

日 薬 業 発 第 387 号  
平成 30 年 3 月 30 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会  
副 会 長 森 昌 平

平成 30 年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その 4）  
（疑義解釈資料その 1 等のご送付）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

平成 30 年度診療報酬（調剤報酬）改定に伴う関係通知が発出されたことにつきまして、平成 30 年 3 月 27 日付け日薬業発第 377 号にてお知らせいたしましたが、厚生労働省保険局医療課より、別添のとおり本日付けで疑義解釈資料等が発出されたとの連絡がありました。

これら関係通知につきましては厚生労働省ホームページからも入手できます。貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

<別添>

○平成 30 年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その 4）（平成 30 年 3 月 30 日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課）

○厚生労働省ホームページ「平成 30 年度診療報酬改定について」  
厚生労働省トップページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 平成 30 年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

事務連絡  
平成30年3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)  
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)  
(別記)関係団体

} 御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知等について(その4)

平成30年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されますことを申し添えます。

(別紙)

| 名称  | 番号・日付                    |
|---|--------------------------|
| 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について | 平成30年3月30日<br>保医発0330第2号 |
| 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について                      | 平成30年3月30日<br>保医発0330第3号 |
| 平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について                  | 平成30年3月30日<br>事務連絡       |
| 疑義解釈資料の送付について(その1)  | 平成30年3月30日<br>事務連絡       |

<抄>

保医発0330第2号  
平成30年3月30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）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に  
関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第179号）等が公布され、平成30年4月1日から適用されること等に伴い、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、平成30年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

記

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能

ービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

- (3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術等基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

- (4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び「○他○介(受診日数：○日)」と記載する。

### 第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙1を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

### 第4 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診について

- 1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。

- 2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。

## 第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

### 1 同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第2章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

### 2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

### 3 訪問診療に関する留意事項について

- (1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。
- (2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。
- (3) 特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

### 4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事

項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7 精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費1については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあつては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあつては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては医療保険の看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙1)

| 区分                          | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)  |   |   | 2. 入院中の患者   |  |   |  | 3. 入所中の患者                    |                   |  |                      |
|-----------------------------|---|---|---|---|--|---|--|------------------------------|-------------------|--|----------------------|
|                             | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)<br>※1<br>うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。) | 認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護) | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)<br>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設 | 介護療養型医療施設(認知症病棟以外の病棟(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。))<br>介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病棟を除く。))を受けている患者<br>介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。)<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病棟に限る。))を受けている患者<br>介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟に限る。)<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病棟に限る。))を受けている患者<br>介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合 | 併設保険医療機関                     | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | ア. 介護老人保健施設イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。))を受けている患者<br>ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者 |                      |
| 初・再診料                       |   | ○   |   | —   | ×  | ○   | ×  | ○                            | ×                 | ○<br>(入院に係るものを除く。)   | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。) |
| 入院料等                        |   | ×   |   | ○   | ×  | ○<br>(A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)  | ○<br>(A227精神科措置入院診療加算及びA22短期滞在手術等基本料1に限る。)   | ○<br>(A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。) | ×                 | —  | —                    |
| B001の10 入院栄養食事指導料           | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B001の24 外来緩和ケア管理料           | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001の25 移植後患者指導管理料          | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001の27 糖尿病透析予防指導管理料        | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001-2-5 院内トリアージ実施料         | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料      | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B001-2-7 外来リハビリテーション診療料     | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。)   | ○                    |
| B001-2-8 外来放射線照射診療料         | ○   |   | —   | —   | ×  |   | ×  |                              | ×                 | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。)   | ○                    |
| B004 退院時共同指導料1              | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B005 退院時共同指導料2              | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B005-1-2 介護支援等連携指導料         | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B005-6 がん治療連携計画策定料          | ○   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B005-6-2 がん治療連携指導料          | ○   |   | —   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料      | ○   |   | —   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。) |
| B005-7 認知症専門診断管理料           | ○   |   | ○   | (療養病棟に入院中の者に限る。)  | ×  | ○   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B005-7-2 認知症療養指導料           | ○   |   | ○   | (療養病棟に入院中の者に限る。)  | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料      | ○   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |
| B005-9 排尿自立指導料              | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B007 退院前訪問指導料               | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B007-2 退院後訪問指導料             | ○   |   | —   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。) |
| B008 薬剤管理指導料                | —   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | —                    |
| B008-2 薬剤総合評価調整管理料          | ○   |   | —   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。) |
| B009 診療情報提供料(1)             |   |   |   |   |  |   |  |                              |                   |  |                      |
| 注1                          | ○   |   | ○   |   | ×  |   | ×  |                              | ×                 |  | ○                    |

医療管理料



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分  | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)  |   |   | 2. 入院中の患者   |  |   |  | 3. 入所中の患者                                 |          |  |
|--|---|---|---|---|--|---|--|---|----------|--|
|  | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)<br>※1<br>うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。) | 認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)         | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)<br>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている者が入居する施設 | 介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。) | 介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合 | 介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合 | 併設保険医療機関 | 併設保険医療機関以外の保険医療機関  |
| 注2   |   | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。) |   | ○   | ○<br>(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。)  | ×   | ×  | ×   | ×        | —  |
| 注3   |   | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。) | —   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注4   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注5及び注6   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注7加算及び注8加算   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注9加算(認知症専門医療機関紹介加算)  |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注10加算(認知症専門医療機関連携加算)<br>注11加算(精神科医連携加算)<br>注12加算(肝炎インターフェロン治療連携加算)       |   | ○   | —   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注13加算(歯科医療機関連携加算)  |   | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。) | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注14加算(地域連携診療計画加算)  |   | ○   | —   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注15加算(療養情報提供加算)  |   | ○   | —   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 注16加算(検査・画像情報提供加算)   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| B009-2 電子的診療情報評価料  |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| B010 診療情報提供料(Ⅱ)  |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| B010-2 診療情報連携共有料   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| B014 退院時薬剤情報管理指導料  |   | —   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| 上記以外   |   | ○   | ○   | ○   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | —  |
| C000 住診料   |   | ○   | —   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | ○<br>※1<br>(配置医師が行う場合を除く。)   |
| C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)<br>(同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定) | ○   | ○<br>※10  | ○   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | ア.○※8<br>(死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。)<br>イ.○※10 |
| C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)  | ○   | ○<br>※10  | ○   | —   | ×  | ×   | ×  | ×   | ○        | ア.○※8<br>(死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。)<br>イ.○※10 |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分   | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)   |   |  | 2. 入院中の患者   |   |   |  | 3. 入所中の患者                                |   |
|---|--|---|--|---|---|---|--|--|---|
|   | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等<br>(短期入所生活介護、介護予防短期入所<br>生活介護、短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。)<br>※1 | 認知症対応型グ<br>ループホーム<br>(認知症対応型<br>共同生活介護又<br>は介護予防認知<br>症対応型共同生<br>活介護)   | 特定施設(指定特定施設、指定地域<br>密着型特定施設及び指定介護予防特<br>定施設に限る。) | 介護療養型医療<br>施設の病床以外<br>の病床(短期入<br>所療養介護又は<br>介護予防短期入<br>所療養介護を受<br>けている患者を<br>除く。) | ア.介護療養型医療施設(認知症病<br>種の病床を除く。)<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護(介護老人保健施設<br>の療養室又は認知症病種の病床を<br>除く。)を受けている患者 | ア.介護療養型医療施設(認知症病<br>種の病床に限る。)<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護(認知症病種の病<br>床に限る。)を受けている患者 | ア.介護老人保健施設<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護(介護老人保健施設<br>の療養室に限る。)を受けている<br>患者 | 併設保険医療機<br>関                             | 併設保険医療機<br>関以外の保険医<br>療機関   |
| C007-2 介護職員等吸引等指示料  |  |   |  |   | ×   |   | ×  | ×  | —   |
| C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>(当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当<br>該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等<br>により該当する区分を算定)           |  | ×   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| C009 在宅患者訪問栄養食事指導料<br>(当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当<br>該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等<br>により該当する区分を算定)           |  | ×   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | —   |
| C010 在宅患者運搬指導料  |  | ×   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | —   |
| C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料   |  | ○   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| C012 在宅患者共同診療料の1  |  | ○   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | ○<br>(配置医師が行う場合を除く。)  |
| C012 在宅患者共同診療料の2<br>C012 在宅患者共同診療料の3<br>(同一建物において同一日に2件以上医療保険から<br>検付される訪問診療を行うか否かにより該当する区<br>分を算定) | ○  | ×   | ○  | —   | ×   |   | ×  | ×  | —   |
| C013 在宅患者訪問看護管理指導料  |  | ○   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | —   |
| 第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料   |  | ○   |  | —   | ×   |   | ×  | ×  | ○<br>※1   |
| 第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理料加算   |  | ○   |  | —   | ×   |   | ×  | ○  | ○<br>※7   |
| 検査  |  | ○   |  | ○   | ×   | ○   | ×  | ○  | ○   |
| 画像診断  |  | ○   |  | ○   | ○<br>(単純撮影に係<br>るものを除<br>く。)  | ○   | ×  | ○  | ○   |
| 投薬  |  | ○   |  | ○   | ○<br>※3   | ○<br>(専門的な診療<br>に特有な薬剤に<br>係るものに限<br>る。)  | ○<br>※3  | ○<br>(専門的な診療<br>に特有な薬剤に<br>係るものに限<br>る。) | ○<br>※3   |
| 注射  |  | ○   |  | ○   | ○<br>※4   | ○<br>(専門的な診療<br>に特有な薬剤に<br>係るものに限<br>る。)  | ○<br>※4  | ○<br>(専門的な診療<br>に特有な薬剤に<br>係るものに限<br>る。) | ○<br>※5   |
| リハビリテーション   |  | ○<br>(同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算<br>定不可(ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始<br>月の3月目以降は算定不可)) |  | ○   | ○<br>(H005機能<br>訓練及びH00<br>6難病患者リハ<br>ビリテーション<br>料に限る。)   | ×   | ×  | ○<br>※7                                  | ○<br>(同一の疾患等について、介護保険<br>におけるリハビリテーションの利用<br>開始月の翌月以降は算定不可(た<br>だし、別の施設で介護保険におけ<br>るリハビリテーションを行う場合に<br>は、利用開始月の3月目以降は算<br>定不可)) |
| I002 通院・在宅精神療法<br>(1通院精神療法に限る。)   |  | ○   |  | —   | ×   | ○   | ×  | ×  | ○<br>※1   |
| I002 通院・在宅精神療法<br>(2在宅精神療法に限る。)   |  | ○   |  | —   | ×   | —   | ×  | ×  | ○<br>(ただし、往診時に行う場合には精<br>神療法が必要な理由を診療録に記<br>載すること。)   |
| I003-2 認知療法・認知行動療法  |  | ○   |  | —   | ×   | ○   | ×  | ×  | ○<br>(ただし、往診時に行う場合には精<br>神療法が必要な理由を診療録に記<br>載すること。)   |
| I005 入院集団精神療法   |  | —   |  | ○<br>(同一日におい<br>て、特定診療費<br>を算定する場合<br>を除く。)                                       | ○<br>(同一日におい<br>て、特定診療費を<br>算定する場合を<br>除く。)   | ○<br>(同一日におい<br>て、特定診療費を<br>算定する場合を<br>除く。)   | ×  | ×  | —   |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分                           | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)  |  | 2. 入院中の患者                                |   |   |   | 3. 入所中の患者  |   |
|-------------------------------|---|--|--|---|---|---|--|---|
|                               | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)<br>※1<br>うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。) | 認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)<br>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設 | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) | 介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。) | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。)<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。)<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 | ア. 介護老人保健施設<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) | ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設<br>イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者 |
| B000-4 歯科疾患管理料                | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| B002 歯科特定疾患療養管理料              | —   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| B004-1-4 入院栄養食事指導料            | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| B004-9 介護支援等連携指導料             | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| B006-3 がん治療連携計画策定料            | ○   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | ○  | ○   |
| B006-3-2 がん治療連携指導料            | ○   |  | —  | ×   | ×   | ×   | ○  | ○   |
| B007 退院前訪問指導料                 | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| B008 薬剤管理指導料                  | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| B008-2 薬剤総合評価調整管理料            | ○   |  | —  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○   |
| B009 診療情報提供料(1)(注2及び注6)       | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○<br>※1   |
| B011-4 退院時薬剤情報管理指導料           | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| B014 退院時共同指導料1                | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | ×  | —   |
| B015 退院時共同指導料2                | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | —  | —   |
| C001 訪問歯科衛生指導料                | ×   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| C001-3 歯科疾患在宅療養管理料            | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料            | ×   |  | —  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| C007 在宅患者連携指導料                | ×   |  | —  | ×   | ×   | ×   | ×  | —   |
| C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料         | ○   |  | —  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| 上記以外                          | ○   |  | ○  | ○   | ○   | ○   | ○  | ○   |
| 10 薬剤服用歴管理指導料                 | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)                              |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○   |
| 13の2 かかりつけ薬剤師指導料              | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)                              |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ×   |
| 13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料            | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)                              |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ×   |
| 14の2 外来服薬支援料                  | ○<br>(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○   |
| 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料              | ×   |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| 15の2 在宅患者緊急時訪問薬剤管理指導料         | ○   |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| 15の3 在宅患者緊急時等共同指導料            | ○<br>(同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)   |  | ×  | ×   | ×   | ×   | ×  | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)   |
| 15の4 退院時共同指導料                 | —   |  | ○  | ×   | ×   | ×   | ×  | —   |



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)   |  |   | 2. 入院中の患者   |  |  |   | 3. 入所中の患者  |   |
|-------------------|--|--|---|---|--|--|---|--|---|
|                   | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)<br>※1       | 認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)<br>うち、小規模多機能型居宅介護又は综合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。) | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)<br>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている者が入居する施設 | 介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。)<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者<br>介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。)<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者<br>介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。)<br>イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者<br>併設保険医療機関 | 介護老人保健施設イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。) | 介護老人福祉施設イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者<br>併設保険医療機関以外の保険医療機関           |
| 退院支援指導加算          | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。) | ○<br>※17<br>(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)                     | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)                        | —   | —  | —  | —   | —  | —   |
| 在宅患者連携指導加算        |  |  | ×   | —   | —  | —  | —   | —  | ×   |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者   | ○<br>※15及び※17  | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者  | —   | —  | —  | —   | —  | ア・○ ※16<br>イ・○ ※16及び※17   |
| 看護・介護職員連携強化加算     | ○  |  | ×   | —   | —  | —  | —   | —  | ×   |
| 03 訪問看護情報提供療養費1   | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)                           | ○<br>※15及び※17  | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)  | —   | —  | —  | —   | —  | ×   |
| 03-2 訪問看護情報提供療養費2 |  |  | —   | —   | —  | —  | —   | —  | —   |
| 03-3 訪問看護情報提供療養費3 | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)                           | ○<br>※15及び※17  | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)  | —   | —  | —  | —   | —  | ×   |
| 05 訪問看護ターミナルケア療養費 | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)                     | ○<br>※15及び※17<br>(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)                                    | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(ただし、看取り介護加算を算定している場合は、訪問看護ターミナルケア療養費2を算定する)  | —   | —  | —  | —   | —  | ア・○ ※16<br>(ただし、看取り介護加算を算定している場合は、訪問看護ターミナルケア療養費2を算定する)<br>イ・○ ※16及び※17 |

注) ○:要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合(平成20年厚生労働省告示第128号)の規定により算定されるべき療養としているもの ×:診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)第6号の規定により算定できないもの 一:診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの

- ※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホームにおける療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。
- ※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
- ※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
  - ・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)
  - ・疼痛コントロールのための鎮痛剤
  - ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能若しくは効果を有するものに限る。)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分 | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)   |  | 2. 入院中の患者   |   |  |  | 3. 入所中の患者  |   |
|-----|--|--|---|---|--|--|--|---|
|     | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)<br>※1   | 認知症対応型グループホーム<br>(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)<br>うち、小規模多機能型老居介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。) | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)<br>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている者が入居する施設 | 介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。)<br>イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者<br>介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。)<br>イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者<br>介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。)<br>イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者<br>介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合 | 介護老人保健施設<br>イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者<br>併設保険医療機関<br>併設保険医療機関以外の保険医療機関 |
| ※4  | 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。<br>・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)<br>・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)<br>・疼痛コントロールのための医療用麻薬<br>・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するものに限る。)<br>・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能又は効果を有するものに限る。)<br>・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※5  | 次に掲げる費用に限る。<br>・外来化学療法加算<br>・静脈内注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・動脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・抗悪性腫瘍剤局所持続注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・肝臓癌検査を伴う抗悪性腫瘍剤肝臓内注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・点滴注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・絶込型カテーテルによる中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)<br>・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用<br>・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用<br>・抗悪性腫瘍剤(外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。)の費用<br>・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用<br>・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するものに限る。)の費用<br>・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能又は効果を有するものに限る。)の費用<br>・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用 |  |   |   |  |  |  |   |
| ※6  | 創傷処置(手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 Tent、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腫洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介送牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※7  | 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※8  | 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。  |  |   |   |  |  |  |   |
| ※9  | 認知症患者を除く。(ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。)   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※10 | 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間(末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。)、算定することができる。   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※11 | 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り(末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間)、算定することができる。   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※12 | 末期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※13 | 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。  |  |   |   |  |  |  |   |
| ※14 | 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。  |  |   |   |  |  |  |   |
| ※15 | 末期の悪性腫瘍の患者、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。)   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※16 | 末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。)   |  |   |   |  |  |  |   |
| ※17 | 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り(末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間)、算定することができる。   |  |   |   |  |  |  |   |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分       |                              | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                      |                                       |   |
|-----------|------------------------------|---|----------------------|---------------------------------------|---|
|           |                              | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                      | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |   |
|           |                              | 併設保険医療機関  | 併設保険医療機関以外の保険医療機関    | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関                       |
|           | B010-2 診療情報連携共有料             | ×   | ○                    | ×                                     | ○                                       |
|           | B011-3 薬剤情報提供料               |   | ×                    | ×                                     | ○                                       |
|           | B012 傷病手当金意見書交付料             |   |                      | ○                                     |   |
|           | 上記以外                         |   |                      | ×                                     |   |
| 在宅医療      | C000 往診料                     | ×   | ○                    | ×                                     | ○                                       |
|           | 第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算       |   |                      | ○                                     |   |
|           | 上記以外                         |   |                      | ×                                     |   |
| 検査        |                              |   | ×                    |                                       | ○                                       |
| 画像診断      |                              |   | ○<br>(単純撮影に係るものを除く。) |                                       | ○                                       |
| 投薬        |                              |   | ○<br>※1              |                                       | ○<br>(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)            |
| 注射        |                              |   | ○<br>※2              |                                       | ○<br>(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)            |
| リハビリテーション |                              |   |                      |                                       | ○<br>(H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。) |
| 精神科専門療法   | I000 精神科電気痙攣療法               |   | ×                    |                                       | ○                                       |
|           | I002 通院・在宅精神療法               |   | ×                    |                                       | ○                                       |
|           | I003-2 認知療法・認知行動療法           |   | ×                    |                                       | ○                                       |
|           | I006 通院集団精神療法                |   | ×                    | ×                                     | ○<br>(同一日において、特別診療費を算定する場合を除く。)         |
|           | I007 精神科作業療法                 |   | ×                    | ×                                     | ○                                       |
|           | I008-2 精神科ショート・ケア（注5の場合を除く。) |   | ×                    | ×                                     | ○                                       |
|           | I009 精神科デイ・ケア（注6の場合を除く。)     |   | ×                    | ×                                     | ○                                       |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分                      |      | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                   |
|--------------------------|------|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
|                          |      | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                   |
|                          |      | 併設保険医療機関  | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 |
| I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料    |      | ×   |                   | ×                                     | ○                 |
|                          | 上記以外 |   |                   | ×                                     |                   |
| 処置                       |      | ○<br>※3   |                   |                                       | ○                 |
| 手術                       |      |   |                   | ○                                     |                   |
| 麻酔                       |      |   |                   | ○                                     |                   |
| 放射線治療                    |      |   |                   | ○                                     |                   |
| 病理診断                     |      |   |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 8 - 2 薬剤総合評価調整管理料  |      |   |                   | ×                                     |                   |
| B 0 1 4 退院時共同指導料 1       |      |   |                   | ×                                     |                   |
| C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料    |      |   |                   | ×                                     |                   |
| C 0 0 7 在宅患者連携指導料        |      |   |                   | ×                                     |                   |
| C 0 0 8 在宅患者緊急時等カンファレンス料 |      |   |                   | ×                                     |                   |
| 上記以外                     |      |   |                   | ○                                     |                   |
| 別表第三                     |      |   |                   | ×                                     |                   |
| 訪問看護療養費                  |      |   |                   | ×                                     |                   |

- ※ 1 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。  
 ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）  
 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬  
 ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

|     |   |                   |                                       |                   |
|-----|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 区 分 | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                   |
|     | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                   |
|     | 併設保険医療機関  | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 |

- ※2 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
- ・ エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
  - ・ ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
  - ・ 疼痛コントロールのための医療用麻薬
  - ・ インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
  - ・ 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
  - ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ※3 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

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）  
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）

御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について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11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。

なお、各別添の様式については、訂正後のもの（別添5における別紙7の別表1にあっては、訂正箇所のみ。様式5の6にあっては、新規の追加。）となりますので申し添えます。

また、平成30年3月5日付官報（号外第45号）に掲載された平成30年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添14のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせします。

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成30年3月5日保発0305第2号）（別添1）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保発0305第3号）（別添2）
- ・「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について（平成30年3月5日保発0305第4号）（別添3）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）（別添4）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号）（別添5）
- ・「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」（平成30年3月5日保医発0305第3号）（別添6）
- ・「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」（平成30年3月5日保医発0305第4号）（別添7）
- ・「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（平成30年3月5日保医発0305第6号）（別添8）
- ・「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」（平成30年3月5日保医発0305第10号）（別添9）

- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」  
（平成30年3月5日保医発0305第12号）（別添10）
- ・「特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望所（希望区分B）に記載する機能区分コードについて」（平成30年3月5日付事務連絡）（別添11）
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成30年3月20日保医発0320第6号）（別添12）
- ・「「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」（平成30年3月26日保医発0326第5号）（別添13）

## 向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

|                                    |     |    |        |
|------------------------------------|-----|----|--------|
| 保険医療機関名                            |     |    |        |
| 郵便番号                               |     |    |        |
| 住所                                 |     |    |        |
| 標榜科                                | 精神科 | ・  | 心療内科   |
|                                    |     | ・  | どちらもない |
| 対象期間                               | 平成  | 年  | 月      |
|                                    | 日   | から | 平成     |
|                                    |     |    | 年      |
|                                    |     |    | 月      |
|                                    |     |    | 日の3月間  |
| 「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数<br>(届出時点) | 名   |    |        |

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

|                   |   |                             |                       |
|-------------------|---|-----------------------------|-----------------------|
| 向精神薬の投与を受けている患者数① |   |                             |                       |
|                   |   | うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数② |                       |
|                   |   | うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③        | うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④ |
| 名                 | 名 | 名                           | 名                     |

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

|                   |   |                           |                          |                                       |                            |   |
|-------------------|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|
| 向精神薬の投与を受けている患者数① |   |                           |                          |                                       |                            |   |
|                   |   | 向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤        |                          |                                       |                            |   |
|                   |   | うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥ | うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦ | うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧ |                            |   |
|                   |   |                           |                          | うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨             | うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩ |   |
| 名                 | 名 | 名                         | 名                        | 名                                     | 名                          | 名 |

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※  $\textcircled{8} / \textcircled{2}$ が10%未満であるか、又は $\textcircled{8}$ が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

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<br>(いずれかに○)                                 | ( )                           | 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               |
|  | ( )                           | 特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」) |
| 2 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」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 ( 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 病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無<br>(特別な関係を有する病院名: )                |                               |                           |
| ア 病院との不動産の賃貸借取引  | □ある □ない                       |                           |
| イ 病院が譲り渡した不動産の利用   | □ある □ない                       |                           |
| ウ 保険薬局が所有する設備の貸与   | □ある □ない                       |                           |
| エ 病院による開局時期の指定   | □ある □ない                       |                           |
| 4 所属するグループ名とグループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数の合計                             | 所属するグループ名 ( )                 |                           |
|  | 1 月当たりの処方箋受付回数の合計 (①)<br>( 回) |                           |
| 5 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)                           | □ある □ない                       |                           |
| 6 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受付回数及びその割合<br>期間: 年 月 ~ 年 月 ( ヶ月間②) |                               |                           |
| ア 全処方箋受付回数 (③)   | 回                             |                           |
| イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数 (④)                                     | 回                             |                           |
| ウ 主たる保険医療機関名   |                               |                           |
| エ 集中度 (%) (⑤)  | %                             |                           |
| オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数 (⑥)                                     | 施設                            |                           |
| カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計 (⑦)                                    | 回                             |                           |

|   |   |
|---|---|
| キ 同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数 (⑧)      | 施設  |
| ク ⑧に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数 (⑨)の合計      | 回   |
| ケ ④と⑨を合計した処方箋受付回数 (⑩)                           | 回   |
| 7 調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無<br>(医療資源の少ない地域に所在する保険薬局) | <input type="checkbox"/> あり<br>(様式87の2の添付必要)<br><input type="checkbox"/> なし |

(参考) 調剤基本料の注3の減算への該当性

|   |  |
|---|--|
| 8 前年4月1日から9月末日までの妥結率 (⑪)                | %  |
| 9 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況等の報告の有無      | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |
| 10 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を行っていない薬局への該当の有無 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |
| 11 調剤基本料の注3の減算への該当の有無                   | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |

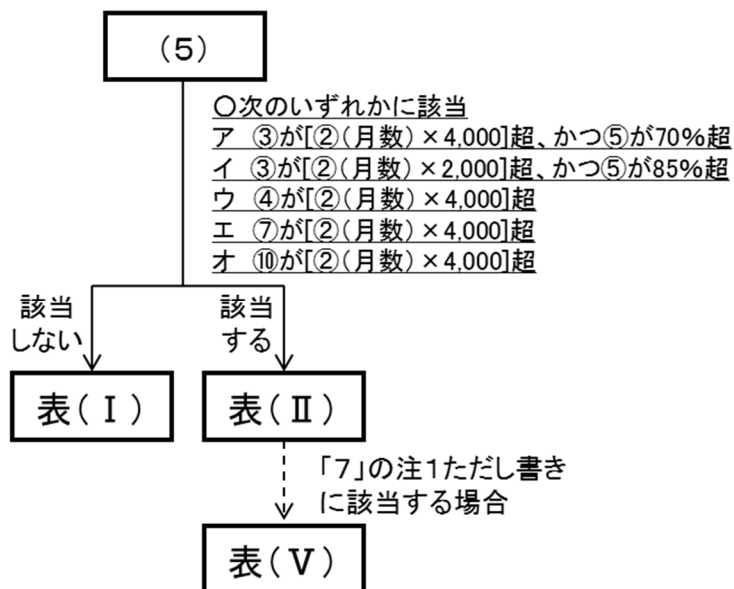
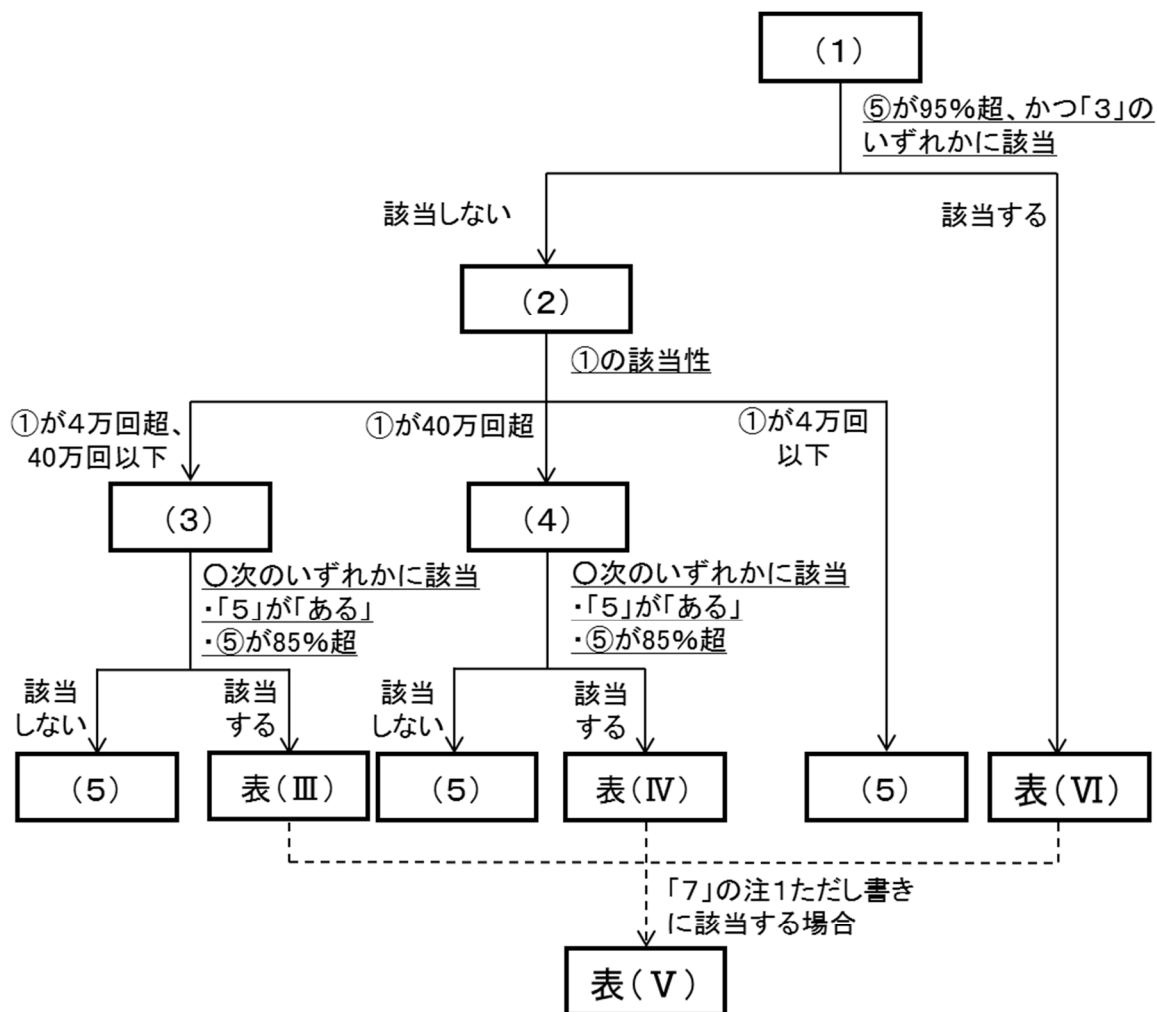
(参考) 調剤基本料の注6の減算への該当性 (③が [(②) 月数 × 600] を超える場合のみ記載)

|  |  |
|--|--|
| 12 後発医薬品調剤割合が20%以下である(処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く)への該当の有無 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |
| 13 後発医薬品調剤割合に係る報告の有無                                 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |
| 14 調剤基本料の注6の減算への該当の有無                                | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |

(参考) 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし |
|-------------------------|--|

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、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。





- (1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → 表中(Ⅵ)へ  
該当しない → (2)へ
- (2) (①)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ  
(①)が40万回を超えている → (4)へ  
該当しない → (5)へ
- (3) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅲ)へ  
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている  
イ (⑤)が85%を超えている  
該当しない → (5)へ
- (4) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅳ)へ  
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている  
イ (⑤)が85%を超えている  
該当しない → (5)へ
- (5) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅱ)へ  
ア (③)が[(②)(月数)×4,000]を超えており、かつ、(⑤)が70%を超えている  
イ (③)が[(②)(月数)×2,000]を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている  
ウ (④)が[(②)(月数)×4,000]を超えている  
エ (⑦)が[(②)(月数)×4,000]を超えている  
オ (⑩)が[(②)(月数)×4,000]を超えている  
該当しない → 表中(Ⅰ)へ
- (6) 表中(Ⅱ)～(Ⅳ)又は(Ⅵ)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する  
→ 表中(Ⅴ)へ

|     |                 |
|-----|-----------------|
| (Ⅰ) | 調剤基本料1          |
| (Ⅱ) | 調剤基本料2          |
| (Ⅲ) | 調剤基本料3-イ        |
| (Ⅳ) | 調剤基本料3-ロ        |
| (Ⅴ) | 調剤基本料1(注1ただし書き) |
| (Ⅵ) | 特別調剤基本料         |

[添付の必要がある資料]

「3」の特別な関係にある病院名と「6」の主たる保険医療機関名が同一であり、⑤が95%を超える保険薬局については、以下の資料を添付する。

- 1 保険薬局が利用している不動産の登記簿の写し
- 2 保険薬局が、保険医療機関と不動産取引、保険薬局の設備の貸与その他の契約を締結している場合には、当該契約書の写し（保険医療機関の公募要項が存在する場合は当該公募要項を含む。）等の当該契約内容が分かる資料
- 3 保険薬局が、病院に会議室等の設備を貸与している場合には、その貸与に係る状況が分かる資料

[記載上の注意]

- 1 「2」については、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「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、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（平成30年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。  
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。  
イ 平成28年10月以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」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2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②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。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数に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  
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
- 8 ⑤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、④/③にて算出する。
- 9 ⑥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、⑦については、④を含めて記載する。
- 10 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 11 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 12 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 13 「11」については、「8」が50%以下、「9」が「なし」又は「10」が「あり」のいずれかの場合に「あり」とする。
- 14 「13」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 15 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した

患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

**「後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類」  
及び「調剤基本料の注6に係る報告書」**

|   |  |
|---|--|
| 届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分<br>(いずれかに○を付す)                    | ( ) 後発医薬品調剤体制加算 1<br>(カットオフ値50%以上かつ新指標75%以上)<br>( ) 後発医薬品調剤体制加算 2<br>(カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上)<br>( ) 後発医薬品調剤体制加算 3<br>(カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上) |
| 調剤基本料の「注6」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性<br>(該当する場合に○を付す) | ( ) 該当しない(新指標20%超)<br>( ) 該当する(新指標20%以下)<br>→ ( ) 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当  |

| 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合   |     |     |     |                             |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----------------------------|
| 期 間<br>(届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計) | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月<br>~ 年 月<br>(直近3か月間の合計) |
| 全医薬品の規格単位数量 (①)                    |     |     |     |                             |
| 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)     |     |     |     |                             |
| 後発医薬品の規格単位数量 (③)                   |     |     |     |                             |
| カットオフ値の割合<br>(②/①) (%)             |     |     |     |                             |
| 新指標の割合<br>(③/②) (%)                |     |     |     |                             |

以下は、新指標の割合が20%以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合(小数点以下四捨五入)が50%以上である場合が該当するものである。

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 判定に用いた年月： 年 月                    |   |
| 直近1か月間における処方箋受付回数 (①)            | 回 |
| 直近1か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数 (②) | 回 |

|              |  |
|--------------|--|
| 割合 (②/①) (%) |  |
|--------------|--|

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注 6」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

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<br>における調剤基本<br>料の区分<br>(いずれかに○) | ( ) | 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             |
|  | ( ) | 特別調剤基本料 (「区分番号00」の「注2」) |

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

|   |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
|---|-----|----------------------|--|---------|--|---------------------------------|--|---------|--|
| 2 麻薬小売業者免許証の番号  |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| 3 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間)<br>期間: 年 月 ~ 年 月   |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況<br>算定回数: 回   |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>算定回数: 回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>算定回数: 回</td> <td></td> </tr> </table> |     | 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) |  | 算定回数: 回 |  | 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) |  | 算定回数: 回 |  |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)  |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| 算定回数: 回   |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| 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)   |     |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |
| 算定回数: 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に係る届出   | □あり |                      |  |         |  |                                 |  |         |  |

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

|   |    |
|---|----|
| 5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況                                     |    |
| 6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況                                 |    |
| 7 開局時間  |    |
| 8 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                          |    |
| 9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況                                |    |
| 10 備蓄品目数  | 品目 |
| 11 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<br>期間: 年 月 ~ 年 月 |    |
| ・受付回数   | 回  |
| ・主たる医療機関の処方箋受付回数  | 回  |
| ・集中度 (%)  | %  |
| 12 後発医薬品の調剤割合   | %  |

|   |     |   |
|---|-----|---|
| 13 管理薬剤師  |     |   |
| ・氏名   |     |   |
| ・薬局勤務経験年数   | 年   |   |
| ・週あたりの勤務時間  | 時間  |   |
| ・在籍年数   | 年   |   |
| 14 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局                                    |     |   |
|   | ①   | ② |
| ・名称   |     |   |
| ・所在地  |     |   |
| 15 当該薬局における24時間の直接連絡を受ける体制<br>(次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。) |     |   |
| (1) 担当者が固定している場合  |     |   |
| (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合<br>(主な担当者を記載することで差し支えない。)          |     |   |
| ・担当薬剤師名：  |     |   |
| ・連絡先：   |     |   |
| 16 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況                                  |     |   |
| 17 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法                                  |     |   |
| 18 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について                              |     |   |
| 19 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無                                | □あり |   |

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「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○を付し、様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料1以外の薬局については、様式87の3の2についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」については、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。
- 7 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」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。
- 9 「12」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5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。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「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、届出時までの当該薬剤師の在

籍期間を記載すること。

- 11 「16」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 12 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 調剤基本料1を算定する保険薬局は様式90の「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の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 15 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 16 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。



平成30年3月30日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

（公 印 省 略）

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）等が公布され、平成30年4月1日から適用されること等に伴い、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の一部を下記のように改め、平成30年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。また、要介護被保険者等であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）も併せて参照すること。

なお、下記事項については、子ども家庭局、社会・援護局、障害保健福祉部及び老健局とも協議済みであるため、念のため申し添える。

記

- 1 保険医が、次の（1）から（6）までのいずれかに該当する医師（以下「配置医師」という。）である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があつて行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）

区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

(1) 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年厚生省令第19号）第12条第1項第2号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）第12条第1項第2号、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第121条第1項第1号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第129条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師

(2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設されている場合の当該病院又は診療所（以下「併設医療機関」という。）の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）（以下「障害者総合支援法」という。）第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。（3）において同じ。）、盲導犬訓練施設、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。

(3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）第4条第1項第1号の規定に基づき、指定障害者支援施設に配置されている医師

(4) 障害者総合支援法第5条第6項に規定する療養介護を行う事業所（以下「療養介護事業所」という。）に配置されている医師

(5) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準（昭和41年厚生省令第18号）第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）に配置されている医師

(6) 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年厚生省令第63号）第21条第1項又は同基準第73条第1項の規定に基づき、乳児院（定員100名以上の場合に限る。以下同じ。）又は児童心理治療施設に配置されている医師

2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医（併設医療機関の医師を含む。）の配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については他給付で評価されていることから、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。

| 保険医   | 診療報酬   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・配置医師（全施設共通。）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科点数表区分番号B000の特定疾患療養管理料</li> <li>・医科点数表区分番号B001-2-9の地域包括診療料</li> <li>・医科点数表区分番号B001-2-10の認知症地域包括診療料</li> <li>・医科点数表区分番号B001-2-11の小児かかりつけ診療料</li> <li>・医科点数表区分番号B001-3の生活習慣病管理料</li> <li>・医科点数表区分番号B007の退院前訪問指導料</li> <li>・医科点数表区分番号C101の在宅自己注射指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C101-2の在宅小児低血糖症患者指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C101-3の在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C102の在宅自己腹膜灌流指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C102-2の在宅血液透析指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C103の在宅酸素療法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C104の在宅中心静脈栄養法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C105の在宅成分栄養経管栄養法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C105-2の在宅小児経管栄養法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C105-3の在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C106の在宅自己導尿指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C107の在宅人工呼吸指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C107-2の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C108の在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C108-2の在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C109の在宅寝たきり患者処置指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C110の在宅自己疼痛管理指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C110-2の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C110-3の在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料</li> </ul> |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科点数表区分番号C 1 1 0－4の在宅仙骨神経刺激療法指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C 1 1 1の在宅肺高血圧症患者指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C 1 1 2の在宅気管切開患者指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C 1 1 4の在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料</li> <li>・医科点数表区分番号C 1 1 6の在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</li> </ul>   |
| ・指定障害者支援施設の配置医師<br>（生活介護を行う施設に限る。） | ・医科点数表区分番号B 0 0 1の5の小児科療養指導料  |
| ・児童心理治療施設の配置医師                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 2の通院・在宅精神療法</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 2－3の救急患者精神科継続支援料</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 4の心身医学療法</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 6の通院集団精神療法</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 7の精神科作業療法</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 8－2の精神科ショート・ケア</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 0 9の精神科デイ・ケア</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 1 0の精神科ナイト・ケア</li> <li>・医科点数表区分番号I 0 1 0－2の精神科デイ・ナイト・ケア</li> </ul> |
| ・乳児院又は児童心理治療施設の<br>配置医師            | ・医科点数表区分番号B 0 0 1の4の小児特定疾患カウンセリング料  |

3 配置医師以外の保険医が、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）、療養介護事業所、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）を診療する場合には、次の（１）又は（２）の取扱いとすること。

（１）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第１章第１部の初・再診料、医科点数表区分番号C 0 0 0の往診料、医科点数表第２章第３部の検査、医科点数表第２章第９部の処置等に係る診療報酬を算定できる。

（２）（１）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第１章第１部の初・再診料、医科点数表区分番号C 0 0 0の往診料、医科点数表第２章第３部

の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

なお、介護保険法（平成9年法律第123号）第63条に規定する要介護被保険者等に対する診療報酬の取扱いについて、この通知に特に記載がないものについては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の取扱いに従うこと。

- ・医科点数表区分番号B001の9の外来栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の11の集団栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の13の在宅療養指導料
- ・医科点数表区分番号B001-2-3の乳幼児育児栄養指導料
- ・医科点数表区分番号B004の退院時共同指導料1
- ・医科点数表区分番号B009の診療情報提供料（Ⅰ）（注2、注4及び注14に該当する場合に限る。）
- ・医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C002-2の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C003の在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、在宅患者訪問診療料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

- ・医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料
- ・医科点数表区分番号C002-2の施設入居時等医学総合管理料

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C002-2の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C003の在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

- ・医科点数表区分番号C003の在宅がん医療総合診療料

ただし、看取り加算の取扱いについては、在宅患者訪問診療料の例によること。

- ・医科点数表区分番号C005の在宅患者訪問看護・指導料及び医科点数表区分番号C005-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C005の在宅患者訪問看護・指導料又は医科点数表区分番号C005-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。）
- ・医科点数表区分番号C005-2の在宅患者訪問点滴注射管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・医科点数表区分番号C006の在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ・医科点数表区分番号C007の訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・医科点数表区分番号C007-2の介護職員等喀痰吸引等指示料
- ・医科点数表区分番号C008の在宅患者訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・医科点数表区分番号C009の在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号C010の在宅患者連携指導料
- ・医科点数表区分番号C011の在宅患者緊急時等カンファレンス料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）

- ・医科点数表区分番号C 0 1 2の在宅患者共同診療料2及び3
- ・医科点数表区分番号C 0 1 3の在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・医科点数表区分番号I 0 1 2の精神科訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、認知症の患者以外の患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）
- ・医科点数表区分番号I 0 1 2－2の精神科訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。）
- ・医科点数表区分番号I 0 1 6の精神科在宅患者支援管理料1（ハを算定する場合に限る。）・診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）区分番号1 5の2の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・調剤点数表区分番号1 5の3の在宅患者緊急時等共同指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号。以下「訪看告示」という。）別表区分番号0 1の訪問看護基本療養費（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。）
- ・訪看告示別表区分番号0 1－2の精神科訪問看護基本療養費（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。ただし、認知症の患者以外の患者であって、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）・訪看告示別表区分番号0 2の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、看護・介護職員連携強化加算を含む。）（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）を除く。ただし、その場合であっても、看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）については、

当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。）

- ・ 訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。）
- ・ 訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費（特別養護老人ホームの入所者であって末期の悪性腫瘍のもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）を除く。）

5 指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成19年1月26日障発0126001号）第三の1により医師を配置しない取扱いとしている場合における当該施設に入所している者に対して行った診療については、1及び4による取扱いの対象としない。ただし、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

- ・ 医科点数表区分番号C005の在宅患者訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号C005-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号C005-2の在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・ 医科点数表区分番号C007の訪問看護指示料
- ・ 医科点数表区分番号I012の精神科訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号I012-2の精神科訪問看護指示料
- ・ 訪看告示別表区分番号01の訪問看護基本療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び看護・介護職員連携強化加算を含む。）
- ・ 訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。）
- ・ 訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費

6 指定障害者支援施設のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年2月28日厚生労働省令第19号）第6条の7第1号に規定する自立訓練（機能訓練）を行う施設及び児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第16号）第2条第1号に規定する指定福祉



型障害児入所施設については、5ただし書きを準用する。

- 7 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については、医科点数表第2章第2部第3節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については、同部第4節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定できる。なお、当該保険医の診療日以外の点滴又は処置等を実施する場合に必要な衛生材料等についても、指示を行った当該保険医の属する保険医療機関が当該施設に提供すること。これらの場合にあつては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 8 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書の欄外上部に、○施又は（施）の表示をすること。また、特別養護老人ホームに入所中の患者に対して、往診して通院・在宅精神療法又は認知療法・認知行動療法に係る精神療法を行った場合には、当該精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。
- 9 各都道府県知事は、別紙様式により、特別養護老人ホーム等の配置医師に係る情報を把握し、必要に応じ市町村等に対して周知するよう努めること。ただし、指定障害者支援施設のうち、5に該当する施設については不要とする。

<抄>

事務連絡  
平成30年3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

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第2号）等により、平成30年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

医科診療報酬点数表関係

【妊婦加算】

問1 妊婦であることはどのように確認すればよいのか。妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認が必要であるか。

(答) 妊婦加算は、医師が診察の上、妊婦であると判断した場合に算定可能であり、必ずしも妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認は必要ではない。

問2 診察時には妊婦であるかが不明であったが、後日妊娠していることが判明した場合、遡って妊婦加算を算定することは可能か。

(答) 診察の際に、医師が妊婦であると判断しなかった場合には、算定不可。

問3 妊婦加算は、妊婦が感冒等の妊娠に直接関連しない傷病について受診を行った場合に算定可能か。

(答) 初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問4 当日の診察で妊娠が確認された場合であっても妊婦加算は算定可能か。

(答) 初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問5 妊婦加算の算定に当たっては、診療録や診療報酬明細書にはどのような記載が必要か。

(答) 当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要である。

【オンライン診療料】

問6 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、当該6月の間で、同一の疾患に対して継続的に診療を行っているが、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なる管理料等を算定する場合であっても、算定要件を満たすか。

(答) 同一の疾患に対して6月間、毎月同一医師による対面診療を行っていれば、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なるものであっても、オンライン診療料の算定要件を満たすものとして差し支えない。

問7 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療

診療上のプライバシーに配慮した環境が確保されていることなどに留意して、適切に行われる必要がある。

問 13 区分番号「A003」オンライン診療料の算定要件において、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料を算定できるとあるが、  
① 区分番号「F200」薬剤料も合わせて算定可能か。  
② 区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料に係る加算・減算は算定適用されるか。

(答) ①算定可能。  
②適用されない。

問 14 オンライン診察を行うにあたり、情報通信機器を医療機関に設置した上で、医師の自宅などへ画像情報等を転送し、オンライン診察を行う場合も算定可能か。

(答) 不可。オンライン診察を行う医師は、当該医師が所属する保険医療機関においてオンライン診察を行う必要がある。

問 15 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する患者が利用する情報通信機器は、医療機関が無償で貸与する必要があるか。予約や受診等に係るシステム利用に要する費用について、実費相当分について患者に自己負担を求めても良いか。

(答) 予約や受診等に係るシステム利用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当適切な額を別途徴収できる。この場合、予め患者に対し、サービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明するなど「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」(平成17年9月1日保医発第0901002号)に従い運用すること。

問 16 区分番号「A003」オンライン診療料の算定要件・施設基準にある「厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針」とは具体的には何を指すのか。

(答) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(厚生労働省医政局)を指す。

問 17 区分番号「A003」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該保険医療機関において、オンライン診察を行う

問 22 区分番号「A003」オンライン診療料に係る施設基準にある「緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関で対面診療が可能な体制」とは、夜間や休日など当該医療機関で対応できない時間帯について、あらかじめ救急病院などを文書等で案内することでもよいか。夜間や休日でも当該保険医療機関で対応が必要か。

(答) 夜間や休日なども含めた緊急時に連絡を受け、概ね30分以内に、当該医療機関で対面診療が可能な体制が必要である。

**【地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】**

問 23 加算1又は診療料1の施設基準において、「直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

(答) 含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問 24 24時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算1又は診療料1を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算2又は診療料2を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

- ・直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ・直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

(答) 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

**【地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料】**

問 25 手引きを参考にした抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組とはなにか。

(答) 普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応を行っていること。

問 84 平成 30 年 3 月 31 日以前に措置入院又は緊急措置入院となり、4 月以降に退院する患者も対象か。

(答) そのとおり。

問 85 措置入院から医療保護入院に切り替わった場合、算定するのは、医療保護入院の退院時か。

(答) そのとおり。

問 86 A 病院に措置入院後、B 病院に医療保護入院として転院し、B 病院から自宅等に退院した場合、A 病院、B 病院のいずれで算定可能か。

(答) B 病院で入院中から都道府県等と連携して退院に向けた支援を実施し、B 病院から自宅等に退院した場合に限り、B 病院で算定可能である。(A 病院では算定不可)

問 87 精神障害者の退院後支援に関する指針とは、具体的には何を指すのか。

(答) 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」(平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 16 号)を指す。

#### 【医療安全対策加算 (医療安全対策地域連携加算)】

問 88 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。

問 89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算 1 の専任の医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問 90 医療安全対策地域連携加算 1 は、一つ以上の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答) 可能。

問 92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算 1 又は 2 に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

(答) 可能。

問 93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問 94 医療安全対策加算 1 を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算 1 の届出を行う場合、医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算 1 において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算 1 の施設基準を満たすとして理解してよいか。

(答) その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問 95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算 1 の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算 2 の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が 1 対 1 ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

(答) そのとおり。

**【感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）】**

問 96 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染防止対策加算において規定される感染制御チームの構成員と兼任可能か。

(答) 兼任可能である。また、いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務（院内感染防止対策に掲げる業務を含む。）のみ実施可能である。

問 97 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団については、感染症早期からのモニタリングを実施する患者として設定することが必要か。

(答) 施設基準で上げている患者は例示であり、各医療機関で診察を行う患者の特性等を踏まえ施設の状況に応じて設定を行えばよい。

問 98 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象として行うのか。

(答) 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

問 99 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修は、感染防止対策加算の要件となっている院内感染対策に関する研修とは別に行う必要があるか。

(答) 双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

#### 【データ提出加算（提出データ評価加算）】

問 100 今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算 2 を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

(答) 提出データ評価加算については、届出を求めている。

問 101 提出データ評価加算について、留意事項通知における要件に「その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算 2 を算定する医療機関において算定できる。」とあるが、記録し保存する具体的内容はなにか。

(答) 評価月の様式 1、外来 E F ファイル、入院レセプト、入院外レセプト、DPC 対象病院においては DPC レセプトのそれぞれにおける傷病名コードの総数及び未コード化傷病名の数を記録し、年度毎に各月の状況を保存すること。

問 102 データ提出加算 1 又は 2 については、施設基準通知の別添 3 の第 26 の



**【乳腺炎重症化予防ケア・指導料】**

問 125 区分番号「B001」の「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準で求める「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師」とは、どのような者か。

(答) 現時点では、一般財団法人日本助産評価機構により「アドバンス助産師」の認証を受けた助産師である。

**【小児抗菌薬適正使用支援加算】**

問 126 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料における小児抗菌薬適正使用支援加算は、解熱鎮痛消炎剤等の抗菌薬以外の処方を行った場合は算定できるか。

(答) 算定できる。

問 127 感染症対策ネットワーク（仮称）に係る活動とはなにか。

(答) 複数の医療機関や介護施設、自治体等と連携し、感染予防・管理についての情報共有や研修の実施などを定期的に行うこと。

問 128 「感染症に係る研修会等に定期的に参加していること。」について、研修会等とは、どのようなものが該当するか。また、定期的な期間は、どれくらいの期間か。

(答) 小児科もしくは感染症に関係する学会や医師会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に1年に1回以上参加していること。なお、病院においては保険医療機関内で行う抗菌薬の適正使用に資する研修会でも差し支えないが、この場合は、当該保険医療機関以外の医師も参加対象とした研修会であること。

問 129 「小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する」とあるが、小児科のみを専任する医師ではなく、当該保険医療機関が標榜する他の診療科を兼任している場合であっても、算定可能か。

(答) 小児科を担当する専任の医師であれば、算定可能。

**【療養・就労両立支援指導料】**

問 130 産業医が選任されていない事業場で就労する患者について、地域産業保健センターの医師に対し病状等に関する情報提供を行った場合に区分番号「B001-9」療養・就労両立支援指導料を算定することができるか。

画像診断を担当する常勤の医師が1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）以上必要と考えてよいか。

（答）そのとおり。

問 164 小児鎮静下MR I撮影加算について、「MR I撮影時の鎮静に関する指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本小児科学会、日本小児麻酔学会及び日本小児放射線学会によるMR I検査時の鎮静に関する共同提言等を指す。

問 165 小児鎮静下MR I撮影加算について、必ずしも複数医師の管理を要さない、催眠鎮静薬等を用いて撮影した場合も算定できるか。

（答）小児鎮静下MR I撮影加算は、画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等の複数の医師により、検査の有用性と危険性に配慮した検査適応の検討を行った上で、検査中に適切なモニタリングや監視を行う必要がある鎮静下を実施された場合に算定する。

問 166 遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。

（答）医学物理士等を指す。

問 167 区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、悪性腫瘍に対して使用する場合に、必ずしも事前にコンピューター断層撮影を実施する必要はないと考えてよいか。

（答）よい。

#### 【処方料、処方箋料】

問 168 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか

（答）エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」（<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>）なども参照され

たい。

問 169 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

(答) 「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

問 170 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、てんかんの治療のために、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は該当するか。

(答) 該当しない。

問 171 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

(答) 「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医eラーニング」を含む。）において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容含むものを2単位以上取得した場合をいう。

「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験5年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。

**【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】**

問 172 (1) 様式 21 の 6 等を用いてリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合計画書を作成する際、FIMを用いた評価を記載している場合には、様式 21 の 6 等にあらかじめ設けられたBIの記載を省略してもよい。

(2) (1) の場合に、BIの記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式 21 の 6 を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に、リハビリテーション計画提供料 1 及び電子化連携加算は

い場合は、様式 13 の 2 (13 の 3、13 の 4) の提出を略することができる」とあるが、平成 30 年 7 月までの間の届出においても、平成 29 年 7 月の内容と変更がない場合は略してよいか。

(答) そのとおり。

問 211 総合入院体制加算の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

(答) 対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

#### 【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4 - 2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5 - 1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

(答) ①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報や画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 213 感染防止対策加算における加算算定医療機関間の年 4 回のカンファレンスについて、例えば、感染制御チームを医師 2 名、看護師 3 名、薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名で組織しているようなチームメンバーの職種が複数名の場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて

調剤診療報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に除くこととしている、同一グループの保険薬局の勤務者には、保険薬局に勤務する役員も含まれるか。また、例えば本社の間接部門の勤務者等についても、含まれるか。

(答) 同一グループの保険薬局の勤務者には役員を含める。また、間接部門の勤務者等でも、保険薬局業務に関与する部門の勤務者であれば含める。

問2 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合(処方箋集中率)について、「特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。)を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値」とされたが、以下の場合の当該保険薬局の処方箋受付回数と集中率はどのように算出することになるか。

保険薬局の1年間の処方箋受付回数

A医療機関(歯科以外) 2,000回

A医療機関(歯科) 100回

A医療機関以外 20,000回

※ A医療機関が最も処方箋受付回数が多い

(答)

処方箋受付回数について

$2,000 + 100 + 20,000 = 22,100$ 回 となる。

処方箋集中率について

$((2,000 + 100) / 22,100) \times 100 = 9.5\%$  となる。

問3 調剤基本料の「注9」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が3回で、1回目は時間外加算の対象、2回目は時間外加算の対象外、3回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

(答) それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方箋について分割調剤を実施しない場合に算定する点数(調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料)を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。したがって、調剤時に時間外加算の要件を満たす場合には、当該加

算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

※薬剤料は調剤した分を算定

〈1回目〉

|                |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| ・調剤基本料         | 41点                                 |
| ・地域支援体制加算      | 35点                                 |
| ・調剤料(2剤の場合)    | 172点(90日分)                          |
| ・一包化加算         | 220点(90日分)                          |
| ・ <b>時間外加算</b> | <b>248点</b>                         |
| ・薬剤服用歴管理指導料    | 41点                                 |
| 計              | 757点 × 1/3 = 252.333≒252点+薬剤料(30日分) |

〈2回目〉

|             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|
| ・調剤基本料      | 41点                                 |
| ・地域支援体制加算   | 35点                                 |
| ・調剤料(2剤の場合) | 172点(90日分)                          |
| ・一包化加算      | 220点(90日分)                          |
| ・薬剤服用歴管理指導料 | 41点                                 |
| ・服薬情報等提供料1  | 30点                                 |
| 計           | 539点 × 1/3 = 179.666≒180点+薬剤料(30日分) |

〈3回目〉※時間外加算を含めて合算する。

|                |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| ・調剤基本料         | 41点                                 |
| ・地域支援体制加算      | 35点                                 |
| ・調剤料(2剤の場合)    | 172点(90日分)                          |
| ・一包化加算         | 220点(90日分)                          |
| ・ <b>時間外加算</b> | <b>248点</b>                         |
| ・薬剤服用歴管理指導料    | 41点                                 |
| ・服薬情報等提供料1     | 30点                                 |
| 計              | 787点 × 1/3 = 262.333≒262点+薬剤料(30日分) |

### 【服薬情報等提供料】

問4 かかりつけ薬剤師指導料や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定していない患者について、当該患者の介護にかかわっている介護支援専門員等からの求めに応じ、服薬状況の確認及び必要な指導の内容について提供した場合に、服薬情報等提供料2を算定して差し支えないか。

(答) 患者の同意を得るなどの要件を満たせば、算定して差し支えない。

### 【かかりつけ薬剤師指導料】

問5 かかりつけ薬剤師指導料において、「必要に応じ、患者が入手している調

剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。」とされているが、具体的にどのような業務を想定しているのか。

(答) 例えば、腎機能低下により投与量の調節が必要な薬剤が処方されている患者に対して、腎機能検査結果（血清クレアチニン（Cr）、推定糸球体濾過量（eGFR））を参照するなどにより、用法・用量の適切性や有害事象の発現の有無を確認することが想定される。

#### 【分割処方】

問6 分割指示に係る処方箋について、何回目の分割調剤であるかにかかわらず、別紙を含む全ての処方箋が提出されない場合は、処方箋を受け付けられないという理解でよいか。

(答) 貴見のとおり。

#### 【服用薬剤調整支援料】

問7 服用薬剤調整支援料に規定する内服薬に、浸煎薬及び湯薬は含まれないと理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

問8 服用薬剤調整支援料について、内服薬の種類数は2種類以上同時に減少する必要があるか。同時でなくてもよい場合、内服薬の種類数の減少はいつを起点とすればよいか。

(答) 同時でなくてよい。保険薬剤師が減薬の提案を行った日以降に、内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。

問9 服用薬剤調整支援料について、「保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により記録・保持する。」となっているが、医療機関から情報が得られるのか。

(答) 保険薬局において服用薬剤調整支援料を算定する場合、基本的に保険医療機関は薬剤総合評価調整管理料の算定要件を満たすことになり、保険医療機関から情報提供がなされることが想定される。

(参考：薬剤総合評価調整管理料の算定要件（抜粋）)

保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

問 10 地域支援体制加算が新設され、基準調剤加算が廃止されたが、両加算で共通する施設基準については、その取り扱いに変更はないと解してよいか。

また、平成 30 年 3 月 31 日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局が、4 月以降に地域支援体制加算を算定するため 4 月 16 日までに施設基準の届出を行う場合、基準調剤加算の施設基準と同一の要件であっても改めて関係書類を添付する必要があるか。

(答) 変更ないものとして取り扱ってよい。また、改定前の基準調剤加算届出時の添付書類と内容に変更を生じていないものについては、改めて同じ書類を添付しなくても差し支えない。

問 11 地域支援体制加算の地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績のうち、(ト)の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数について、改定前の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物居住者以外の場合の算定回数を含めてよいか。

(答) 届出前の直近 1 年間に実施したものは含めて差し支えない。

#### 【薬剤服用歴管理指導料】

問 12 薬剤服用歴管理指導料の特例について、「適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近 3 月間における割合が 50%を上回った場合には、その時点で「適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局」に該当しないとされているが、日単位ではなく月単位で判断することでよいか。

(答) 貴見のとおり。3 月で算出した割合が 50%を上回った翌月から、通常の薬剤服用歴管理指導料を算定すること。

問 13 調剤報酬明細書において、薬剤服用歴管理指導料について手帳の持参の有無等により分けて記載することとなったが、患者に交付する明細書についても同様に分けて記載すべきか。

(答) 貴見のとおり。6 月以内に再度処方箋を持参した患者か否か、6 月以内に再度処方箋を持参した患者に対しては、手帳持参の有無が患者に分かるように記載すること。例えば、6 月以内に再度処方箋を持参した患者の場合は薬剤服用歴管理指導料の記載に加えて「手帳あり」又は「手帳なし」を、6 月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者の場合は同指導料の記載に加えて「6 月外」を追記することなどが考えられる。

#### 【在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料】



問 14 区分番号「15 の 3」在宅患者緊急時等共同指導料及び区分番号「15 の 4」退院時共同指導料における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合」、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

(答) ①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合をいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報や画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

#### 【その他】

問 15 年度内に新規に開設した保険薬局に対する調剤基本料注 3 (50/100 減算) 及び薬剤服用歴管理指導料の特例の適用期間はどのように考えたらよいか。

(答) 開設日の属する月の翌月 1 日から 1 年間の実績により判断し、それ以降は前年 3 月から当年 2 月末までの実績により当年 4 月からの適用について判断すること。最初の判定までの間はこれらの減算又は特例は適用しないこと。