

保医発 0305 第 6 号
令和 8 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 殿
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

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」（令和 8 年厚生労働省告示第 6 9 号）等が公布され、令和 8 年 6 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 及び調剤報酬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等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

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」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）は、令和 8 年 5 月 31 日限り廃止する。

- ツ 水痘
 - テ 先天性風しん症候群
 - ト バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
 - ナ バンコマイシン耐性腸球菌感染症
 - ニ 百日咳
 - ヌ 風しん
 - ネ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
 - ノ 無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）
 - ハ 薬剤耐性アシネトバクター感染症
 - ヒ 薬剤耐性緑膿菌感染症
 - フ 流行性耳下腺炎
 - ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症
 - ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症
 - マ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症
 - ミ クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
 - ム 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症
- (2) (1)のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ、ヒ、ミ及びムについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。
- (3) 特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、医師が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、陰圧室に入院した者である。なお、陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）
 - イ 麻しん
 - ウ 新型コロナウイルス感染症
 - エ 水痘
 - オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症
 - カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症
 - キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症
- (4) 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。
- (5) 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあつては、病室及び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）又は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認及び点検を定期的実施すること。
- (6) 個室加算は、HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算及び無菌治療室管理加算と併せて算定できない。

A220-3 特定薬剤治療環境特別加算

- (1) 特定薬剤治療環境特別加算の対象となる者は、遺伝子組換え生物等の使用等の規制によ

る生物の多様性の確保に関する法律（以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要なものとして薬事承認を得ている薬剤を使用する目的で、個室に入院した者である。なお、個室管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

- (2) カルタヘナ法に基づく管理が必要と定められている薬剤とは、オナセムノゲン アベパルボベク、テセルパツレブ、ボレチゲン ネパルボベク、ベレマゲン ゲペルパベク及びデランジストロゲン モキセパルボベクをいう。
- (3) カルタヘナ法に基づく管理のために医薬品又は再生医療等製品の製造販売業者（以下、「医薬品等製造販売業者」という。）が特に必要と判断した物品については、医薬品等製造販売業者が保険医療機関に給付することとし、保険医療機関が各施設の構造上等の理由により、個別に必要性を判断した環境整備に係る衛生材料及びカルタヘナ法に係る対応に関わらず一般的に使用される衛生材料の費用については、当該加算に含まれる。
- (4) 特定薬剤治療環境特別加算は、H I V感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算及び無菌治療室管理加算と併せて算定できない。

A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算

- (1) 重症者等療養環境特別加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者である。
 - ア 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者
 - イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者
- (2) インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。
- (3) 当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、3年間保存しておくこと。

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算

- (1) 小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であって、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。
 - ア 麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
 - イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
- (2) 当該加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

A 2 2 1 - 3 産科管理加算

産科管理加算は、母子の安定・安全に配慮した産科病棟等の管理とともに、産後ケア事業等の母子保健事業との連携等、妊娠中・産後を含む継続ケアへの対応を行う体制を評価したものであり、分娩を伴う入院中に当該産科管理を行った場合（分娩が開始した日以降に限る。）に、1日につき所定点数を算定する。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算

- (1) 療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を

ムが必要な疼痛管理を行った場合に、手術日の翌日から起算して3日を限度として、所定点数に加算する。

- (3) 術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき、術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、必要に応じて当該患者の診療を行う医師及び術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携して対応すること。

A 2 4 3 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、当該体制を有する医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

A 2 4 3 - 2 バイオ後続品使用体制加算

- (1) バイオ後続品使用体制加算は、バイオ後続品の品質、有効性、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している保険医療機関であって、当該保険医療機関の調剤したバイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である保険医療機関において、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用する患者について、退院の日に1回に限り算定する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 病棟薬剤業務実施加算は、当該保険医療機関の病棟等において、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病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟又は治療室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、病棟薬剤業務実施加算1及び病棟薬剤業務実施加算2にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算3にあつては1日につき所定点数に加算する。ただし、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週を限度として加算できる。
- (2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」及び「2」については、「A100」一般病棟入院基本料、「A101」療養病棟入院基本料、「A102」結核病棟入院基本料、「A103」精神病棟入院基本料、「A104」特定機能病院入院基本料、「A105」専門病院入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「A307」小児入院医療管理料のい

ずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「3」については、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、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算定する。

(3) 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、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）に関する情報、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 緊急安全性情報、安全性速報
- 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等に添付すること。

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 特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合は、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。

(4) 病棟薬剤業務の実施に当たっては、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っては、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等にも記録すること。

ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治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。

- (5) 「注2」に規定する薬剤業務向上加算は、さらなるチーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の充実した研修体制を整備した医療機関において病棟薬剤業務を実施することを評価するものである。
- (6) 薬剤業務向上加算は、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（支）局に届け出た保険医療機関において、薬剤師が（3）に掲げる病棟薬剤業務を実施している場合に週1回に限り所定点数に加算する。

A 2 4 5 データ提出加算

- (1) 厚生労働省が実施する「DPCの評価・検証等に係る調査」（以下「DPC調査」という。）の退院患者調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、医療機関毎に公開されるものである。

また、提出されたデータは、入院医療等を担う保険医療機関の機能や役割の分析・評価等や健康保険法第150条の2第1項の規定に基づき、厚生労働省が行う匿名診療等関連情報の第三者提供のために適宜活用されるものである。

- (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) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局宛てに、DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。ただし、「A207-5」電子的診療情報連携体制整備加算の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。
- (4) データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの

処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。

(4) 精神疾患診療体制加算2は、当該保険医療機関の精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から3日以内に1回に限り算定すること。

(5) (4)において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。

イ 過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ 医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者

ハ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

(6) 精神疾患診療体制加算2を算定した場合には、「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算及び「I001」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して4日目以降に限り、「I001」入院精神療法を算定することができる。

A249 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

A250 薬剤総合評価調整加算

(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導及び転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。

ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、(7)の関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。

イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更

に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。

オ イ、ウ及びエを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施するほか、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。

カ (7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

キ 入院前における処方内容の変更又は中止に関する情報や、変更後又は中止後の患者の状態等に関する情報について、「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）の様式等を参照して情報提供文書を作成し、転院時又は退院時に、患者又はその家族に交付するとともに、当該患者に対して継続して治療等を行う保険医療機関及び保険薬局並びに当該患者が入所する介護保険施設等（介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設、同条第27項に規定する介護老人福祉施設、同条第28項に規定する介護老人保健施設又は同条第29項に規定する介護医療院）のうち少なくとも1つに当該情報提供文書を提供すること。

- (2) 「注1のイ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものについて、算定する。この場合において、「特に規定するもの」として、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。
- (3) 「注1のロ」については、精神病棟に入院中の患者であって、入院時又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、算定する。
- (4) 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、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。
- (5) 「注1のロ」及び「注2のロ」に規定する抗精神病薬の種類については、第2章第5部第2節(3)イにおける抗精神病薬の種類と同様の取扱いとする。
- (6) 医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要な応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要に応じ医師に情報提供を行う。
- (7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。
- (8) 患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高

齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」（日本老年医学会、日本老年薬学会）等を参考にすること。

- (9) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。
- (10) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙様式36の2に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で1,000mg以上減少した場合を含めることができる。
- (11) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (12) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、「B008-2」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (13) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、当該保険医療機関で薬剤調整加算又は「B008-2」薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

A251 排尿自立支援加算

- (1) 排尿自立支援加算は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。
- (2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
- (3) 病棟の看護師等は、次の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。
 - ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。
 - イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。

う際には、患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

B001-2-6 救急外来医学管理料

- (1) 救急外来医学管理料は、救急外来を受診した患者に対する初期診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急医療を24時間提供できる体制を確保した上で行われる救急外来診療を評価するものであり、救急医療機関（医療法第30条の4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救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、「1」については、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。以下この項において同じ。）及び救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。以下この項において同じ。）により搬送された患者に対して、「2」については、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。以下この項において同じ。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（「1」の対象となる患者を除く。）に対して、必要な医学管理が行われた場合に、各区分の所定点数を算定する。ただし、救急搬送医学管理料2、夜間休日救急医学管理料2及び救急外来医学管理料の「注3」に掲げる救急外来緊急検査対応加算2（以下「管理料2等」という。）を届け出る保険医療機関であっても、救急外来診療を応需する時間帯としてそれぞれの施設基準を満たす体制をとる時間帯に限り、必要な医学管理が行われた場合に管理料2等を算定し、当該保険医療機関においてそれぞれの施設基準を満たす体制をとる時間帯以外の時間帯においては、救急搬送医学管理料3又は夜間休日救急医学管理料3を、それぞれの算定要件に従い算定する。

なお、夜間とは午後6時から午前8時までとし、深夜とは、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、当該標榜時間に含まれる時間帯においては「2」に規定する夜間休日救急医学管理料は算定できない。

- (2) 「注4」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、時間外、深夜又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。

イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

- (3) 「注5」に規定する救急時医療情報取得加算における意識障害の患者とは次に掲げる者をいう。

ア 意識障害レベルがJCS(Japan Coma Scale)でII-10以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で12点以下の患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- (4) 「注6」に規定する時間外救急搬送加算の対象患者は、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者とする。なお、祝日は、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいい、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、「土曜日、日曜

日又は祝日」として取り扱う。

- (5) 「注7」に規定する院内トリアージ実施体制加算については、専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により、時間外、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者を除く。）に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている保険医療機関において診療を行った場合に、当該患者（「2」を算定する患者に限る。）について、院内トリアージ実施体制加算の施設基準に定める体制が確保されている時間帯に限り算定する。なお、院内トリアージを行う際には、患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- (1) 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。
- (2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を1週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
- (4) 外来リハビリテーション診療料2の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを2週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
- (6) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。
- (7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を

に記載する。

- (5) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「イ 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。
- ア 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと。
 - イ 他の保険医療機関との連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
 - ウ 患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
 - エ 患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと。
 - オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
 - カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。
 - キ かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式 10 を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ク キの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。
- (7) 小児かかりつけ診療料を算定した場合は、「B001-2」小児科外来診療料は算定できない。
- (8) 小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- (9) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者及び新型コロナウイルス感染症の患者又は新型コロナウイルス感染症が疑われる患者については、算定できない。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有す

る専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。

- (2) 「1」の「イ」の(1)若しくは(2)、「2」の「イ」の(1)若しくは(2)又は「3」の「イ」の(1)若しくは(2)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の(3)若しくは(4)、「2」の「イ」の(3)若しくは(4)又は「3」の「イ」の(3)若しくは(4)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- (3) 同日中に、「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による抗悪性腫瘍剤の投与と、その他の方法による抗悪性腫瘍剤の投与を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。この場合には外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関は、連携する外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関名及び情報提供に係る文書を受理した日付を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- (5) 外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。

なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

ア 化学療法を初めて実施する場合、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。

イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導

を行った薬剤師が、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）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

- (6) 抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。
- (7) 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して 24 時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。
- (8) 外来腫瘍化学療法診療料 1 は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（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算定できる。
- (9) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に 1 回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- (10) 「注 8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料 1 を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料 1 のイの（1）又は（2）を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月 1 回に限り算定する。

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

（イ） 患者に実施しているレジメン

（ロ） 当該レジメンの実施状況

（ハ） 患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

（ニ） 主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

（ホ） その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。

ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

- (11) 「注9」に規定するがん薬物療法体制充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)又は(2)を算定する患者に対して(5)のイ及びウに掲げる業務について、医師の指示を受けた薬剤師による業務のうち、医師の診察前に服薬状況、副作用の有無等の情報を患者から直接収集し、評価を行った上で、当該医師に当該患者に係る情報提供、処方提案等を行った場合は、月1回に限り100点を所定点数に加算する。なお、必要に応じて、医師の診察後においても、抗悪性腫瘍剤、副作用に対する薬剤等の使い方等について、適宜患者に対して説明を行うこと。

B001-3 生活習慣病管理料(I)

- (1) 生活習慣病管理料(I)は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 生活習慣病管理料(I)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書(療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。以下同じ。)により丁寧に説明を行い、患者の同意を得た場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (3) 当該患者の診療に際して行った「A001」の「注8」に規定する外来管理加算、第1部医学管理等(「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。以下この項において同じ。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。また、生活習慣病管理料(I)を算定した月において、生活習慣病管理料(I)の算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、第1部医学管理等、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は算定できない。なお、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において診療を行った場合の「A001」の「注8」に規定

療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

- (6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。
- (7) 「注5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

B001-10 心不全再入院予防継続管理料（1日につき）

- (1) 心不全再入院予防継続管理料は、心不全（慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全。以下この区分において単に「心不全」という。）の早期治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全を主病として入院した患者に対して、早期から治療等を実施した場合について評価を行うものである。心不全を主病として入院した患者に対して、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師又は保健師及び管理栄養士（以下「心不全再入院予防チーム」という。）が、関係学会より示されているガイドラインに基づいて患者の心機能の評価、原疾患の精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に、「1」については入院中に1回、「2」及び「3」については初回算定日より1年を限度として月に1回に限り算定する。
- (2) 「1」について、心不全を主病とし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（支）局長に届け出た病棟に入院した患者であって、アからウまでを満たす場合に算定できる。
- ア 心不全に対し、関係学会より示されているガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること。
- イ 当該入院中に「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料若しくは「A301-4」小児特定集中治療室管理料に掲げる早期離床・リハビリテーション加算又は「H000」心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。
- ウ 当該入院中に「B001」の「10」入院栄養食事指導料又は「B008」薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。
- (3) 「2」については、初回算定日の6月以内に「1」を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、関係学会より示されているガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導（以下「療養指導等」という。）のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する日に実施した外来栄養食事指導料、在宅療養指導料及び心大血管疾患リハビリテーション料に定める指導は当該療養指導等に含まれるものとし、別途算定できない。
- (4) 「3」については、初回算定日の6月以内に「1」又は「2」を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、関係学会より示されているガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した

場合に算定する。

- (5) 当該管理を実施すべき指導の実施に当たっては、心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成する。当該管理を実施する心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載する。
- (6) 「1」を算定した患者が退院し、入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合について、「1」を算定した同一月において「2」は算定できない。
- (7) 「B000」特定疾患療養管理料（心不全を主病とする場合に限り。）及び「B001-2-9」地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は同月内に算定できない。また、「2」については、同一の患者につき、「B001」の「9」外来栄養食事指導料、「B001」の「11」集団栄養食事指導料、「B001」の「13」在宅療養指導料に、心大血管疾患リハビリテーション料は、同一日に算定できない。

B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料

- (1) 遺伝性疾患療養指導管理料の「1」は、難病に関する検査（「D006-4」遺伝学的検査、「D006-20」角膜ジストロフィー遺伝子検査、「D006-26」染色体構造変異解析及び「D006-30」遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」のうち、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限り。）及び「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査をいう。以下同じ。）若しくは病理診断（「N005-4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限り。）をいう。以下同じ。）の実施前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該検査又は病理診断の目的並びに当該検査又は病理診断の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を行うとともに、その内容を文書により交付した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- (2) 遺伝性疾患療養指導管理料の「2」の「イ」は、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の実施後に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該検査又は病理診断の結果に基づいて療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。この場合、当該検査又は病理診断を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 遺伝性疾患療養指導管理料の「2」の「ロ」は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対し、生活状況の変化等を踏まえ、当該検査又は病理診断の結果に基づいて、新たに療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。この場合、(2)に規定する行為を行った年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

回に限り算定する。

- (3) 当該カンファレンスは、1者以上が患者に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。
- (4) (3)において、患者の個人情報当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、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」に対応していること。
- (5) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、「A000」初診料、「A001」再診料、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)は併せて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。
なお、当該指導とは、「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同日に行う場合には、当該指導を行った日において「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を併せて算定することは可能であること。
- (6) 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。
- (7) 当該カンファレンスは、原則として患者で行うこととするが、患者又は家族が患者以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (8) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

C012 在宅患者共同診療料

- (1) 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。
- (2) 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。
- (3) 15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合については、当該診療料を1年に12回算定することができる。

C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料

- (1) 訪問診療薬剤師同時指導料は、薬剤師との連携による在宅患者の適切な処方推進する観点から、当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬

剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方調整等の必要な対応を共同して行うことを評価するものである。

- (2) 在宅医療における薬剤師との同時訪問を実施するに当たっては、患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。なお、医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。
- (3) 訪問診療薬剤師同時指導料を算定する場合は、医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

- (1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
- (2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既に DESIGN-R2020 による深さの評価が d2 以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを有する者をいう。
 - ア 重度の末梢循環不全のもの
 - イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
 - ウ 強度の下痢が続く状態であるもの
 - エ 極度の皮膚脆弱であるもの
 - オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- (3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に

- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者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、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬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」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。
- ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第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（同法別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないが、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。
- なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。
- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 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、それぞれの処方につき処方料を算定する。
- (3) 「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3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「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(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」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向精神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。
- なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。
- (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既に向精神薬多剤投与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か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の連続した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回以内のものをいう。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ついても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の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紙様式39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め、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提供、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F0からF9まで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。

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病薬の種類については、別紙様式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、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の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。

(4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、「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、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

- (5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。
- ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。
- イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。
- (7) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、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。
- (8) 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。
- (9) 特定疾患処方管理加算
- ア 特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患（以下、この項において「特定疾患」という。）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、それに基づく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 同一暦月に「F100」処方料と「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、「F100」処方料又は「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。
- ウ 当該加算は、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。
- エ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっ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っている診療科においてのみ算定する。
- オ 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。
- カ 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っ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。
- (10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算
- ア 「注6」に規定する抗悪性腫瘍剤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く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 同一暦月に「F100」処方料と「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、「F100」処方料又は「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

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。

(11) 「注7」については、「A000」初診料の「注2」又は「注3」、「A002」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、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、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、甲状腺の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 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全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偽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、楓糖尿症、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 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合

(12) 「注8」に規定する地域支援・外来医薬品供給対応体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

(13) 「注9」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い（No.11 2017年3月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

(14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場

合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の1日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を変服に変更した場合が含まれること。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

- (1) 「注2」については、「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
- (2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方という。
- (3) 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、それぞれの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が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 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
 - イ 固形剤と内用液剤の場合
 - ウ 内服錠とチュアブル錠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、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。
- (5) 特別入院基本料等を算定する病棟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等を算定する病棟を有する病院となる以前から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、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。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という。
 - (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
 - (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに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処方の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種類以上の場合に行い、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週間以内のものをいい、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、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、「F100」処方料の(11)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、ビタミンを含有する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られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の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、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）

(ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察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、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、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。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

(1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないが、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出

を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2) 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養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は3回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。

(3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方箋を交付した場合は、1回として算定する。

(4) 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箋料を算定することができる。

(5) 「1」については、「F100」処方料の(3)に準じるものとする。

(6) 「2」において、処方箋料における内服薬の種類については、「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、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(7) 「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、処方箋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の取扱いについては「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(8) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、「F100」処方料の(6)に準じるものとする。

(9) 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箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10) 「注2」については、「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

(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。

- (12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品の個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、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。

- (13) 「注7」については、「F100」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

- (14) 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「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文書を診療録等に添付する。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（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な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）に限られる。

- (15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

- (16) 「注8」において、「直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「00」調剤基本料の4に規定する特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。

ア 直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。

イ 保険薬局(調剤点数表「00」の4に規定する特別調剤基本料Aを算定しているものに限る。)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。

ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の2の2の(3)の取扱いに準じる。

G 0 1 2 - 2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

G 0 1 6 硝子体内注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 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 日以内に硝子体内注射が行われた場合に限り算定できる。

G 0 1 7 腋窩多汗症注射（片側につき）

同一側の 2 箇所以上に注射を行った場合においても、1 回のみ算定とする。

G 0 1 8 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）

当該注射の実施に当たっては、関連学会の定める手引きを遵守すること。

第 2 款 無菌製剤処理料

G 0 2 0 無菌製剤処理料

- (1) 無菌製剤処理とは、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関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、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、脳脊髄腔注射、点滴注射又は薬液膀胱内注入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 6 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（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品等）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

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。

- (3) 無菌製剤処理料 1 のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、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) 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。
- (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、骨髄異形成症候群、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、無菌治療室管理加算若しくは HIV 感染者療養環境特別加算を算定するもの又はこれらの患者と同等の状態にあるもの

- 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
- (6) 「注2」の投与時閉鎖式接続器具使用加算は、無菌製剤処理料1のうちイの対象患者に対し、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、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い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第7部 リハビリテーション

<通則>

- 1 リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。
- 2 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なものの費用は、算定できない。
- 3 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。
- 4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21又はこれに準じたりハビリテーション実施計画書（令和8年度改定前の「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」（令和6年3月5日保医発0305第4号）の別紙様式21（当該様式を参考としたものを含む。）を使用して差し支えない。）をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注6」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注7」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士により説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。ただし、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料又は「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している

4」、「K514-2」、「K529」、「K529-2」、「K529-3」、「K529-5」、「K653の2」、「K653の3」、「K655の2」、「K655-2の2」、「K655-2の3」、「K655-4の2」、「K655-5の2」、「K655-5の3」、「K657の2」、「K657の3」、「K657-2の2」から「K657-2の4」まで、「K675」、「K675-2」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K695-2」、「K700-2」、「K700-3」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」、「K704」、「K721-4」、「K740」、「K740-2」、「K773」から「K773-3」まで、「K773-5」、「K773-6」、「K803」から「K803-3」まで、「K833」、「K843」から「K843-4」まで、「K879」、「K879-2」又は「K889」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

N007 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

第14部 その他

<通則>

- 1 処遇の費用は、第1節ベースアップ評価料等の各区分の所定点数により算定する。
- 2 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（以下「外来・在宅ベースアップ評価料」という。）を算定することができる。ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ外来・在宅ベースアップ評価料を算定する。
- 3 物価対応の費用は、第2節物価対応料の各区分の所定点数により算定する。
- 4 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において歯科外来物価対応料又は外来・在宅物価対応料を算定することができる。ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ所定の物価対応料を算定する。

第1節 ベースアップ評価料等

〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料

看護職員処遇改善評価料は、地域で一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞入手術等基本料(「A400」の「1」短期滞入手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。

〇〇〇1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)は、当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下「対象職員」という。以下この節において同じ。)の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診又は訪問診療(以下この節において「初診等」という。)を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した場合に限り、算定できる。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「2」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞入手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「3」の「イ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料(ただし、訪問診療を行った場合に限る。)を算定した場合に限り、算定できる。
- (5) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「3」の「ロ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定した場合に限り、算定できる。

〇〇〇2 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)は、当該保険医療機関の対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できる。
- (2) 「イ」の「初診又は訪問診療を行った場合」については、「〇〇〇1」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」又は「3」を算定した場合に算定できる。

- (3) 「ロ」の「再診時等」については、「〇〇〇1」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「2」を算定した場合に算定できる。

〇〇〇3 入院ベースアップ評価料

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。

第2節 物価対応料

〇100 物価対応料

- (1) 外来・在宅物価対応料は、当該保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診又は訪問診療を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅物価対応料の「イ」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した場合に限り、算定できる。
- (3) 外来・在宅物価対応料の「ロ」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (4) 外来・在宅物価対応料の「ハ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は「C003」在宅がん医療総合診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (5) 入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。なお、「A100」一般病棟入院基本料、「A102」結核病棟入院基本料並びに「A103」精神病棟入院基本料における夜勤時間特別入院基本料及び「A102」結核病棟入院基本料における重症患者割合特別入院基本料に係る入院物価対応料については、届出を行っている入院基本料の区分に従い所定点数を算定する。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料