

(保 21)

令和 2 年 4 月 16 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 吉 郎
(公印省略)

令和 2 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

令和 2 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和 2 年 3 月 5 日付け日医発第 1181 号（保 265）「令和 2 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、下記の通知について、厚生労働省保険局医療課より一部訂正の事務連絡がありましたので、お知らせ致します。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和 2 年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

記

- ・「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号)
- ・「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号)
- ・「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)
- ・「「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号)
- ・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号)

【添付資料】

令和 2 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

(令和 2 年 4 月 16 日 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事 務 連 絡
令和2年4月16日

地 方 厚 生（ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添5までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

- ・「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2年3月5日保医発 0305 第1号）（別添1）
- ・「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2年3月5日保医発 0305 第2号）（別添2）
- ・「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2年3月5日保医発 0305 第3号）（別添3）
- ・「「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2年3月5日保医発 0305 第5号）（別添4）
- ・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和2年3月5日保医発 0305 第13号）（別添5）

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2年3月5日保医発 0305 第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2節 再診料

A001 再診料

(11) 認知症地域包括診療加算

ア 認知症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、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、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。

(イ) 認知症以外に1以上の疾病（疑いは除く。）を有する者

(ロ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの

② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの

なお、(ロ)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、(ロ)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分番号「F100」処方料の注1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。

イ～エ (略)

第2部 入院料等

第2節 入院基本料等加算

A245 データ提出加算

(1) (略)

(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3及び4については通算した入院期間から算出し算定する。

(3)～(9) (略)

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

(1)～(5) (略)

(6) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからは入室後48時間以内に実施すること。

ア～エ (略)

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等~~の~~を確認

カ (略)

(7)～(8) (略)

第4節 短期滞在手術等基本料

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

(1)～(4) (略)

(5) 以下のアからエまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。

ア～ウ (略)

エ 入院した日から起算して5日以内に(4)のアから~~ヒ~~ハまでに掲げる検査、手術又は放射線治療を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合

(6)～(14) 略

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

24 外来緩和ケア管理料

(1) (略)

(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア (略)

イ 器質的な心機能障害により、適切な治療に~~も~~もかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ～カ (略)

(3)～(10) (略)

31 腎代替療法指導管理料

(1)～(5) (略)

(6) 当該管理料を算定する場合にあっては、(2)のア又はイのうち該当するものに応じて、

以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア（略）

イ（２）のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断と~~した~~理由。

B 0 0 4 退院時共同指導料 1、B 0 0 5 退院時共同指導料 2

（１）退院時共同指導料 1 又は退院時共同指導料 2 は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の二三に掲げる「退院時共同指導料 1 及び退院時共同指導料 2 を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に 2 回算定する場合は、当該 2 回中 1 回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第 1 章第 2 部通則 5 に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２）～（１５）（略）

B 0 0 5－9 外来排尿自立指導料

（１）～（３）（略）

（４）（３）について、診療録等に記載する。なお、見直した計画については、計画書を診療録等に添付~~に~~することとしても差し支えない。

（５）（略）

B 0 0 5－10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1

（１）～（４）（略）

（５）当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね 2 か月に 1 回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要な応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県（以下区分番号「B 0 0 5－1 0」及び「B 0 0 5－10－2」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。

（６）～（１０）（略）

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

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

(1)～(17) (略)

(18) 在宅時医学総合管理料の「注5」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注5」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二三に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。

(19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二三第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二三第二号の(1)に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。

(20)～(27) (略)

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

(1)～(3) (略)

第3部 検査

第3節 コンピューター断層撮影診断料

1～3 (略)

4 「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア～カ (略)

第9部 処置

<処置料>

(一般処置)

J118 介達牽引

(1) 介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードトラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにベーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。

(2)～(4) (略)

第10部 手術

<通則>

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(1)～(3) (略)

(4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第1指から第5指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ) (略)

(ロ) 第1指から第5指まで(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。)

のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあつては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分番号「K089」爪甲除去術

区分番号「K100」多指症手術

区分番号「K090」ひょう疽手術

区分番号「K101」合指症手術

区分番号「K091」陥入爪手術

区分番号「K102」巨指症手術

区分番号「K099」指瘢痕拘縮手術

区分番号「K103」屈指症手術、斜

指症手術

第1節手術料の項で「指(手、足)」と規定されている手術(区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む。))の「1」指(手、足)、区分番号「K040」腱移行術の「1」指(手、足)、区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K046」骨折観血的手術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K054」骨切り術の「3」中の指(手、足)(関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。)、区分番号「K063」関節脱臼観血的整復術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K073」関節内骨折観血的手術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K080」関節形成手術の「3」中の指(手、足)及び「K082」人工関節置換術の「3」中の指(手、足)を除く。)

(ハ) (略)

イ～エ (略)

(5)～(10) (略)

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K053 骨悪性腫瘍手術

(1)～(2) (略)

(3) 処理骨を用いた再建と、区分番号「K081」人工骨頭挿入術又は「K082」人工関節置換術に掲げる手術を同時に行った場合は、主たるもののみにより算定する。

第3節 手術医療機器等加算

K936 自動縫合器加算

- (1) 区分番号「K514-3」、「K514-5」、「K552」、「K552-2」、「K674」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K684-2」、「K696」、「K705」の「2」、「K706」、「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (2)～(7) (略)

第11部 麻酔

＜通則＞

- ~~1 血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第3節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。~~
- ~~2 麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「J024」酸素吸入及び区分番号「J045」人工呼吸は算定できない。~~
- ~~3 検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。~~
- ~~4 麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。~~
- ~~5 第1節及び第2節に掲げる麻酔法（1つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。~~

~~なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。~~
- ~~6 「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。~~
- ~~7 「通則2」の加算及び「通則3」の加算は、第1節麻酔料（麻酔管理料は除く。）又は第2節神経ブロック料について適用され、第3節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。~~
- ~~8 「通則2」の未熟児加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。~~
- ~~9 「通則3」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）~~

~~の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「A-0-0-0」の「注9」又は区分番号「A-0-0-1」の「注7」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。~~

~~ア 麻酔料~~

~~時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。~~

~~イ 神経ブロック料~~

~~緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。~~

~~10 麻酔料に掲げられていない麻酔であつて特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算定する。~~

第1節 病理標本作製料

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製

~~(1)~~ ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号)

第 4 経過措置等

1 (略)

表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

オンライン診療料（頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料の注 7 に掲げる重症患者割合特別入院基本料（重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤の医師の員数の基準に該当する場合に限る。）

緩和ケア診療加算（別添 3 の第 14 の 1 の（1）に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第 14 の 1 の（5）のウに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。）

入退院支援加算の注 8 に掲げる総合機能評価加算

認知症ケア加算 2

せん妄ハイリスク患者ケア加算

精神科急性期医師配置加算 1

精神科急性期医師配置加算 3

排尿自立支援加算

地域医療体制確保加算

特定集中治療室管理料の注 5 に掲げる早期栄養介入管理加算

緩和ケア病棟入院料 1

表 2 (略) 施設基準の改正により、令和 2 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

認知症ケア加算 3（令和 2 年 3 月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の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 A 2 4 7 に掲げる認知症ケア加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算 2 のイ及びロ（令和 2 年 3 月 31 日において、現に旧算定方法別表第一区分番号 A 2 4 9 に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 7、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料 1、2、3、5 及び 6 については令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料 4 については令和 3 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定

めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救急医療管理加算

急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算1（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

データ提出加算

入退院支援加算3（「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料1（管理栄養士の配置に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3（リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（許可病床数が200床未満の医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若し

くは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期治療病棟入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急・合併症入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日 ~~移行~~以降に引き続き算定する場合に限る。）

2（略）

別添 2

入院基本料等の施設基準等

第 5 入院基本料の届出に関する事項

1 ～ 11 (略)

- 12 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届~~出~~の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届~~出~~を行うことができる。ただし、この場合は、1 か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

13 ～ 14 (略)

入院基本料等加算の施設基準等

第 17 の 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

(1) (略)

(2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより、当該常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

(3)～(5) (略)

2 (略)

第 21 感染防止対策加算

4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

(1) (略)

(2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

アからエのうちいずれか 1 人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について ~~3~~ 3 年以上の経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3)～(5) (略)

5 (略)

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

入 院 患 者 の 構 成	平均数算出期間		年 月 日～ 年 月 日	
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①		名	
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③		名	
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤		名	
	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥		名	
	②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦		名	
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧		名	
	入院患者の比率 ⑧／①		%	
常 勤 従 業 事 者	職 種	氏 名		専従・専任
	医 師			
	理学療法士			
	作業療法士			
	言語聴覚士			
	<u>管理栄養士</u>			
	社会福祉士等			
リハビリテーション実績指数				
前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施		(あり ・ なし)		
病棟の種別（一般・療養）		病棟名		

	病床数	床
病棟の面積	平方メートル（１床当たり面積	平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（１床当たり面積	平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル	
疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○）	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	

〔記載上の注意〕

- １ 入院患者の構成は、直近１か月の実績について記載すること。
- ２ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週２２時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- ３ 常勤従事者のうち、管理栄養士及び社会福祉士について、配置されていない場合は、「氏名」及び「専従・専任」の欄に「－」を記入すること。
- ~~３~~４ リハビリテーション実績指数については、前月までの６か月間について算出した値を記入すること。前月までの６か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合、記入は不要であること。
- ~~４~~５ 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。
- ~~５~~６ 病室部分の１床当たりの面積は、１床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- ~~６~~７ 当該届出に係る病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- ~~７~~８ 様式５から９及び様式２０を添付すること。

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2年3月5日保医発 0305 第3号)

第2 届出に関する手続き

1～3 (略)

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1)～(9) (略)

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

ア (略)

イ 経口摂取回復率

(イ)～(ハ) (略)

例1：イ（イ）による届出の場合（略）

例2：イ（ロ）による新規届出の場合

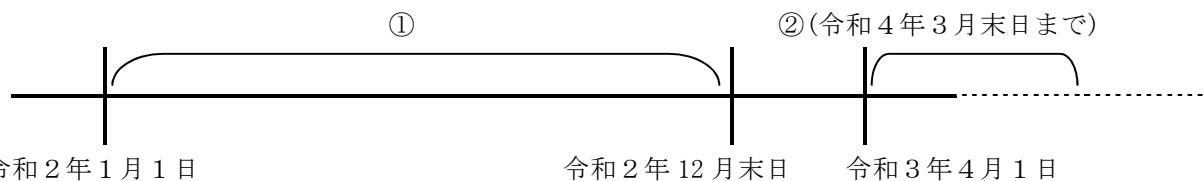
- ・令和2年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から ~~平成31~~ 令和3 年3月末日まで（②）算定可



※算定開始が令和2年1月以降である場合は、令和3年3月末日まで算定可

例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・令和2年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は ~~平成31~~ 令和3 年4月1日から令和 ~~2~~ 4 年3月末日まで（②）算定可



(11)～(14) (略)

5～9 (略)

第3～4 (略)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 1 特定疾患療養管理料

1 特定疾患療養管理料の注 5 に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）別添 7 の第様式 2 の 5 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 （略）

第 1 の 3 小児科療養指導料

1 小児科療養指導料の注 6 に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）別添 7 の第様式 2 の 5 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 （略）

第 1 の 4 てんかん指導料

1 てんかん指導料の注 6 に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）別添 7 の第様式 2 の 5 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 （略）

第 6 の 3 地域連携夜間・休日診療料

1 地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

（1）（略）

（2） 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として 3 名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が 2 名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。

（3）～（5）（略）

2 （略）

第 18 の 1 の 8 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性

1 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

- (1) 区分番号「A300」救命救急入院料の「1」から「4」までのいずれか
 - (2) 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」までのいずれか
 - (3) 区分番号「A30~~2~~1－2」ハイケアユニット入院医療管理料の「1」又は「2」のいずれか
 - (4) 区分番号「A301－4」小児特定集中治療室管理料
- 2 (略)

第42の2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

1 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

(1) (略)

- (2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合~~わ~~わせて2名以上勤務していること。

なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第40の1の(2)のオの例によること。

(3)～(8) (略)

2～3（略）

第 47 の 3 認知症患者リハビリテーション料

1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

(1)～（略）

(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務していること。ただし、ADL 維持向上~~等~~体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。なお、当該保険医療機関において、認知症患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、専従する言語聴覚士がいる場合、第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

(3)～（5）（略）

2（略）

第 47 の 3 の 2 リンパ浮腫複合的治療料

1（略）

2 届出に関する事項

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出は、別添 2の様式 43 の 7 を用いること。

第 47 の 6 経頭蓋磁気刺激療法

1（略）

2 届出に関する事項

経~~過~~頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 44 の 8 を用いること。

第 50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

1 精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科医師及び専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか 1 人）の 2 人で構成される場合には、患者数は、当該従事者 2 人に対しては 1 回 20 人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科ショート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業

療法等」という)に従事することは差し支えない。また、精神科ショート・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

(2)～(4) (略)

2 (略)

第 57 の 4 の 2 心不全に対する遠赤外線温熱療法

1 (略)

2 届出に関する事項

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 49 の 4 の 2 ~~を~~及び様式 52 ~~を~~用いること。

第 60 の 7 網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)

1 網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)に関する施設基準

(1) 眼科に係る診療の経験を 10 年以上有し、区分番号「K 2 7 7 - 2」、「K 2 8 0」の「1」、「K 2 8 0」の「2」又は「K 2 8 1」の手術を、1 年間に、主たる術者として~~合~~
~~わ~~併せて 30 例以上行った常勤の医師が 1 名以上配置されていること。

(2)～(3) (略)

2 (略)

第 61 の 2 の 3 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

1 (略)

2 届出に関する事項

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に係る届出は、別添 2 の~~様式別添~~56 の 7 及び様式 52 を用いること。

第 67 の 2 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

1 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)に関する施設基準

(1)～(3) (略)

(4) 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び~~及び~~心臓血管外科の医師がそれぞれ 2 名以上配置されており、そのうち 2 名以上は、所定の研修を修了していること。

(5)～(6) (略)

2～3 (略)

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(調剤基本料 1 を算定する保険薬局用)

各基準の実績回数等 ※以下の(1)、(2)及び(3)の基準を満たし、かつ、(4)及び(5)のいずれかの基準を満たす必要がある。 (2) 及び (5) の実績回数の期間： 年 月～ 年 月	
(1) 麻薬小売業者免許の取得（免許証の番号を記載）	
(2) 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 12 回以上／年）	回 （ア＋イ＋ウ＋エ）
（参考）	
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（医療保険）の算定実績	回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）の算定実績	回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績	回
(3) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出	□あり
(4) 服薬情報等提供料等（保険薬局あたり 12 回以上／年）	回
(5) 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（保険薬局あたり 1 回以上／年）	回

[記載上の注意]

- 1 令和 3 年 3 月 31 日までは(2)については（参考）のア及びイの合計が 1 回以上であれば要件を満たしているものとし、(4) 及び (5) については空欄で差し支えない。
- 2 (2) のエの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人あたりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 3 (4) の実績については、服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績をいう。なお、「相当する業務」とは、以下の①から⑤④をいう。

①薬剤服用歴管理指導料の「注 7」の特定薬剤管理指導加算 2、~~②薬剤服用歴管理指導料の「注 9」の吸入薬指導加算、③②薬剤服用歴管理指導料の「注 10」の調剤後薬剤管理指導加算、④③服用薬剤調整支援料 2、⑤④~~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④③に相当する業務を実施した場合
- 4 (5) 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 5 つまでの記載とすること。
- 5 届出に当たっては、様式 87 の 3 を併せて提出すること。

様式 87 の 3 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
(調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局用)

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち8つ以上を満たす必要がある。		
薬剤師 1 人当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) 期間: 年 月 ~ 年 月	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)	回	回
(2) 麻薬の調剤回数 (10 回/人)	回	回
(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/人)	回	回
(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	回	回
(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料等 (60 回/人)	回	回
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(9) 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 (5 回/保険薬局)	回	

[記載上の注意]

- 「1」の「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)

$$32 \text{ (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}$$

- 「1」の②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれ

れの実績の合計を記載すること。

4 「2」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。

- (1)①時間外等加算：調剤料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：調剤料の「注5」の夜間・休日等加算
- (2)麻薬の調剤回数：調剤料の「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（薬剤服用歴管理指導料の「注4」、かかりつけ薬剤師指導料の「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
- (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）。
 - 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⑤④をいう。

①薬剤服用歴管理指導料の「注7」の特定薬剤管理指導加算2、②~~薬剤服用歴管理指導料の「注9」の吸入薬指導加算、③~~②薬剤服用歴管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、④③服用薬剤調整支援料2、⑤④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④③に相当する業務を実施した場合

- 5 「2」の(9)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。
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

(別添 4)

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等」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 2 年 3 月 5 日付保医発 0305 第 5 号)

(別紙様式 2)

病床数が 200 床以上の病院等について受けた
初診・再診の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月

日)

1 届出種別

ア 200 床 (一般病床に係るものに限る。) 以上の病院 (イを除く。)

イ 特定機能病院及び 許可病床 400 床以上の地域医療支援病院 (一般病床に係るものの数が
200 床未満の病院を除く。)

注 該当する方に○をつけること。

2 特別の料金等の内容

区 分	徴 収 額
初 診	円
再 診	

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。

(別添 5)

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する
手続きの取扱いについて

(令和 2 年 3 月 5 日保医発0305第13号)

別添 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等

2 入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)等の届出

入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出に当たっては、下記の全ての事項を満たすものであることとする。

(1)～(12) (略)

(13) 障害者施設等入院基本料を算定している病棟又は特殊疾患入院施設管理加算若しくは特殊疾患病棟入院料を算定している病棟については、個々の患者の病状に応じた食事の提供が行われている場合には、必ずしも(8・9)の要件を満たす必要はないものとする。

(届出書添付書類)

1～6 (略)

[記載上の注意]

- 1 1 日平均入院患者数については届出前 1 年間の数値を記載する。
- 2 管理栄養士又は栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出する。
- 3 夕食時刻は各病棟で配膳を開始する平均的な時刻を記入する。
- 4 食堂を使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法を記入する。