化学療法加算1を算定するにあたり、当該保険医療機関で実施される化学療法のリジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみに算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算1及び2は算定できない。

(3) 外来化学療法加算Aは、薬効分類上の腫瘍用薬を、区分番号「G000」皮内、皮下及

び腔内注射以外により投与した場合に算定する。なお、この場合において、引き続き薬効成分上の腫瘍用薬を用いて、入院中の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

(4) 外宅化学療法加算Bは、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、パーチエット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿毒性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフラキマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する青年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキヤンサルマン症の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

5 特定入浴料等注射の取扱費を算定した場合は、「通則3」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価五簿）に記載されている標準費用医薬品を使用した場合、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射材料及び第3節特定医療施設材料のみ算定する。

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

7 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

8 区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回数に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料費については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

9 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

G020 無菌製剤処理料
(1) 無菌製剤処理料とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

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

(2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに限し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈薬を伴う抗悪性腫瘍剤に対して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をい

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

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

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

(4) 無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含む薬剤である。

ア イオソフアミド

イ シクロホスファミド

ウ ベンダムスチン塩酸塩

(5) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄形成症候群、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、無菌治療管理加算若しくはHIV感染者検査異常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

1002-2 精神科継続外来支援・指導料

(1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等という）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に付して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

(2) 「注2」については、当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上又は抗精神薬を4種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合に、算定しない。ただし、区分番号「F100」処方料(2)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合は算定することができる。

なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

(3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神薬の種類は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神薬の種類については、別添付式36を参考にすること。

(4) 「注2」の規定については、平成26年10月1日より適用する。

(5) 「注3」に規定する加算は、「注1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生

妥結率に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したもの）（①）	円
卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したもの）（②）	円
妥結率 (②/①) %	%

【記載上の注意】

- 1 規格単位数とは、使用薬剤の薬価（薬師基準）別表に規定する規格単位数ごとに換えた数量のことをいう。
- 2 「①」及び「②」については、報告年度の当年4月1日から9月30日の薬価総額を報告年度の10月中に報告すること。報告しない200床以上の保険医療機関は、妥結率の低い保険医療機関とみなされることに留意すること。
- 3 保険医療機関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。

- 活薬を評価するための支援を行った場合を評価したものである。
- (6) 「注4」に定める特定薬利作用評価加算は、抗精神薬を服用中の患者について、精神健増定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬利の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性離体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性離体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「1002」通院・在宅精神療法の「注4」に規定する特定薬利作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- (7) 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定ポイントに含まれるものとする。
- (8) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（区分番号「A000」初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。
- (9) 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

別紙36

抗不安薬

- オキサゾラム
- クロキサゾラム
- クロラゼパム、クロラゼパム二カリウム
- ジアゼパム
- フルジアゼパム
- プロマゼパム
- メダゼパム
- ロラゼパム
- アルプラゾラム
- フルタゾラム
- メキサゾラム
- トフィソバム
- フルトプラゼパム
- クロルジアゼボキシド
- ロラゼパム、ロラゼパムエチル
- クサンドピロンクエン酸塩
- ヒドロキシジン塩酸塩
- クロチアゼパム
- ニトロキシジンバネ酸塩
- エチゾラム
- ガンマオリザノール

睡眠薬

- プロミプラミン塩酸塩
- ゾピクロラム
- エスタゾラム
- フルアゼパム塩酸塩
- ニトラゼパム
- ニメタゼパム
- ハロキサゾラム
- トリアゾラム
- フルニトラゼパム
- プロチゾラム
- ロルメタゼパム
- クラゼパム
- アモバルビタール

- バルビタール
 - フェノバルビタール
 - ペントバルビタール、カルシウム
 - トリクロホスナトリウム
 - クロルプロマジン、プロメタジン、フェノバルビタール
 - リルマザホン塩酸塩水和物
 - ゾニタロン
 - ゾルピデム酒石酸塩
 - エスジピクロン
 - ラメルテオン
- 抗うつ薬
- クロミプラミン塩酸塩
 - ロフェプラミン塩酸塩
 - トリミプラミンマレイン酸塩
 - イミプラミン塩酸塩
 - アモキサゼン
 - アミトリプチリン塩酸塩
 - ノルトリプチリン塩酸塩
 - マプロチリン塩酸塩
 - ベモリン
 - ドスレピン塩酸塩
 - ミアンセリン塩酸塩
 - セチプチリンマレイン酸塩
 - トラゾドン塩酸塩
 - フルボキサミンマレイン酸塩
 - ミルナシプラミン塩酸塩
 - パロキセチン塩酸塩水和物
 - 塩酸セルトラリン
 - ミルタザピン
 - アユロキセチン塩酸塩
 - エスシタロプラムジエウ塩塩

抗精神病薬 (○印は非定型抗精神病薬、△は特効性抗精神病薬、注射薬あり)
<定型薬>

- クロルプロマジン塩酸塩
- クロルプロマジンフェノールブタリン酸塩
- ペルフェナジン塩酸塩
- ペルフェナジン (塩酸ペルフェナジン)

- ブロペリシアジアジン
- トリフロペラジンマレイン酸塩
- フルフェナジンマレイン酸塩
- プロクロルペラジンマレイン酸塩
- レボメプロマジン
- ピバンペロン塩酸塩
- オキシペルチン
- スピペロン
- スルピリド
- ハロペリドール
- ピモジド
- ゾテピン
- チミペロン
- プロムペリドール
- カルピブアラミン塩酸塩水和物
- クロカブアラミン塩酸塩水和物
- カルピブアラミンマレイン酸塩
- スルトアリド塩酸塩
- モサプラミン塩酸塩
- ネモナプリド
- モペロン塩酸塩
- レセルピン
- △ ハロペリドールデカン酸エステル
- △ フルフェナジンデカン酸エステル
- <特定型薬>
- △リスベリドン
- クエチアピンファマル酸塩
- ペロスビロン塩酸塩水和物（ペロスビロン塩酸塩）
- オランザピン
- アリピプラゾール
- プロナンプリン
- クロザピン
- バリペリドン
- △バリペリドンバルミチン酸エステル

様式 39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
 (区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、
 「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る
 部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、I00-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

6月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (6月1日時点)	名

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）
※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさし、向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬4種類以上又は抗精神病薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数			
向精神薬多剤投与を受けている患者数			
うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数	名	うち、抗うつ薬4種類以上の投与を受けている患者数	名
うち、抗不安薬	名	うち、抗うつ薬	名
うち、睡眠薬	名	うち、抗精神病薬	名
うち、抗精神病薬	名	うち、抗精神病薬4種類以上の投与を受けている患者数	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数と主な疾患別患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

向精神薬多剤投与を受けている患者数			
うち、うつ病の患者数	名	うち、統合失調症の患者数	名
うち、うつ病	名	うち、統合失調症	名
うち、不安障害の患者数	名	うち、不安障害の患者数	名
うち、その他の疾患の患者数	名	うち、その他の疾患の患者数	名

- 3 向精神薬多剤投与を受けている患者数と、減算対象とならない場合はその患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者。「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」が診療を行った外来患者は計算の対象外。）

向精神薬多剤投与を受けている患者数			
うち、他の保険医療機関ですべてに、向精神薬多剤投与されていた患者数	名	うち、薬剤の切り替えのため向精神薬多剤投与となっている患者数	名
うち、臨時投与のため向精神薬多剤投与となっている患者数	名	うち、臨時投与のため向精神薬多剤投与となっている患者数	名

(一部抜粋)
保医発0305第1号
平成26年3月5日

地方厚生(支)局医務課長
都道府県民生主官部(長)
国民健康保険課(部)長
都道府県後期高齢者医療主官部(局長)
後期高齢者医療主官課(部)長

厚生労働省保険局医務課長

(公印省略)

厚生労働省保険局医務管理官

(公印省略)

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第56号)の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第58号)が公布され、平成26年4月1日より適用されることとなったことであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに連携のないよう特段の御配慮を願いたい。
なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成24年3月5日保医発0305第2号)は、平成26年3月31日限り廃止する。

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の施設基準

- (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、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
- (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全ての病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊療養看護棟入院料等の特定入院料(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、複数の薬剤師が一つ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。
- (3) 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、病棟には手術室及び治療室は含まれないものであるが、手術室及び治療室においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。また、特殊療養看護棟入院料等の特定入院料(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。
- (4) 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実施(区分的)が合算して1週間につき20時間以上に満たない病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊療養看護棟入院料等の特定入院料(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。
- (5) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (6) 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。
- (7) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。)
イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用(薬事法第77条の4の2第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の4の2第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。)、ヒヤリハット、インシデント等の情報
ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)
エ 医薬品安全性情報等(ロ)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び処方された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

(8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

(9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。

(10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

(11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。

(12) 区分番号「B005」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 届出に関する事項

(1) 病棟薬剤業務実施処算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病棟勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式39の2により届け出ること。

(2) 当該診療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、専任・非専任、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式30を用いて提出すること。

(3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載すること。

(4) 薬剤師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。

(一部抜粋)
保医発0305第2号
平成26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)
国民健康保険支管課(部)長
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)長

殿

厚生労働省保険局医療課長
(公)印(省)略

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公)印(省)略

特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26年厚生労働省告示第59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26年厚生労働省告示第59号)が公布され、平成26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24年3月5日保医発0305第3号)は、平成26年3月31日限り廃止する。

第4の3 がん患者指導管理官

3 がん患者指導管理官3に関する施設基準

- (1) 化学療法の実験を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的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) がん患者指導管理官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6の8 地域包括診療料

1 地域包括診療料に関する施設基準

- (1)から(7)までの基準をすべて満たしていること。
 - (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の施設であること。
 - (2) 当該医療機関は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下「担当医」という。)を配置していること。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。
 - (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を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の私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 介護保険法第40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(介護保険法第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介護保険法第8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所を指すものに限る。)を併設していること。
- 二 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・老派発1018001号・老者発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。

様式5の3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

3 がん患者指導管理料3

区分	氏名	経年数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		

【記載上の注意】

- 「2」については、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。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

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5項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第8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又は脳血管疾患等リハビリテーションを原則として算定できないこととに留意すること。）

カ 担当医師が、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 担当医師が、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 担当医師が、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、又は介護支援連携指導料を算定していること

(7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべ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) 常勤の医師が3名以上配置されていること。

(ハ) 在宅療養支援診療所であること。

イ 病院の場合

(イ) 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院機能評価病院であること。

(ロ) 地域包括ケア病院入院料の届出を行っていること。

(ハ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

地域包括診療料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。

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療料加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	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"/>
	■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"/>
⑥-2	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	在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
⑦-2	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 常勤の医師が3名以上配置されていること 在宅療養支援診療所であること	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
2次救急指定病院又は救急告示病院等であること	
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	
⑦-3	

【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について、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。
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。
2. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3. ⑦-2、⑦-3について、確認できる資料の写しを添付のこと。

保医発 0305 第 13 号
平成 26 年 3 月 5 日

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

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について

調剤報酬点数表における後発医薬品調剤体制加算をはじめとする診療報酬上の加算等の算定対象となる後発医薬品（以下「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」という。）については、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」について」（平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 14 号）により周知するとともに、その一覧を当省のホームページに掲載し、薬価基準に医薬品を収載する際に該当するものがあつた場合に、その一覧を更新している。

また、後発医薬品の数量シェア（置換え率）の算出で用いられる「後発医薬品のある先発医薬品」にかかる情報についても、当省のホームページに掲載しているところである。

平成 26 年度薬価改定を踏まえ、平成 26 年 4 月 1 日以降の診療報酬における加算等の算定対象については、下記のとおり取り扱うこととするので、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」について」（平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 14 号）は、平成 26 年 3 月 31 日限り廃止する。

また、本リストについては、当省ホームページにて掲載する予定である旨申し添える。
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/index.html>)

記

1. 診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品については、別紙 1 のとおりとし、別紙 2 に示す後発医薬品については、平成 26 年度薬価改定において、その薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっているため、平成 26 年 4 月 1 日以降は、診療報酬において加算等の算定対象となる

後発医薬品から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない後発医薬品として取り扱う）こととする。

2. 診療報酬において加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」については、別紙3のとおりとし、別紙4に示す「後発医薬品のある先発医薬品」については、平成26年度薬価改定において、その薬価が後発医薬品の薬価よりも高くなっている又は後発医薬品の薬価と同額となっているため、平成26年4月1日以降は、診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として取り扱う）こととする。