事　務　連　絡
令和６年５月 30 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６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６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６年３月５日保医発 0305 第４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６年３月５日保医発 0305 第５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６年３月５日保医発 0305 第６号）（別添３）
・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和６年３月５日保発 0305 第７号）（別添４）
・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）（別添５）
・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和６年３月５日保発 0305 第８号）（別添６）

（別添１）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第２部　在宅医療
　第３節　薬剤料
　　Ｃ２００　薬剤
　　（１）　次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。
　　【厚生労働大臣の定める注射薬】
　　インスリン製剤、（中略）~~濃縮~~乾燥濃縮人 C1-インアクチベーター製剤、（以下略）

第３部　検査
第１節　検体検査料
　第１款　検体検査実施料
　　Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査
　　(14)　ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出
　　ア　「13」のヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出は、ヘリコバクター・ピロリ感染が強く疑われる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に算定できる。
　　イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。
　　ウ　上部消化管内視鏡検査の廃液を検体として本検査を実施した場合は、「Ｄ４１９」その他の検体採取の「１」胃液・十二指腸液採取（一連につき）は算定できない。

第 11 部　麻酔
　第１節　麻酔料
　　Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
　　(12)　麻酔の実施時間
　　ウ　複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。
　　(ニ)　(ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が 30 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例１　麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で 10 分間

②　次に伏臥位で２時間 30 分間

③　最後に仰臥位で 20 分間

の計３時間の麻酔を行った場合

基本となる２時間に②の２時間を充当　~~9,050~~9,170 点

②の残り 30 分の加算　900 点

仰臥位で行われた①と③を合計して 30 分の加算　600 点

算定点数　~~10,550~~10,670 点

例３　麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で５分間

②　次に側臥位で 21 分間

③　次に分離肺換気で１時間 27 分間

④　次に側臥位で 30 分間

⑤　最後に仰臥位で５分間

の計２時間 28 分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に③の１時間 27 分＋②と④の 51 分のうち 33 分

~~16,600~~16,720 点

②と④の残り 18 分＋①と⑤の 10 分の合計 28 分の加算　660 点

算定点数　~~17,260~~17,380 点

例４　麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で 10 分間

②　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 45 分間

③　次に心臓手術を人工心肺装置を使用して２時間 25 分間

④　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに１時間

⑤　最後に仰臥位で 10 分間

の計４時間 30 分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に③の２時間を充当　~~16,600~~16,720 点

②＋④で１時間 45 分となり、このうち 30 分×３の加算　2,700 点

③の残り 25 分間に④の残り 15 分間のうち５分間を加算　1,200 点

①＋⑤の 20 分間に④の残り 10 分間を加算　600 点

算定点数　~~21,100~~21,220 点

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

区分０１　薬剤調製料

（５）　注射薬

イ　注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（インスリン製剤、（中略）~~濃縮~~乾燥濃縮人 C1-インアクチベーター製剤、（中略）テゼペルマブ製剤~~及び~~、オゾラリズマブ製剤、ドブタミン塩酸塩製剤、ドパミン塩酸塩製剤及びノルアドレナリン製剤）に限る。

区分１５の５　服薬情報等提供料

（１）　服薬情報等提供料は、保険薬局において調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、~~患者若しくはその家族等又は~~保険医療機関に当該情報を提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下で医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。

別表２

○　インスリン製剤、（中略）~~濃縮~~乾燥濃縮人 C1-インアクチベーター製剤、（以下略）

別表３

インスリン製剤

（中略）

~~濃縮~~乾燥濃縮人 C1-インアクチベーター製剤

（以下略）

（別添２）

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

第４　経過措置等

表２　施設基準が改正された入院基本料等

超急性期脳卒中加算（別添３の第３の１の（１）のイに該当する場合であって、令和７年６月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和６年~~３~~５月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第４の４　看護職員夜間配置加算

４　看護職員夜間 16 対１配置加算２の施設基準

（２）　急性期一般入院料２から~~５~~６までのいずれかを算定する病棟であること。

第 26 の３　病棟薬剤業務実施加算

３　薬剤業務向上加算の施設基準

（２）　「免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修」とは、次に掲げる体制を整備する保険医療機関が実施するものをいう。

オ　調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施していること。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイト~~等~~で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有していること。

第 26 の 10　地域医療体制確保加算

１　地域医療体制確保加算に関する施設基準

（５）　（２）の救急医療に係る実績は、~~１月から 12 月~~４月から翌年３月までの１年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年度の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

様式 14

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

（新規・８月報告）

１．届出に係る区分（届出を行うものに「✓」を記入すること。）

□　急性期充実体制加算１
□　急性期充実体制加算２
□　小児・周産期・精神科充実体制加算
□　精神科充実体制加算

２．許可病床数

許可病床数	床

３．急性期充実体制加算１及び２の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

<table>
<tr><td colspan="4">□　急性期一般入院料１を算定する病棟を有する保険医療機関である。
□　急性期一般入院料１を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">１　手術等に係る実績</td><td colspan="3">以下を満たしている。
急性期充実体制加算１：
□　アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち５つ以上を満たしている。
急性期充実体制加算２：
□　イの(イ) 又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち２つ以上を満たしている。</td></tr>
<tr><td colspan="3">以下に年間件数又は許可病床１床あたりの年間件数※１を記入※２すること。
※１　（　）の許可病床１床あたりの記載は、令和６年３月 31 日時点で急性期充実体制加算に係る届出を行っている許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。
※２　基準に該当するとして届け出るもののみの記入で差し支えないこと。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ア</td><td>(イ) 全身麻酔による手術（2,000 件／年以上）
（6.5 件／年／床以上）</td><td>件／年
（許可病床１床あたり　　件／年）</td></tr>
<tr><td>うち、緊急手術
（350 件／年以上）
（1.15 件／年／床以上）</td><td>件／年
（許可病床１床あたり　　件／年）
病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：</td></tr>
</table>

		(ロ)悪性腫瘍手術 (400 件／年以上) (1.0 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ハ)腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術(400 件／年以上) (1.0 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ニ)心臓カテーテル法による手術(200 件／年以上) (0.6 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ホ)消化管内視鏡による手術 (600 件／年以上) (1.5 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ヘ)化学療法 (1,000 件／年以上) (3.0 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ト)心臓胸部大血管の手術 (100 件／年以上)	件／年
	イ	(イ)異常分娩 (50 件／年以上) (0.1 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
		(ロ)６歳未満の乳幼児の手術 (40 件／年以上) (0.1 件／年／床以上)	件／年 (許可病床１床あたり　　件／年)
２　外来化学療法の実施を推進する体制	１のアの(ヘ)を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。 □　外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている。 □　化学療法を実施した患者全体（①）に占める、外来で化学療法を実施した患者（②）の割合（③）が６割以上である。 ①　化学療法を実施した実患者数　　（　　）件／年 ②　うち、外来で化学療法を実施した実患者数　　（　　）件／年 ③　~~①~~②　÷　~~②~~①　×　10　＝　（　　）割		
３　24 時間の救急医療提供	ア　該当するものを記載すること。 □　救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している □　救急搬送件数（2,000 件／年以上）（6.0 件／年／床以上） 件／年（許可病床数１床あたり　　件／年） イ　・精神科医が速やかに診療に対応できる体制　（　□　自院　・　□　他院） （他院の場合は当該保険医療機関名を記載：　　）		

	・精神疾患診療体制加算２の算定件数又は救急搬送患者の入院３日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の「注２」に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数の合計（20 件／年以上）　　件／年	
	ウ　□　救急時医療情報閲覧機能を有している	
４　高度急性期医療の提供	以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。	
	□　救命救急入院料	床
	□　特定集中治療室管理料	床
	□　ハイケアユニット入院医療管理料	床
	□　脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床
	□　小児特定集中治療室管理料	床
	□　新生児特定集中治療室管理料	床
	□　総合周産期特定集中治療室管理料	床
	□　新生児治療回復室入院医療管理料	床
５　感染対策	□　感染対策向上加算１の届出を行っている。	
６　24 時間の画像診断及び検査体制	（　□　有　　・　□　無　）	
７　薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	（　□　有　　・　□　無　）	
８　精神科リエゾンチーム加算等の届出	□　精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 □　認知症ケア加算１の届出を行っている。 □　認知症ケア加算２の届出を行っている。	
９　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制	ア　院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・医師： ・専任の看護師：	
	イ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：	
	ウ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。　□	
	エ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：	

	オ　院内講習の開催日（開催予定日）： １回目　　月　　日　　２回目　　月　　日
10　外来縮小体制	ア　該当するものを記入すること。 □・初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している。 ・紹介割合の実績が 50%以上かつ逆紹介割合の実績が 30‰以上 □　紹介受診重点医療機関である。
	イ　前年度１年間の初診・再診の患者数を記入すること。 ①　初診の患者数　（　　）名 ②　再診の患者数　（　　）名 ③　紹介患者数　（　　）名 ④　逆紹介患者数　（　　）名 ⑤　救急患者数　（　　）名 ⑥　紹介割合　（　　）% ⑦　逆紹介割合　（　　）‰
11　処置の休日加算１等の届出	□　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている。 □　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っていない。 ・届出を行っていない理由： ・今後の届出予定について：□ 予定あり　令和　　年　　月頃 □ 届出を行う見込みがない ・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由： ・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：
12　他の入院料の届出状況等	以下のいずれも満たすこと。
	□　療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない。
	□　以下の③の割合が９割以上であること。 ①　一般病棟の病床数の合計　（　　）床 ②　許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能

	強化病棟入院料を除いた病床数 （　　）床 ③ ① ÷ ② × 10 ＝ （　　）割
	□ 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又介護医療院を設置していない。
	□ 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。
13 退院に係る状況等	以下のいずれも満たすこと。
	□ 一般病棟における平均在院日数が 14 日以内であること。 （　　）日 （小数点第一位まで）
	□ 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が１割未満であること。 （　　）割
	□ 以下のいずれかの届出を行っていること。 □ 入退院支援加算１の届出を行っている。 □ 入退院支援加算２の届出を行っている。
14 禁煙の取扱い	□ 敷地内禁煙 □ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。 □ 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料にチェックすること。 □ 精神病棟入院基本料、□ 緩和ケア病棟入院料、□ 精神科救急急性期医療入院料、□ 精神科急性期治療病棟入院料、□ 精神科救急・合併症入院料、□ 精神療養病棟入院料、□ 精神科地域包括ケア病棟入院料、□ 地域移行機能強化病棟入院料 □ 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置（　　）
15 外部評価	該当するものにチェックすること。 □ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている □ 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。（　　） □ 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり 受審予定時期 （ 令和 年 月 ）
16 総合入院体制加算の届出	□ 総合入院体制加算の届出を行っていない。

４．小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

１　異常分娩の件数	（小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ） □　異常分娩の件数が 50 件／年以上である。　（　　件/年）
２　６歳未満の乳幼児の手術件数	（小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ） □　６歳未満の乳幼児の手術件数が 40 件／年以上である。（　　件/年）
３　精神病床	医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床の病床数　　（　　）床
４　精神疾患患者に対する体制	□　精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保している。
５　精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数	以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。
	□　精神病棟入院基本料　（　　床）（　　人）
	□　精神科救急急性期医療入院料　（　　床）（　　人）
	□　精神科急性期治療病棟入院料　（　　床）（　　人）
	□　精神科救急・合併症入院料　（　　床）（　　人）
	□　児童・思春期精神科入院医療管理料　（　　床）（　　人）
	□　精神科地域包括ケア病棟入院料　（　　床）（　　人）
	□　地域移行機能強化病棟入院料　（　　床）（　　人）

〔記載上の注意〕

１　「３．急性期充実体制加算１及び２の施設基準」の「３」のアを記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

２　「３．急性期充実体制加算１及び２の施設基準」の「10」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」及び「注３」並びに区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」及び「注３」に規定する算出方法を用いること。

３　各実績において「年間」とは、前年度４月１日～３月 31 日の期間を指す。

４　「４．小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準」の「４」については、精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

５　様式６を添付すること。

６　「１　手術等に係る実績」「２　外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、Ａ４サイズに縮小し、添付すること。

７　手術等に係る実績のうち、許可病床数 300 床未満の保険医療機関の基準については、令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関において、令和８年５月 31 日までの間に限り適用されるものであること。

８　「２ 外来化学療法の実施を推進する体制」の「外来で化学療法を実施した実患者数」とは、１サイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す）以上、外来で化学療法を実施した実患者数を指す。

９　「３ 24 時間の救急医療提供」のウ「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和７年４月１日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。

様式 40 の３の２

バイオ後続品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．バイオ後続品の使用を促進するための体制の整備

バイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	

２．バイオ医薬品の使用状況

直近１年の実績（　　年　月～　　年　月）	
直近１年間のバイオ医薬品の使用回数（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）（①）	
施設基準通知の１の（３）のアに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数量（②）	
②のうち、バイオ後続品の規格単位数量（③）	
バイオ後続品の割合（④）　　（③／②）（%）	
施設基準通知の１の（３）のイに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数量（⑤）	
~~②~~⑤のうち、バイオ後続品の規格単位数量（⑥）	
バイオ後続品の割合（⑦）　　（⑥／⑤）（%）	

［記載上の注意］

１　バイオ後続品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。

２　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

（別添３）

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

第２　届出に関する手続き

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

在宅患者訪問診療料（Ｉ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算　　（在宅ＤＸ）第　　号

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

在宅患者訪問診療料（Ｉ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算

~~在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合含む。）に規定する基準~~

表２　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

外来腫瘍化学療法診療料１（令和６年 10 月以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準（令和６年 10 月以降に算定する場合に限る。）

小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算（令和６年３月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法別表第二「Ｂ０００－４」に掲げる歯科疾患管理料の注 10 に規定するかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関において、令和７年６月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

血流予備量比コンピューター断層撮影

心臓ＭＲＩ撮影加算

外来後発医薬品使用体制加算

表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和６年~~３~~５月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準	→	歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準
遺伝学的検査の注に規定する基準	→	遺伝学的検査の注１に規定する基準

別添１

特掲診療料の施設基準等

第 36　心臓ＭＲＩ撮影加算

１　心臓ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（２）　以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

イ 以下のいずれも満たすものであること。

（イ）画像診断管理加算１に関する基準を満たすこと。

（ロ）循環器疾患を専ら担当する常勤の医師（専ら循環器疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するもの）又は画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの）が合わせて３名以上配置されていること。

（ハ）当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、画像診断管理加算１に関する施設基準の(２)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

第 45 の２　摂食嚥下機能回復体制加算

３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準

（３）　当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、２名以上であること。~~ただし、令和４年３月 31 日時点において療養病棟入院料１又は２を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。~~

様式 11 の６

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する場合を含む）、在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注 20 に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出書添付書類

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

施設基準		
１	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている	□
２	健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている	□
３	居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制が整備されている	□
４	「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている	□
５	電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期	令和（　）年　（　）月
６	国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	□
７	医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している	□
８	医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	□

［記載上の注意］

「４」については、令和７年３月 31 日までの間に限り、「６」については、令和７年９月 30 日までの間に限り、「８」については、令和７年５月 31 日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。

「８」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

様式 38

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算
冠動脈ＣＴ撮影加算
外傷全身ＣＴ加算
心臓ＭＲＩ撮影加算
乳房ＭＲＩ撮影加算
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算
頭部ＭＲＩ撮影加算
全身ＭＲＩ撮影加算
肝エラストグラフィ加算
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
（ＭＲＩによるもの）

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1　撮影に使用する機器について　（使用する機器に○印をつける）
・マルチスライスＣＴ
（　６４列以上　　１６列以上６４列未満　）
・ＭＲＩ
（　３テスラ以上　　１．５テスラ以上３テスラ未満　）

2　○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
（ＣＴの場合は列数、ＭＲＩの場合はテスラ数を記載すること。）

（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（列数又はテスラ数）

3　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器疾患の診療の経験年数
		時間	年

4　小児のＭＲＩ撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児のＭＲＩ撮影及び画像診断に関する経験年数
		時間	年
		時間	年

5　小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児麻酔の経験年数
		時間	年
		時間	年

6　画像診断を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

7　循環器疾患を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	循環器疾患を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

8　画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無	
画像診断管理加算１	有　・　無
当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、画像診断管理加算１に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われている。	該当　・　非該当 ※画像診断管理加算２、３又は４の届出を行っていない場合であって、冠動脈ＣＴ撮影加算又は心臓ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
画像診断管理加算２	有　・　無
画像診断管理加算３	有　・　無
画像診断管理加算４	有　・　無
9　救命救急入院料の届出の有無	有　・　無
10　関係学会より認定された年月日	平成　　年　　月　　日
11　当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有　・　無
12　当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の検査前の画像診断管理の実施	有　・　無

［記載上の注意］

１　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。

２　「２」については、機器ごとに記載すること。
３　「３」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
４　「４」及び「５」については、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
５　「６」については、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算３又は４の届出を行っている場合を除く）に記載すること。その際、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が１０年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
６　「７」については、画像診断管理加算２、３又は４の届出を行っていない場合であって、冠動脈ＣＴ撮影加算又は心臓ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
７　頭部ＭＲＩ撮影加算及び全身ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
８　「８」については、冠動脈ＣＴ撮影加算、外傷全身ＣＴ加算、心臓ＭＲＩ加算、乳房ＭＲＩ加算、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算、肝エラストグラフィ加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
９　「９」については、外傷全身ＣＴ加算の届出を行う場合に記載すること。
10　「10」については、乳房ＭＲＩ撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
11　「11」については、頭部ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算３又は４の届出を行っている場合を除く）に記載すること。
12　「12」については、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算４の届出を行っている場合を除く）に記載すること。

様式 87 の３

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該保険薬局における調剤基本料の区分（いずれかに〇）	調剤基本料の区分	
	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ
２　当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等（いずれかに〇）	地域支援体制加算の区分	提出が必要な様式
	（　） 地域支援体制加算１	様式87の３（本様式）及び様式87の３の２
	（　） 地域支援体制加算２	
	（　） 地域支援体制加算３	
	（　） 地域支援体制加算４	

地域支援体制加算の施設基準（対応している内容に☑すること）

３　地域における医薬品等の供給拠点としての体制			
	ア　備蓄品目数　（　年　月現在）		品目
	イ　当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施		□あり
	ウ　医療材料及び衛生材料を供給できる体制		□あり
	エ　麻薬小売業者免許の取得（免許証の番号を記載：　）		
	オ　全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合　期間：　年　月　～　年　月		
	①処方箋の受付回数		回
	②主たる医療機関の処方箋受付回数		回
	③集中率（%）		%
	カ　後発医薬品の調剤割合		%
	キ　当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制		□あり
４　休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制			
	ア　開局時間		
	イ　休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制		□あり
	他の保険薬局との連携	連携薬局名	
		連携する業務内容	
	ウ　休日、夜間を含む開局時間外の当該薬局を利用する患者からの相談応需体制		□あり
	あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制（該当するものに☑）	□ 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送	
		□ 留守録による応答後、速やかに折り返し	
		□ その他（　）	
	エ　休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）に係る自局及びグループによる周知		□周知している

	オ　エの体制に係る地域での周知の方法 （該当するものに☑）	□　地域の行政機関を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会等を通じて周知している。

5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応			
	ア　診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携		□あり
	イ　保健医療・福祉サービス担当者との連携体制		□あり
	ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 （保険薬局当たり 24 回以上／年） （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）		回
	（５のウの参考）		
		①　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（医療保険）の算定実績	回
		②　居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）の算定実績	回
		③　①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
		④　①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回
	エ　在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備		□在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 □在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 □薬学的管理指導計画書の様式の整備 □在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示 □その他（　　）

6 医療安全に関する取組の実施		
	ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）への登録（薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （　　）
	イ　常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	□あり
	ウ　プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	□あり
	エ　副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	□あり
7 かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出		□あり
8 管理薬剤師		
	①氏名	
	②保険薬局勤務経験年数	年
	③週あたりの勤務時間	時間
	④当該薬局在籍年数	年
9 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備		□薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 □定期的な外部の学術研修の受講 □職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 □職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 □その他（　　）
10 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況		□あり
11 研修計画の作成、学会発表などの推奨		□あり
12 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）		□あり
13 地域医療に関連する取組の実施		
	ア　要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	□あり
	イ　健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	□あり

	ウ　緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	□あり
	エ　当該保険薬局が敷地内禁煙であること	□あり
	オ　薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	□販売していない

［記載上の注意］

１　令和６年５月 31 日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ、「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

２　令和６年５月 31 日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算３の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ及び「13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算４の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月 31 日までの間に限り、「３」のイ、カ、「４」のオ、「５」のウ、「７」及び「~~12~~13」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

３　「１」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの１つに〇をすること。

４　「２」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの１つに〇をすること。

５　「３」のオの期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

６　「３」のオの集中率については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。

７　「３」のカについては、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料の注７に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

８　「４」のアについては、自局の開局時間を記載すること。

９　「４」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。

10　「４」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。

11　「５」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。

12　「５」のウの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

13　「６」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。

14　「６」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。

15　「８」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の１週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。

16　「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること

17　「13」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

18　当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の３の６

医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

１　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□
２　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□
３　オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	□
４　「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制を有している。	□導入済み □導入予定（令和　年　月）
５　電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制	□電子薬歴システムを導入している
	電子薬歴システムの製品名 （　　）
６　国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。	□
７　来局患者のマイナ保険証の利用率	利用率（　　）％ 小数点１桁まで記載
８　次に掲げる全ての事項について、保険~~医療機関~~薬局の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療ＤＸに係る取組を実施していること。	□
９　サイバーセキュリティの確保のために必要な措置 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。	□

［記載上の注意］

１　「４」については、令和７年３月 31 日までの間に限り該当するものとみなす。

２　「６」については、令和７年９月 30 日までの間に限り該当するものとみなし、それまでの間に届出を行う場合は記載不要。

３　「７」については、令和６年 10 月１日から適用する。利用率の記載については、令和６年９月末までは記載不要。

４　「８」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

（別添４）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
（令和６年３月５日保医発 0305 第７号）

別添　届出基準

11　訪問看護ベースアップ評価料

（２）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

エ　ウについて、算定を行う月、その際に用いる「対象職員の給与総額」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」の対象となる期間、算出した【Ａ】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表３のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表３の対象となる 12 か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」は、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、別表３の対象となる３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表３のとおり、毎年３、６、９、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生~~局~~（支）局長に届出を行った上で、翌月（毎年４、７、10、１月）から変更後の区分に基づく金額を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表３の対象となる 12 か月の「対象職員の給与総額」並びに別表７の対象となる３か月の「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み」、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」及び【Ａ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時（区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。）は、直近の別表３の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

別紙様式９

訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看40、41）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

（届出事項）　１．訪問看護管理療養費１　２－１．訪問看護管理療養費２
２－２．訪問看護管理療養費２（新規開設の場合）

上記のとおり届け出ます。
年　月　日
指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

※　届出事項が「２－２．訪問看護管理療養費２（新規開設の場合）」の場合は、以下の１から３までの記入は不要。

１．同一建物居住者の割合

直近１年間（__月～__月）の同一建物居住者が占める割合（_____％／年）※③再掲

①	直近１年間における、実利用者数の合計	人
②	直近１年間における、同一建物居住者に該当する実利用者数の合計	人
③	実利用者に占める同一建物居住者の割合（②／①×100）	%

備考：「同一建物居住者」は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した利用者の実人数を計上すること。
：健康保険法に基づく指定を受けてから１年に満たない場合は、１か月以上の開設期間のうち、開設期間の実利用者数を記載すること。
：訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）の算定状況は、照会に対し速やかに回答できるように訪問看護ステーションで記録等し、保管すること。

２．特掲診療料等の施設基準等の別表第７・別表第８に該当する利用者数

１月当たりの別表第７・別表第８に該当する利用者数（_____人／月）※④の再掲

①	直近１年間における、別表第７に該当する利用者数の合計	人

②	直近１年間における、別表第８に該当する利用者数の合計	人
③	直近１年間における、別表第７及び別表第８に該当する利用者数の合計	人
④	１月当たりの別表第７・別表第８に該当する利用者数（（①＋②－③）／12）	人

備考：健康保険法に基づく指定を受けてから１年に満たない場合は、１か月以上の開設期間のうち、開設期間の利用者数の合計を開設期間の月数で除した値をもって利用者数とすること。
：別表第７・別表第８に該当する利用者数は、照会に対し速やかに回答できるように、訪問看護ステーションで当該利用者の疾病名又は状態をまとめ、保管すること。

３．ＧＡＦ尺度による判定が40以下の利用者数

１月当たりのＧＡＦ尺度が 40 以下の利用者数（＿＿＿人／月）※②の再掲

①	直近１年間における、ＧＡＦ尺度が 40 以下の利用者数の合計	人
②	１月当たりのＧＡＦ尺度が 40 以下の利用者数（①／12）	人

備考：健康保険法に基づく指定を受けてから１年に満たない場合は、１か月以上の開設期間のうち、開設期間の利用者数の合計を開設期間の月数で除した値をもって利用者数とすること。
：ＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の利用者数は、照会に対し速やかに回答できるように、訪問看護ステーションで当該利用者の各月のＧＡＦ尺度記録等し、保険すること。

備考：訪問看護管理療養費１又は２のいずれにおいても、１から３まで記入すること。

（別添５）

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

別添２

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

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
168	C002 C 002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第２部 C002 在宅時医学総合管理料及び C002-2 施設入居時等医学総合管理料の ~~(22)~~(23) に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、~~(22)~~(23) に規定するものについては、以下のとおりであること。 〔１　要介護~~２~~３以上の状態又はこれに準ずる状態〕 ~~１－１　要介護２~~ １－~~２~~１　要介護３ １－~~３~~２　要介護４ １－~~４~~３　要介護５ １－~~５~~４　障害支援区分２以上 〔２　認知症高齢者の日常生活自立度におけるランク~~Ⅱｂ~~Ⅲ以上〕 ~~２－１　ランクⅡｂ~~ ２－~~２~~１　ランクⅢａ ２－~~３~~２　ランクⅢｂ ２－~~４~~３　ランクⅣ ２－~~５~~４　ランクＭ ３　頻回の訪問看護を受	~~820100625~~	~~該当する状態（包括的支援加算）：１－１　要介護２~~		
				820100626	該当する状態（包括的支援加算）：１－~~２~~１　要介護３		
				820100627	該当する状態（包括的支援加算）：１－~~３~~２　要介護４		
				820100628	該当する状態（包括的支援加算）：１－~~４~~３　要介護５		
				820100629	該当する状態（包括的支援加算）：１－~~５~~４　障害支援区分２以上		
				~~820100630~~	~~該当する状態（包括的支援加算）：２－１　ランク２ｂ~~		
				820100631	該当する状態（包括的支援加算）：２－~~２~~１　ランク３ａ		
				820100632	該当する状態（包括的支援加算）：２－~~３~~２　ランク３ｂ		

			けている状態 ４　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 ５　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 ６　麻薬投薬を受けている状態 〔~~６~~７　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 ~~６~~７－１　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する１５歳未満の患者 ~~６~~７－２　出生時体重が1,500g未満であった１歳未満の患者 ~~６~~７－３　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 ~~６~~７－４　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100633	該当する状態（包括的支援加算）：２－~~４~~３　ランク４		
				820100634	該当する状態（包括的支援加算）：２－~~５~~４　ランクＭ		
				820100635	該当する状態（包括的支援加算）：３　頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態（包括的支援加算）：４　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態（包括的支援加算）：５　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態（包括的支援加算）：６　麻薬投薬を受けている状態		※
				820100638	該当する状態（包括的支援加算）：~~６~~７－１　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する１５歳未満の患者		
				820100639	該当する状態（包括的支援加算）：~~６~~７－２　出生時体重が１，５００ｇ未満であった１歳未満の患者		
				820100640	該当する状態（包括的支援加算）：~~６~~７－３　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが１０以上である患者		
				820100641	該当する状態（包括的支援加算）：~~６~~７－４　家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
68	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	820100318	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	ＰＡＰを装着する場合または予定している場合		
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		※
166	N	歯科矯正	歯科矯正相談料を前回算定した年月日を~~診断料~~相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料１前回算定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190276	歯科矯正相談料２前回算定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（調剤）

項番	区分	調剤行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
10	14の4	調剤後薬剤管理指導料１	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導~~加算料~~１）；（元号）ｙｙ“年”mm“月”ｄｄ“日”		※
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導~~加算料~~１）；*****		※
11	14の4	調剤後薬剤管理指導料２	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導~~加算料~~２）；（元号）ｙｙ“年”mm“月”ｄｄ“日”		※
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導~~加算料~~２）；*****		※

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

R6 項番	医薬品名 称	効能･効 果	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
~~151~~	~~メナクトラ筋注~~	~~―~~	~~本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ペグセタコプラン又はジルコプランナトリウム投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。~~	~~850600090~~	~~エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~―~~
				~~850600091~~	~~エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~―~~
				~~850600092~~	~~ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~―~~
				~~850600093~~	~~ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~―~~
				~~850600196~~	~~スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~
				~~850600197~~	~~スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~
				~~850600198~~	~~ペグセタコプラン投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~
				~~850600199~~	~~ペグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~
				~~850600200~~	~~ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~
				~~850600201~~	~~ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	~~※~~

別表Ⅳ　診療行為名称等の略号一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	略語	対応する記載欄
72	A100 A104の1 A105 A317	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）~~又は~~、専門病院入院基本料又は、~~特定一般病棟入院料~~を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（~~療養病棟入院料1の入院料1～30~~）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
~~73~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料B）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例B~~	~~「入院」欄~~
~~74~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料C）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例C~~	~~「入院」欄~~
~~75~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料D）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例D~~	~~「入院」欄~~
~~76~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料E）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例E~~	~~「入院」欄~~
~~77~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料F）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例F~~	~~「入院」欄~~
~~78~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料G）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例G~~	~~「入院」欄~~
~~79~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料H）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例H~~	~~「入院」欄~~
~~80~~	~~A100 A104の1 A105~~	~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料I）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例I~~	~~「入院」欄~~
439	A306	~~障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合~~ 特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特入管脳	「入院」欄
440	A306	~~障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合~~ 特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特入管脳	「入院」欄
~~547~~	~~A317~~	~~特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料1～30）の例により算定する入院料を算定した場合~~	~~療1例● （※●は1から30の算定する数字を記載）~~	~~「入院」欄「特定入院料・その他」の項~~

別表Ⅳ　診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略語	対応する記載欄
117	D002-6	口腔細菌定量検査２を算定した場合	口菌検２	~~X線・検査「菌検」欄~~ X線・検査 「その他」欄

（別添６）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
（令和６年３月５日保医発 0305 第８号）

133　血管内手術用カテーテル

(6)　血栓除去用カテーテル

ア　経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は、１回の手術に対し、３本を限度として算定する。

イ　経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ウ　経皮的血栓除去用・破砕吸引型及び脳血栓除去用を使用するに当たっては、関係学会の定める実施基準に準じること。

エ　脳血栓除去用・破砕吸引型については、ワイヤーを使用せず、カテーテルのみを使用して脳血栓の除去を行った場合は、脳血栓除去用・破砕吸引型は算定できず、直接吸引型として算定する。

オ　経皮的血栓除去用・破砕吸引型については、ワイヤーを使用せず、カテーテルのみを使用して血栓の除去を行った場合は、経皮的血栓除去用・破砕吸引型は算定できず、経皮的血栓除去用・標準型として算定する。