事　務　連　絡
令和６年５月 17 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及び官報掲載事項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４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。

また、令和６年３月５日付官報（号外第 49 号）に掲載された令和６年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添５のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「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）

（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１章　基本診療料
第２部　入院料等

第３節　特定入院料

１　特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、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及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）は、１回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間１回に限り算定できるものであり、１回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、~~小児~~新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、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及び精神科救急・合併症入院料については、前段の規定にかかわらず、１回の入院期間中に当該特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、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又は精神科救急・合併症入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度病状が悪化などして当該特定集中治療室、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理を行う治療室、総合周産期特定集中治療室（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、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又は精神科救急・合併症入院料を算定する治療室へ入院させた場合には、これを算定できるものとする。

Ａ３００　救命救急入院料

（８）　「注５」に規定する急性薬毒物中毒加算２については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、(~~５~~６)の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料

（７）　地域包括医療病棟入院料を算定した患者が退院又は退棟した場合、退院又は退棟した先について診療録に記載すること。

（９）　「注５」に規定する看護補助体制加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。

エ　当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料

(12)　「注３」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア　基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、①が 10 名以上かつ②が６単位以上である状態が２回連続した場合をいう。②の算出には、基本診療料施設基準通知の別添４第 11 の１(８)に示した式において「直近１か月間」とあるものを「直近６か月間」と読み替えた計算式を用いる。

①　前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）

②　直近６か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者（在棟中又は在室中に死亡した患者、入棟日又は入室日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する１日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ　基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの６か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、リハビリテーション実績指数が２回連続して 27 を下回った場合をいう。

①　退棟時又は退室時のＦＩＭ運動項目の得点から、入棟時又は入室時のＦＩＭ運動項目の得点を控除したもの。

②　各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの

［計算例］

① 前月までの６か月間に 50 人退棟し、入棟時にＦＩＭ運動項目が 50 点、退棟時に 80 点だったものが 30 人、入棟時にＦＩＭ運動項目が 40 点、退棟時に 65 点だったものが 20 人とすると、(80-50)×30＋(65-40)×20 ＝ 1,400

② 前月までの６か月間に 50 人退棟し、そのうち 30 人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 90 日）で実際には 72 日で退棟、残り 20 人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 150 日）で実際には 135 日で退棟したとすると、(72/90)×30 + (135/150)×20 = 42

従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝33.3 となる。

ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30 を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るＦＩＭの測定を行うこと。

① ＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下のもの

② ＦＩＭ運動項目の得点が 76 点以上のもの

③ ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下のもの

④ 年齢が 80 歳以上のもの

⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

エ 前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者（在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して 180 日まで算定できるものに限る。）の数の割合が４割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の 100 分の 30」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記

載する。

カ　在棟中又は在室中にＦＩＭ運動項目の得点が１週間で 10 点以上低下したものについては、リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟又は退室したものとみなすことができる。

第５節　処方箋料

Ｆ４００　処方箋料

(11)　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「Ｆ１００」処方料の(８)、(９)又は(10)に準じるものとする。ただし、(９)のウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上の場合を含む。）」と読み替えるものとする。

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

第２章　特掲診療料

第 12 部　歯冠修復及び欠損補綴

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ００３　印象採得

(10)　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、複数の歯冠補綴物~~又は欠損補綴物~~の製作に当たって、同日に印象採得を実施した場合も１回に限り算定する。

（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２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

特定集中治療室管理料の施設基準のうち１の(12)及び３の(5)については届出前３か月、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、及び精神科救急・合併症入院料~~及び精神科地域包括ケア病棟入院料~~の施設基準については届出前４か月、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４及び回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準については届出前６か月、精神科地域包括ケア病棟入院料の施設基準については届出前７か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前１年間の実績を有していること。

第４　経過措置等

２　精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

別添１

初・再診料の施設基準等

第２の３　地域包括診療加算

３　届出に関する事項

（２）　令和６年３月 31 日において現に地域包括診療加算の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、１の（３）、(10)又は(12)を満たしているものとする。

（３）　令和６年３月 31 日において現に地域包括診療加算の届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、１の（４）を満たしているものとする。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第１の２　急性期充実体制加算

１　通則

（３）　24 時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア　以下のいずれかを満たしていること。

（ロ）　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上~~、又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 6.0 件／年以上~~であること。

第 26 の４　データ提出加算

３　届出に関する事項

（６）　基本診療料の施設基準等第十一の~~十~~二十一及び二十二に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

別添４

特定入院料の施設基準等

第３　ハイケアユニット入院医療管理料

５　届出に関する事項

（５）　令和６年３月 31 日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和７年５月 31 日までの間に限り、１の（７）に該当するものとみなす。

第 19 の２　精神科地域包括ケア病棟入院料

１　精神科地域包括ケア病棟入院料に関する施設基準等

（９）　当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が~~常時~~１人以上配置されていること。

ただし、休日の日勤時間帯にあっては当該保険医療機関内に作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が１人以上配置されており、必要に応じて当該病棟の入院患者に作業療法、相談支援又は心理支援等を提供できる体制を有していればよいこととする。

歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に係る届出書添付書類

１　当該保険医療機関の滅菌の体制について

	概　　要	
滅菌体制 （該当する番号に〇）	１．診療室内に設置した滅菌器を使用 ２．中央滅菌部門において滅菌（病院の場合に限る） ３．外部の業者において滅菌（業者名：　　）	
１．に該当する場合は以下の事項について記載		
滅菌器	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌器の使用回数	１．１日１回　　２．１日２回 ３．１日３回以上５回未満　　４．１日５回以上	

２　当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に〇）

	概　　要
１日平均患者数 （歯科訪問診療の患者を含む）	１．１０人未満　　２．１０人以上２０人未満 ３．２０人以上３０人未満　　４．３０人以上４０人未満 ５．４０人以上５０人未満　　６．５０人以上

※　新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の~~7~~ 8月に当該様式により実績について届出すること。

３　当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概　　要	
歯科用ハンドピース （歯科診療室用機器に限る）	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※　歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称である機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

４　常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）に関する研修の受講歴等（４年以内の受講について記入すること。）

受講者名 （常勤歯科医師名）	研修名 （テーマ）	受講年月日	当該研修会の主催者

※4 年以内の受講を確認できるものを保管すること。

［記載上の注意］

〇　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。

（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

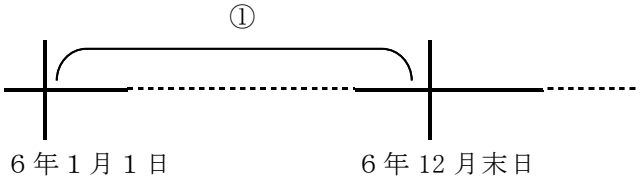
４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

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。

(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

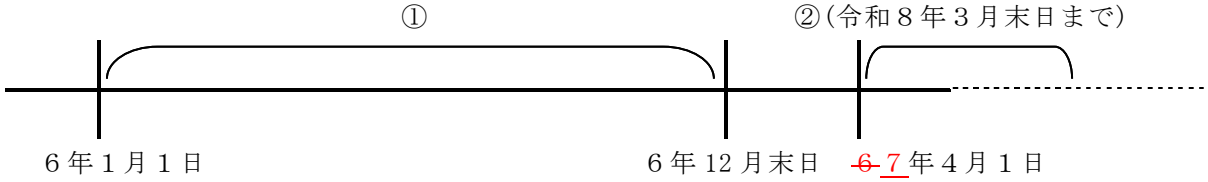
例１：イ（イ）による届出の場合

・令和６年１月１日から 12 月末日までの期間（下図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令和８年４月１日から令和９年３月 31 日まで（②）算定可



例３：イ（ハ）による届出の場合

・令和６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令和７年４月１日から令和８年３月末日まで（②）算定可



別添１

特掲診療料の施設基準等

第６の８　地域包括診療料

３　届出に関する事項

（２）　令和６年３月 31 日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和６年９月 30 日までの間に限り、１の（３）、（９）又は(11)を満たしているものとする。

（３）　令和６年３月 31 日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月 31 日までの間に限り、１の（４）を満たしているものとする。

第 15　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

３　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

直近３月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月 31 日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が 2,100 回未満であること。なお、次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする。

（３）　当該保険医療機関において、直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（特掲診療料の施設基準等の別表第７に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く。）の割合が７割以下であること。

第 92　地域支援体制加算

１　地域支援体制加算に関する施設基準

（１）　以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア　地域支援体制加算１

(ニ)　(ロ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。

・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２及び吸入薬指導加算（文書により情報提供した場合に限る）

・　調剤後薬剤管理指導料

・　服用薬剤調整支援料２

・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければな

らないこと。）

3　届出に関する事項

（1）　地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の３及び様式 87 の３の２を用いること。ただし、当年６月１日から翌年５月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の５月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。

様式19の2　　（ 新規届出 ・ 取り下げ ）

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。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準

1．直近3月間の訪問診療の実施回数等について

（実績の期間：　年　月　日　～　年　月　日）

（1）届出対象医療機関	
訪問診療の実施回数	（　　）回
（2）特別な関係の医療機関（令和6年3月31日以降に開設されたものに限る。） ※特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。	
1　訪問診療の実施回数	（　　）回
2　医療機関数	（　　）機関
3　特別な関係の医療機関の詳細	

／	合算した保険医療機関の名称	開設者
①		
②		
③		
④		
⑤		

※記載欄が足りない場合には適宜行を追加すること。

2.届出医療機関の実績等について

（1）　直近1年間に文書による患者の紹介を受けて訪問診療を開始した実績

（実績の期間：　年　月　日　～　年　月　日）

／	紹介元の保険医療機関の名称	紹介を行った医師	紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			

※5件を超える場合は、直近の5件のみを記載すること。

（2）　看取り等の実績	
1　直近1年間の看取りの実績	（　　）件
2　直近3か月の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅診療実績	（　　）件
（3）　直近3月間の診療実績等	
①　在宅時医学総合管理料を算定した患者数	名
②　施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数	名
③　②のうち、別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等の数（ただし、令和6年3月に施設総管を算定した患者を含める場合は、④を7割以下とするための計画書を添付すること。（令和7年3月31日までの間に限る。））	名
④　施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（③を除く）の割合　【（②－③）／（①＋②）】	%
⑤　①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者等の数	名
⑥　要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者等の割合　【⑤／（①＋②）】	%

［記載上の留意事項］

1　この届出は、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。）に規定する基準を満たさなくなった月の翌月に届出を行うこと。

2　2の（2）の2は、3回以上の定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002－2」施設入居時等医学総合管理料を算定している件数を記載すること。

3　届出の提出後に基準を満たすことになった場合には、実績を記載の上、取り下げを行うこと。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ

2　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）

□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	指定日	令和　　年　　月　　日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）		
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出		
□	その他　（　　）		

3　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無（医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	□あり（様式 87 の２の添付が必要） □なし

4　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）

ア　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無※1 ※１　ウの（イ）から（ニ）までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。	□なし →「５」へ □あり
イ　特別な関係を有する保険医療機関名	名称： □病院　　□診療所
ウ　下記の（イ）から（ニ）のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する	
（イ）　保険医療機関と不動産の賃貸借取引	□なし　　□あり※2
（ロ）　保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	□なし　　□あり※2
（ハ）　保険薬局が所有する設備の貸与	□なし　　□あり
（ニ）　保険医療機関による開局時期の指定	□なし　　□あり※2
エ　特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数	回
オ　特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率	%

※２　病院と平成 28 年 10 月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間で「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」（令和６年３月５日保医発 0305 第６号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添１の「第 88 の４　特別調剤基本料Ａ」の２の（２）に示すア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年４月１日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。

また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年９月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年３月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。

５　同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）		
	ア　薬局グループへの所属の有無	□所属していない（個店） →「６」へ □所属している
	イ　所属するグループ名	
	ウ　同一グループの保険薬局数（①）	
	エ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
	オ　特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	□なし　□あり

６　処方箋の受付回数及び集中率等 期間：　年　月　～　年　月　（　か月間③）			
（１）全処方箋受付回数等			
	ア　全処方箋受付回数（④）		回
	イ　アのうち、主たる（処方箋受付回数が第１位の）保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）		回
	ウ　主たる保険医療機関名		
	エ　処方箋集中率（⑥）		%
	オ　~~アの全~~１月あたりの処方箋受付回数（④/③）が4000回を超える場合下記のカからケを記載する。	□　4000回を超えていない →「６」の（２）へ □　4000回を超える	
		処方箋受付回数が第２位の医療機関	処方箋受付回数が第３位の医療機関
	カ　保険医療機関名		
	キ　アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
	ク　それぞれの保険医療機関の処方箋集中率	%（⑨）	%（⑩）
	ケ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	
（２）同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料２の該当性）			
	ア　同一建物内の保険医療機関の有無	□なし　→「（３）」へ □あり	
	イ　同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
	ウ　イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	回	
（３）主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料２の該当性）			
	ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	□なし　→記載終了 □あり	
	イ　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑭）	施設	
	ウ　イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑮）	回	
	エ　⑤と⑮を合計した処方箋受付回数（⑯）	回	

（参考）

調剤基本料の区分については、以下のＡからＥに基づき判定し、表の「１」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

Ａ　医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「３」の「あり」に☑）

該当　→調剤基本料１に該当

該当しない　→Ｂへ

Ｂ　特別調剤基本料Ａへの該当性

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「４」でアで「なし」に☑）
→Ｃへ

・保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「４」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率(「４」のオ)が 50%を超える

該当　→特別調剤基本料Ａに該当

該当しない　→Ｃへ

Ｃ　調剤基本料３への該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→Ｄ－１へ

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→Ｃ－３へ

・300 未満　→(３)へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・３万５千回以下　→Ｄ－１へ

・３万５千回を超え、４万回以下　→Ｃ－１へ

・４万回を超え、40 万回以下　→Ｃ－２へ

・40 万回を超える　→Ｃ－３へ

Ｃ－１　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：３万５千回を超え、４万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に☑）

・処方箋集中率(表の⑥)が 95%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－２　同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の１月当たりの処方箋受付回数：４万回を超え、40 万回以下

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　イに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に「☑」）

・処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｃ－３　同一グループの保険薬局数：300 以上又は

グループ内の１月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

・次のいずれかに該当　→調剤基本料３　ロに該当

・保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「５」のオの「あり」に「☑」）

・処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｄ－１へ

Ｄ－１　調剤基本料２への該当性１

・１つの保険医療機関からの１月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤/③）：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－２へ

Ｄ－２　調剤基本料２への該当性２

・同一建物内に保険医療機関がない（表の「６」の（２）のアの「なし」に「☑）

→Ｄ－３へ

・同一建物内に保険医療機関がある（表の「６」の（２）のアの「あり」に「☑）

・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数（表の⑬/③）：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－３へ

Ｄ－３　調剤基本料２への該当性３

・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「６」の（３）のアの「なし」に「☑）

→Ｄ－４へ

・主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「６」の（３）のアの「あり」に「☑）

・当該保険医療機関からの１月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑮/③）：4,000 回を超える

該当　→調剤基本料２に該当

該当しない　→Ｄ－４へ

Ｄ－４　調剤基本料２への該当性４

・次の a,b のいずれかに該当　→調剤基本料２に該当

a）１月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

・4,000 回を超え、かつ、70%を超える

・2,000 回を超え、かつ、85%を超える

・1,800 回を超え、かつ、95%を超える

b) １月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（表の⑪）が 70%を超える

・いずれにも該当しない　→Ｅ－１へ

Ｅ　調剤基本料３のハへの該当性

（１）　薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→調剤基本料１に該当

（２）　同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・300 以上　→調剤基本料３のハに該当

・300 未満　→（３）へ

（３）　同一グループの１月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・40 万回を超える　→調剤基本料３のハに該当

・40 万回以下　→調剤基本料１に該当

［記載上の注意］

１　「２」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

２　「２」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

３　「２」については、令和６年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和６年度改定に伴う届出」と記載する。

４　「３」については、注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

５　「４」については、特掲診療料施設基準通知の別添１の「第 88 の４　特別調剤基本料Ａ」により判断する。

６　「５」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年４月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。

７　「５」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添１の「第 88 の３　調剤基本料３」の２の（５）により判断する。

８　「６」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、９のアからウの本文に該当する場合を除く。）。

９　「６」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。

ア　時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

ウ　居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）

10　「６」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④、同様に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、「６」の⑨については⑦／④、「６」の⑩については⑧／④として計算する。

11　「６」の⑫について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑬については、⑤を含めて記載する。

様式 87 の３の２

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分 （いずれかに〇）	（　）	地域支援体制加算１
	（　）	地域支援体制加算２
	（　）	地域支援体制加算３
	（　）	地域支援体制加算４

２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）			回
３　各基準の実績回数 以下の(1)から(10)までの 10 の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。 地域支援体制加算１　　：(4)を含む３つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算２・４：いずれか８つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算３　　：(4)と(7)を含む３つ以上を満たすこと。			
処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　　年　　月　　～　　年　　月 ※下記（　）内は各加算の実績基準を示す		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※1	保険薬局における実績の合計
（　）	(1)時間外加算等及び夜間・休日等加算 （加算１または２：40 回、加算３または４：400 回）	回	回
（　）	(2)麻薬の調剤回数 （加算１または２：１回、加算３または４：10 回）	回	回
（　）	(3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 （加算１または２：20 回、加算３または４：40 回）	回	回
（　）	(4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料（加算１又は２：20 回、加算３又は４：40 回）	回	回
（　）	(5)外来服薬支援料１ （加算１又は２：１回、加算３又は４：12 回）	回	回
（　）	(6)服用薬剤調整支援料（加算の区分によらず１回）	回	回
（　）	(7)単一建物診療患者が１人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 （加算１又は２：24 回、加算３又は４：24 回）	回	回
（　）	(8)服薬情報等提供料等 （加算１又は２：30 回、加算３又は４：60 回）	回	回
（　）	(9)小児特定加算（加算の区分によらず１回）	回	回
※１　直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。			
保険薬局当たりの基準			保険薬局における実績の合計
（　）	(10)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 （加算１又は２：１回、加算３又は４：５回）		回

［記載上の注意］

１　「２」の「保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近１年間の実績を記載する。施設基準に適合するとの届出をした後は、前年５月１日から当年４月末日までの実績で判断する。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。また、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

２　「３」の「各基準に①を乗じて１万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数１万回を使用して計算する。

３　「３」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「３」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。

４　「３」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。

(1)①時間外加算等：薬剤調製料の「注４」の時間外加算、休日加算及び深夜加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注５」の夜間・休日等加算

(2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注３」の麻薬を調剤した場合に加算される点数

(3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注３」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料

(5)外来服薬支援料１（外来服薬支援料２は除く。）

(6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料１及び２

(7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。

①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費

(8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。

①服薬管理指導料の「注６」の特定薬剤管理指導加算２及び「注 10」の吸入薬指導加算（文書により情報提供した場合に限る）、②調剤後薬剤管理指導料、③服用薬剤調整支援料２、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

(9)服薬管理指導料の「注９」、かかりつけ薬剤師指導料の「注７」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注６」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注５」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注５」にかかる小児特定加算。

５　「３」の(10)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも 10 までの記載とすること。

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）

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（　　％／年度）※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）	%

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）

官報掲載事項の一部訂正

【令和６年３月５日（号外第 49 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 57 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 Ｂ００１　特定疾患治療管理料 23　がん患者指導管理料 注６	６　ハについて、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Ｂ００１－２－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、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に掲げる処方箋料の注６に規定する加算は、別に算定できない。	６　ハについて、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Ｂ００１－２－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、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６に規定する加算又は区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注５に規定する加算は、別に算定できない。