令和２年度
診療報酬改定説明資料

（調剤）

この資料に掲載されている内容及び通知などについては、令和２年３月５日現在において厚生労働省で示した内容によるものであり、取扱いが変更となる場合があります。

最新の内容は、その後に追加された通知などにより、ご確認をお願いします。

関東信越厚生局

【目次】

１．　令和２年度診療報酬改定について　・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

２．　令和２年度診療報酬改定関連通知等について（その１）　・・・・・　２

２．　令和２年度診療報酬改定の概要
（１）総論　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（２）調剤　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１
（３）経過措置・届出について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３５

３．　特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（１）通知（抜粋）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３９
（２）別添２　特掲診療料の施設基準に係る届出書　・・・・・・・・・　５５

（参考）オンライン資格確認の導入について　・・・・・・・・・・・・　６１

保 発 0305 第 1 号
令 和 2 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局長
都 道 府 県 知 事 殿

厚生労働省保険局長
（公 印 省 略）

令和２年度診療報酬改定について

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」（令和２年厚生労働省告示第 57 号）等の関係告示等が別添のとおり公布（一部未定）され、本年４月１日から適用されることとなったため、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

（別添）

令和２年度診療報酬改定　関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示（予定）日	法令番号
1	健康保険法施行規則の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第 23 号
2	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第 24 号
3	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第 25 号
4	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示	３月５日	厚生労働省告示第 55 号
5	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の一部を改正する告示	３月５日	厚生労働省告示第 56 号
6	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 57 号
7	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 58 号
8	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 59 号
9	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 60 号
10	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 61 号
11	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を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 62 号
12	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第 63 号
13	複数手術に係る費用の特例を定める件の一部を改正する件	３月 23 日	（未定）
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	３月 23 日	（未定）
15	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	３月 23 日	（未定）
16	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部を改正する件	３月 23 日	（未定）
17	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部を改正する件	３月 23 日	（未定）
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部を改正する件	３月 27 日	（未定）
19	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養等の一部を改正する件	３月 27 日	（未定）
20	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月 27 日	（未定）
21	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月 27 日	（未定）
22	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	３月 27 日	（未定）

事　務　連　絡
令和２年３月５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

令和２年度診療報酬改定関連通知等について（その１）

令和２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ておりますことを申し添えます。

（別紙）

名称	番号・日付
令和2年度診療報酬改定について	令和2年3月5日 保発0305第1号
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	令和2年3月5日 保発0305第2号
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	令和2年3月5日 保発0305第3号
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	令和2年3月5日 保発0305第4号
指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第88条第1項の規定に基づく指定等の取扱いについて	令和2年3月5日 保発0305第5号
診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第1号
基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	令和2年3月5日 保医発0305第2号
特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	令和2年3月5日 保医発0305第3号
訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて	令和2年3月5日 保医発0305第4号
「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について	令和2年3月5日 保医発0305第5号
使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について	令和2年3月5日 保医発0305第6号
「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	令和2年3月5日 保医発0305第7号
保険医の使用医薬品（掲示事項等告示第6関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（掲示事項等告示第14 関係）に係る留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第8号
特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第9号
特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について	令和2年3月5日 保医発0305第10号
特定診療報酬算定医療機器の定義等について	令和2年3月5日 保医発0305第11号
特定保険医療材料の定義について	令和2年3月5日 保医発0305第12号
入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて	令和2年3月5日 保医発0305第13号
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第14号
特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書（希望区分Ｂ）に記載する機能区分コードについて	令和2年3月5日 事務連絡

令和2年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令和２年度診療報酬改定について

診療報酬改定

１．診療報酬　　＋０．５５％

※１　うち、※２を除く改定分　＋０．４７％
　　各科改定率　　医科　＋０．５３％
　　歯科　＋０．５９％
　　調剤　＋０．１６％
※２　うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応　＋０．０８％

２．薬価等

①　薬価　　▲０．９９％
　※　うち、実勢価等改定　▲０．４３％
　　市場拡大再算定の見直し等　▲０．０１％

②　材料価格　　▲０．０２％
　※　うち、実勢価等改定　▲０．０１％

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として　　公費　１２６億円程度

地域医療介護総合確保基金として　　公費　１４３億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和２年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
▶ 患者・国民に身近な医療の実現
▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】
・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】
・かかりつけ機能の評価
・患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
・アウトカムにも着目した評価の推進
・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
・医療におけるICTの利活用

3　医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】
・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
・外来医療の機能分化
・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
・地域包括ケアシステムの推進のための取組

4　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】
・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
・費用対効果評価制度の活用
・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

3

令和2年度診療報酬改定

令和２年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1．地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2．医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3．タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
4．業務の効率化に資するICTの利活用の推進

Ⅱ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1．かかりつけ機能の評価
2．患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3．地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4．重症化予防の取組の推進
5．治療と仕事の両立に資する取組の推進
6．アウトカムにも着目した評価の推進
7．重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8．医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9．口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10．薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11．医療におけるICTの利活用

Ⅲ　医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1．医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2．外来医療の機能分化
3．質の高い在宅医療・訪問看護の確保
4．地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
5．医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

1．後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2．費用対効果評価制度の活用
3．市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4．医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5．外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6．医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7．医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

4

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要
① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

令和２年度調剤報酬改定のポイント

かかりつけ機能の評価

➢ **重複投薬解消に対する取組の評価**
- 患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬等の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行った場合を評価

➢ **地域支援体制加算の要件の見直し**
- 調剤基本料1の薬局では、医療機関への情報提供等の実績要件を追加
- 調剤基本料1以外の薬局では、麻薬の管理指導の実績要件を見直すなど、一部要件を緩和

➢ **かかりつけ薬剤師指導料の評価の拡充**

➢ **同一薬局の利用推進**
- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる再来局期間を6月から3月に短縮し、評価を引上げ
- 患者が複数の医療機関の処方箋をまとめて提出した場合に、2枚目以降の調剤基本料の点数を一定程度低くする
- 患者が普段利用する薬局のお薬手帳への記載を促す

対物業務から対人業務への構造的な転換

【対人業務の評価の拡充】

➢ **がん患者に対する質の高い医療の提供の評価**
- ①患者の治療計画書等を踏まえた服薬指導を行い、②次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する取組を評価

➢ **喘息等の患者に対する丁寧な服薬指導の評価**
- 吸入薬の使用方法について、文書に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、医師に結果を報告することなどを評価

➢ **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価**
- インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどを評価

【対物業務等の評価の見直し】

➢ **調剤料（内服薬）の見直し**
- 日数に比例した①1～7日分、②8～14日分の点数をそれぞれ定額化
- 15日分以上の点数も一定程度引き下げ、全体として適正化

➢ **調剤基本料の見直し**
- 処方箋の集中率が95%を超え、かつ、1月あたりの処方箋の受付回数が一定以上(※)の場合の点数を引下げ
  ※ ①1店舗で1,800回を超える場合、又は②同一グループ全体で3万5千回を超える場合
- 特別調剤基本料について、診療所敷地内薬局を対象に追加し、点数を引下げ

在宅業務の推進

➢ **緊急訪問の評価の拡充**
- 計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等の対応で、緊急に訪問薬剤管理指導を行った場合を評価

➢ **経管投薬の患者への服薬支援の評価**
- 簡易懸濁法(錠剤等を粉砕せず、お湯で溶かし、経管投薬する方法)を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

ICTの活用

➢ **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
- 薬機法改正でオンライン服薬指導が認められることを踏まえた対応

後発医薬品の使用推進

➢ **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
- ①後発医薬品の調剤数量割合が75%～80%の区分の点数を引下げ、②調剤数量割合が85%以上の区分の点数を引上げ
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の範囲を拡大(20%→40%)

残薬への対応の推進

➢ **薬局から医療機関への残薬に係る情報提供の推進**
- お薬手帳により残薬の状況を医療機関に情報提供する規定を薬剤服用歴管理指導料の要件に追加
- 医師の指示による分割調剤を行う際、服薬情報等提供料を分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとする

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－1　かかりつけ機能の評価　－③

薬局における対人業務の評価の充実　①

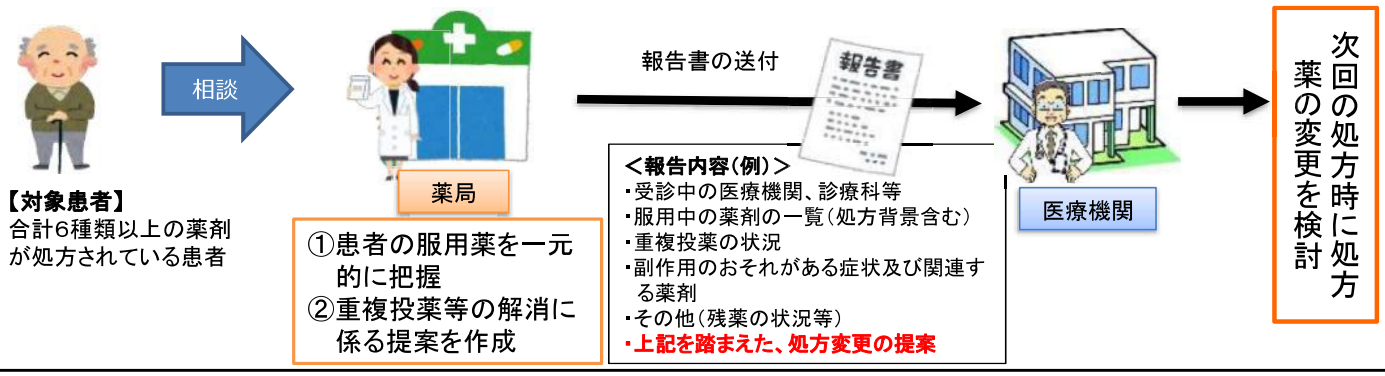
外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

（新）　服用薬剤調整支援料2　　100点　（3月に1回まで）

［算定要件］
複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※　重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



51

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－②

薬局における対人業務の評価の充実　②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

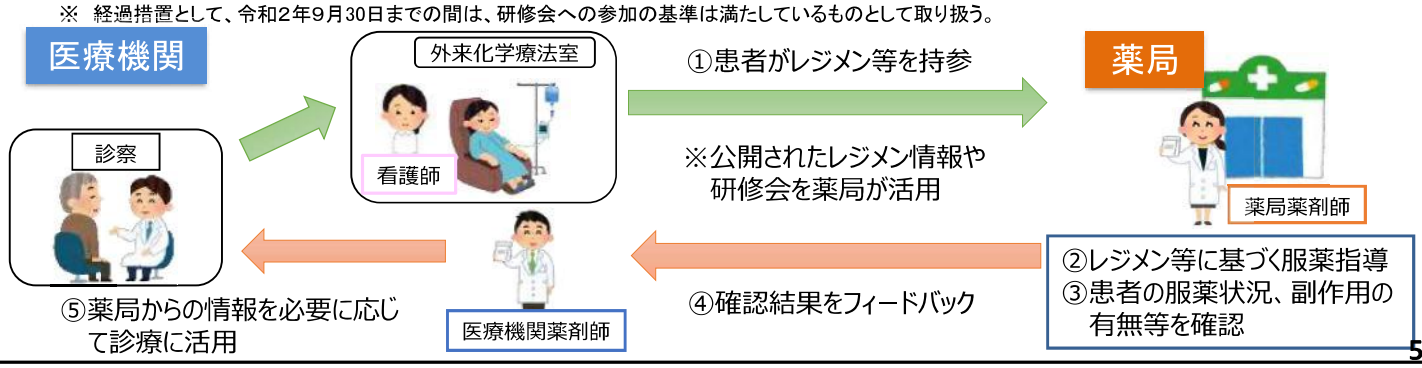
- 薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　特定薬剤管理指導加算2　　100点（月1回まで）

［対象患者］
連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

［算定要件］
①レジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。

［施設基準］
（1）　パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
（2）　保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。
※　経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



52

薬局における対人業務の評価の充実　③

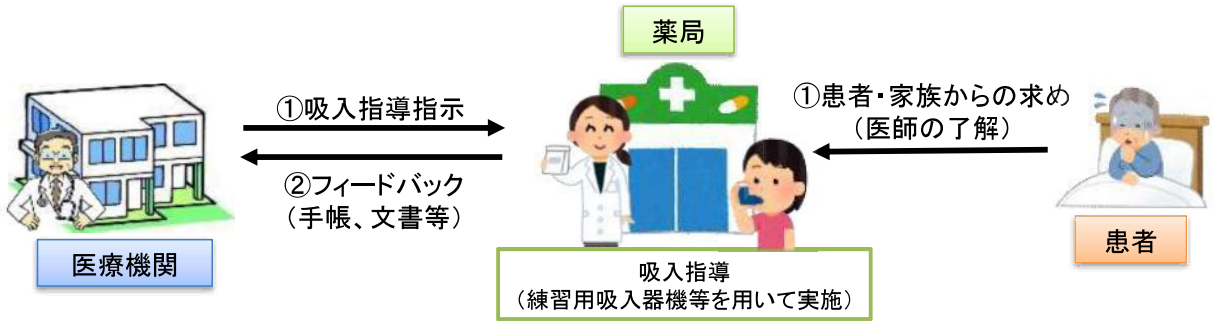
吸入薬指導加算

- 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　吸入薬指導加算　　30点（3月に1回まで）

［算定要件］
喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者等の求めに応じて、
① 文書及び練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かの確認、
② 保険医療機関に必要な情報を文書により提供
等した場合に算定する。

※ 保険医療機関への情報提供は、手帳による情報提供でも差し支えない。



令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－②

薬局における対人業務の評価の充実　④

調剤後薬剤管理指導加算

- 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合を新たな評価。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　調剤後薬剤管理指導加算　30点（月1回まで）

［対象保険薬局］
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局
［対象患者］
インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの
［算定要件］
患者等の求めに応じて、
① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導、
② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供
を行った場合に算定する。

薬局における対人業務の評価の充実　⑤

薬剤服用歴管理指導料

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、**再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮する**とともに、**対象を調剤基本料2、調剤基本料3にも拡大**する。
2. 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。
3. 医療機関と薬局が連携による**残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加**する。
4. 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、**患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加**する。

薬剤服用歴管理指導料の区分等の見直しの全体像

現行		
1	原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者又は調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する薬局に処方箋を持参した患者は、53点を算定。	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	41点

⇒

見直し後		
1	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者は、57点を算定。	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	43点
4	オンライン服薬指導を行った場合	43点

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－②

薬局における対人業務の評価の充実　⑥

経管投薬支援料

- 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法※を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

（新）　経管投薬支援料　　100点（初回のみ）

［算定要件］
胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、保険医療機関等からの求めに応じて、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。

＜具体的な支援内容＞
① 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
② 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
③ 保険医療機関への患者の服薬状況及び家族等の理解度に係る情報提供（必要に応じて）

※錠剤粉砕・カプセル開封をせずに、投与時にお湯（約55℃）等に入れて崩壊・懸濁を待ち（10分程度）、経管投与する方法

薬局における対人業務の評価の充実　⑦

分割調剤時の服薬情報等提供料の取扱い

- 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

【服薬情報等提供料】

［算定要件］

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に対して情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容を薬剤服用歴の記録に記載する。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・副作用の有無
・副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

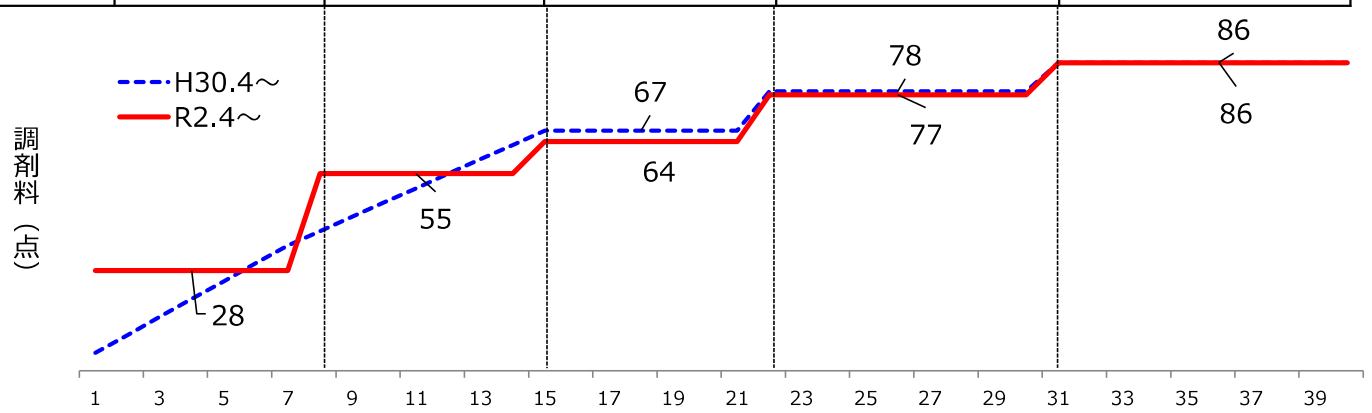
（下線部を要件として追加）

調剤料の見直し

調剤料（内服薬）の見直し

➢ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
改定年度	平成22年	5点／日 ※最大35点	4点／日 ※最大63点	71点	81点	89点
	平成28年			70点（▲1）	80点（▲1）	87点（▲2）
	平成30年	※平均27点 （H30年度実績）	※平均61点 （H30年度実績）	67点（▲3）	78点（▲2）	86点（▲1）
	令和2年	28点	55点	64点（▲3）	77点（▲1）	86点



令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）
1　近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

（働き方改革）
2　医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（入院医療）
3　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
4　救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（DPC／PDPS）
5　急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

（かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等）
6　かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
7　地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
8　妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
9　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。
10　依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
11　オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

59

令和2年度診療報酬改定

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（医薬品の適正使用）
12　重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
13　AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
14　病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）
15　院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
16　口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）
17　調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）
18　バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）
19　医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）
20　医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

60

令和2年度診療報酬改定の概要
（調剤）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

1

令和２年度診療報酬改定について

診療報酬改定

１．診療報酬　　＋０．５５％

※１　うち、※２を除く改定分　＋０．４７％

各科改定率　　医科　＋０．５３％
　　歯科　＋０．５９％
　　調剤　＋０．１６％

※２　うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応　＋０．０８％

２．薬価等

①　薬価　　▲０．９９％

※　うち、実勢価等改定　▲０．４３％
　　市場拡大再算定の見直し等　▲０．０１％

②　材料価格　　▲０．０２％

※　うち、実勢価等改定　▲０．０１％

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として　　公費　１２６億円程度

地域医療介護総合確保基金として　　公費　１４３億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

2

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

１．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

２．かかりつけ機能の評価

３．対物業務から対人業務への構造的な転換

① 対人業務の評価の拡充

② 対物業務等の評価の見直し

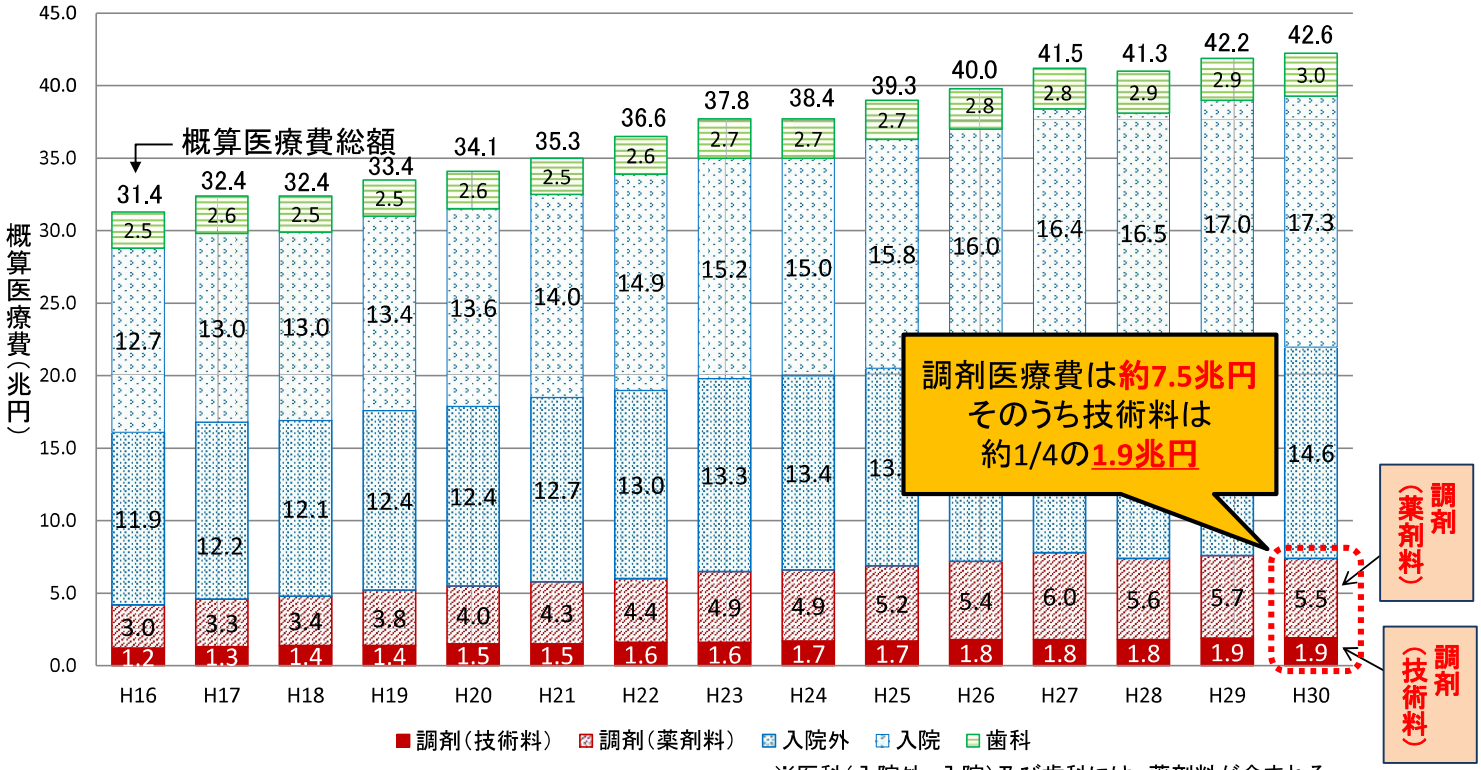
４．その他の評価の見直し

５．地方厚生局への届出と報告

3

調剤医療費の推移

○ 平成30年度の概算医療費は約42.6 兆円であった。
○ 調剤医療費は約7.5兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.5兆円、技術料が約1.9兆円であった。



※医科（入院外、入院）及び歯科には、薬剤料が含まれる。

医療費の動向、調剤医療費の動向（厚生労働省保険局調査課）を基に作成

4

患者のための薬局ビジョンの策定経緯とその後の動き

平成27年３月　規制改革会議　公開ディスカッション（医薬分業のあり方に関して議論）

- 規制改革会議公開ディスカッションにおける論点（抜粋）

院内処方として医薬品を医療機関で受け取るよりも、院外処方として薬局で受け取る方が、患者の負担額は大きくなるが、負担の増加に見合うサービスの向上や分業の効果などが実感できないとの指摘もある。

平成27年10月　患者のための薬局ビジョンの策定

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、「かかりつけ薬剤師・薬局」を推進。
- また、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能として、「健康サポート機能」と「高度薬学管理機能」を提示。

平成28年４月以降

○　診療報酬上の対応
平成28年度改定
平成30年度改定

○　薬機法の改正
改正薬機法が令和元年12月に公布
※地域連携薬局、専門医療機関連携薬局

5

薬機法等制度改正に関するとりまとめ（抄）

（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）

（前略）今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、**現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業**であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、**単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており**、**多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がない**という指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。（後略）

6

令和２年度調剤報酬改定のポイント

かかりつけ機能の評価

- **重複投薬解消に対する取組の評価**
  - 患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬等の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行った場合を評価
- **地域支援体制加算の要件の見直し**
  - 調剤基本料1の薬局では、医療機関への情報提供等の実績要件を追加
  - 調剤基本料1以外の薬局では、麻薬の管理指導の実績要件を見直すなど、一部要件を緩和
- **かかりつけ薬剤師指導料の評価の拡充**
- **同一薬局の利用推進**
  - 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる再来局期間を6月から3月に短縮し、評価を引上げ
  - 患者が複数の医療機関の処方箋をまとめて提出した場合に、2枚目以降の調剤基本料の点数を一定程度低くする
  - 患者が普段利用する薬局のお薬手帳への記載を促す

対物業務から対人業務への構造的な転換

【対人業務の評価の拡充】

- **がん患者に対する質の高い医療の提供の評価**
  - ①患者の治療計画書等を踏まえた服薬指導を行い、②次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する取組を評価
- **喘息等の患者に対する丁寧な服薬指導の評価**
  - 吸入薬の使用方法について、文書に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、医師に結果を報告することなどを評価
- **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価**
  - インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどを評価

【対物業務等の評価の見直し】

- **調剤料（内服薬）の見直し**
  - 日数に比例した①1～7日分、②8～14日分の点数をそれぞれ定額化
  - 15日分以上の点数も一定程度引き下げ、全体として適正化
- **調剤基本料の見直し**
  - 処方箋の集中率が95%を超え、かつ、1月あたりの処方箋の受付回数が一定以上(※)の場合の点数を引下げ
    ※ ①1店舗で1,800回を超える場合、又は②同一グループ全体で3万5千回を超える場合
  - 特別調剤基本料について、診療所敷地内薬局を対象に追加し、点数を引下げ

在宅業務の推進

- **緊急訪問の評価の拡充**
  - 計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等の対応で、緊急に訪問薬剤管理指導を行った場合を評価
- **経管投薬の患者への服薬支援の評価**
  - 簡易懸濁法(錠剤等を粉砕せず、お湯で溶かし、経管投薬する方法)を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

ICTの活用

- **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
  - 薬機法改正でオンライン服薬指導が認められることを踏まえた対応

後発医薬品の使用推進

- **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
  - ①後発医薬品の調剤数量割合が75%～80%の区分の点数を引下げ、②調剤数量割合が85%以上の区分の点数を引上げ
  - 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の範囲を拡大(20%→40%)

残薬への対応の推進

- **薬局から医療機関への残薬に係る情報提供の推進**
  - お薬手帳により残薬の状況を医療機関に情報提供する規定を薬剤服用歴管理指導料の要件に追加
  - 医師の指示による分割調剤を行う際、服薬情報等提供料を分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとする

7

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

1．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

2．かかりつけ機能の評価

3．対物業務から対人業務への構造的な転換

① 対人業務の評価の拡充

② 対物業務等の評価の見直し

4．その他の評価の見直し

5．地方厚生局への届出と報告

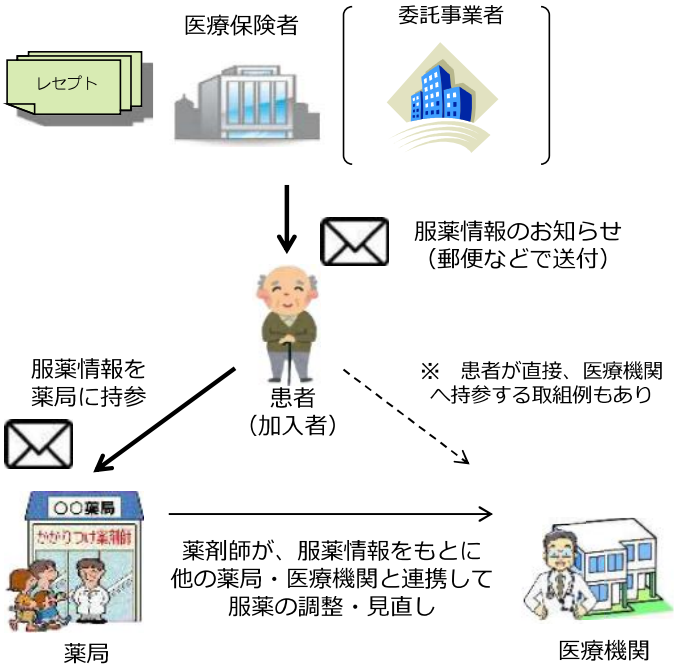
8

保険者による現行の取組例

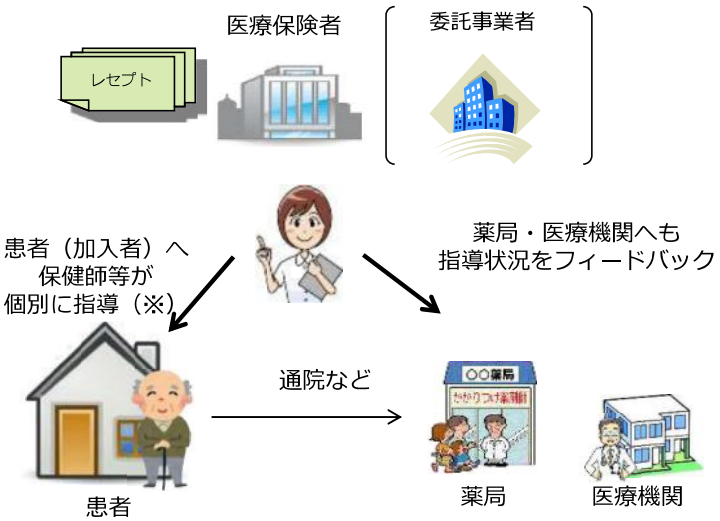
2018年４月19日
経済･財政一体改革推進委員会
社会保障ＷＧ厚労省資料

○　保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問･指導するパターン



（※）重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。
（※）服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

9

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－1　かかりつけ機能の評価　－③

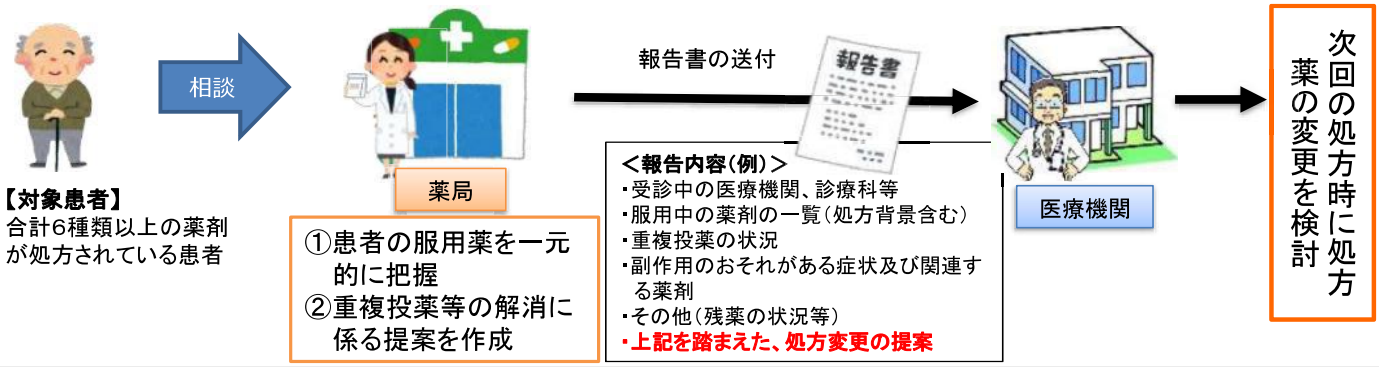
薬局における対人業務の評価の充実　①

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

➢ 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

（新）　服用薬剤調整支援料2　　100点　（3月に1回まで）

［算定要件］
複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。
※　重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



10

薬局と医療機関の連携による重複投薬等への対応（広島市）

○ 広島市では、服薬情報通知書に加え、薬局の「服薬状況レポート」を活用した重複投薬の解消等の取組が行われている。

1．対象患者

○ 国保及び高齢者医療の被保険者で65歳以上、かつ、複数の医療機関から、月14日分以上の内服薬が９種類以上（平成30年度は10種類以上）処方されている患者

2．実施手順

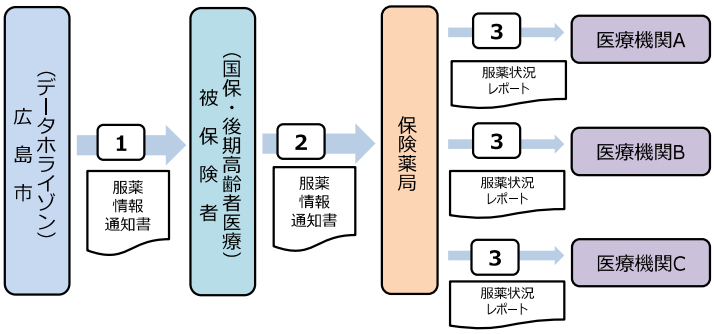
① 対象患者を抽出し、服薬情報を記載した「服薬情報通知書」を送付し、かかりつけの医師・薬剤師への相談を促す

② お知らせを受けた患者は、かかりつけ薬局等に「服薬情報通知書」を提示する

③ **薬局は「服薬状況レポート」を作成し、医療機関へ送付する（問題があれば医師に処方の見直しの提案を行う）**

④ 医師は、服薬状況レポートを活用し、処方の見直し等を行う

【実施フロー】 ※患者が薬局ではなく、医療機関に相談する場合もある



【薬局が作成する服薬状況レポートの内容例】

- **副作用**（高齢者に多い薬の副作用（食欲低下、ふらつき・転倒、排尿障害、便秘、物忘れ、うつ、せん妄）について聞取り）
- **残薬の状況**
- **重複投与**
- **相互作用**
- **慎重投与**

出典：株式会社データホライゾン提供資料に基づき医療課が作成

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ－1 かかりつけ機能の評価 －④

かかりつけ薬剤師指導料等の評価

➢ 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、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ついて、患者のプライバシーに配慮や残薬への対応に関する要件を見直すとともに評価を見直す。

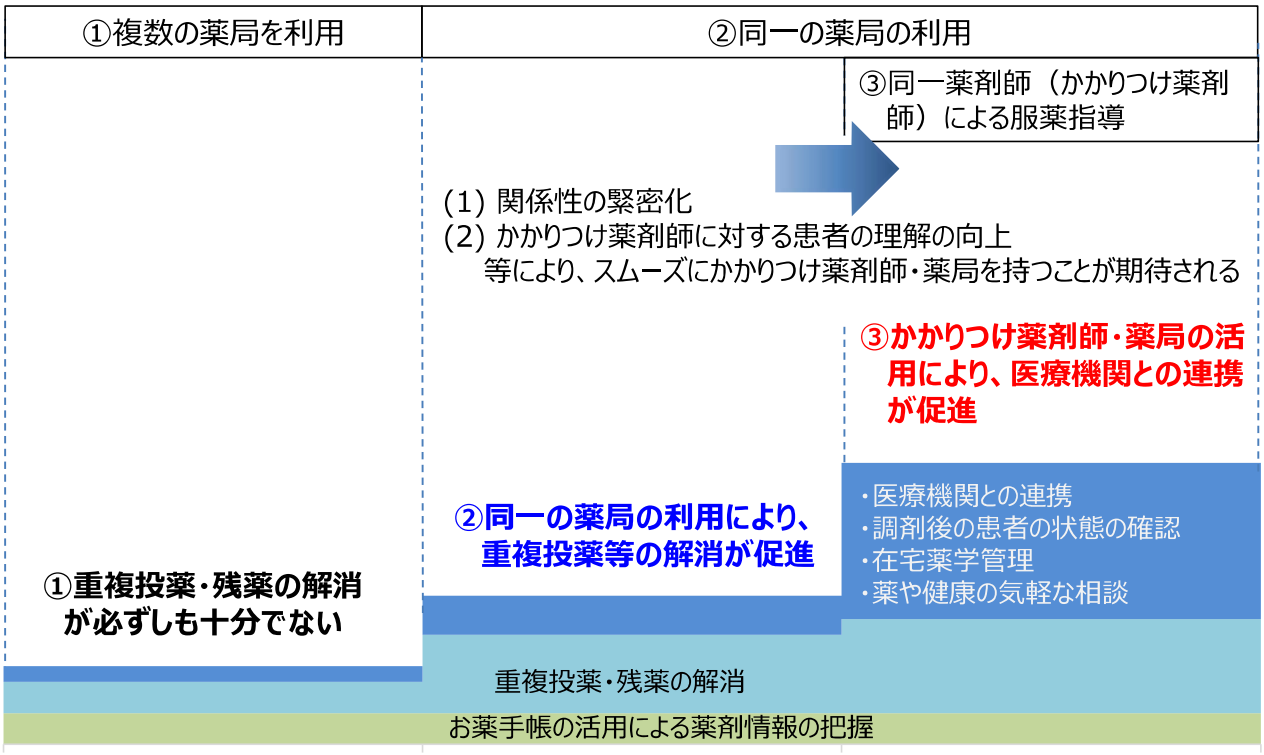
現行	見直し後
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師指導料】 76点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 291点
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
【薬剤服用歴管理指導料※】 ［算定要件］ (1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。	【薬剤服用歴管理指導料※】 ［算定要件］ (1)エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

※ かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこととされている。

同一の薬局の利用による重複投薬等の解消、かかりつけ薬剤師・薬局の推進

○　同一の薬局の利用による薬剤の一元的な把握等により、重複投薬や残薬の解消が期待できる。
○　さらに、同一の薬局を繰り返し利用することは、(1)患者と薬剤師との関係性の緊密化、(2)かかりつけ薬剤師に対する患者の理解の向上等につながり、将来的に患者がかかりつけ薬剤師・薬局を持つことが期待される。

同一の薬局の利用による効果のイメージ



13

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－1　かかりつけ機能の評価　－⑤

同一薬局の利用推進

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、**再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮する**とともに、**対象を調剤基本料1以外にも拡大**。
- 調剤基本料について、同一患者から**異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80**に相当する点数を算定する。
- 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、**患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加**する。

現行

		調剤基本料１の薬局	調剤基本料１以外
６ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	41点	53点
	手帳なし	53点	
６ヶ月以内の再度の来局でない	手帳あり／なし		

令和２年度改定

		調剤基本料１の薬局	調剤基本料１以外
３ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	43点	
	手帳なし	57点	
３ヶ月以内の再度の来局でない	手帳あり／なし		

14

地域支援体制加算の見直しについて

令和２年度改定の内容

○　実績要件について、**調剤基本料１では要件を強化、**一方、**調剤基本料１以外では一部要件を緩和**

○　地域支援体制加算の評価の引き上げ（35点　→　**38点**）

＜主な要件の見直し内容＞

調剤基本料１：在宅訪問薬剤管理の回数の見直し、①医療機関への情報提供又は②地域ケア会議等の参加の実績を追加

調剤基本料１以外：麻薬に係る実績等を緩和。また、地域ケア会議等への参加を要件に追加し、９要件のうち８つを満たすこととする

○地域支援体制加算の実績要件

➢　調剤基本料１の場合

以下の基準を全て満たすこと	
1	麻薬小売業者の免許を受けていること
2	在宅患者薬剤管理の実績　1回以上
3	かかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていること

※１　在宅協力薬局として実施した場合（同一グループ内は除く）や同等の業務を行った場合を含む。

※２　同等の業務を行った場合を含む。

以下の基準のうち1～3を満たした上で、4又は5を満たすこと。（1薬局あたりの年間の回数）	
1	麻薬小売業者の免許を受けていること
2	在宅患者薬剤管理の実績　**12回以上　※1**
3	かかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていること
4	**服薬情報等提供料の実績　12回以上　※2**
5	**薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席していること。**

➢　調剤基本料１以外の場合

以下の基準を全て満たすこと	
1	夜間･休日等の対応実績　400回以上
2	麻薬管理指導加算の実績　10回以上
3	重複投薬･相互作用等防止加算等の実績　40回以上
4	かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上
5	外来服薬支援料の実績　12回以上
6	服用薬剤調整支援料の実績　1回以上
7	単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績　12回以上
8	服薬情報等提供料の実績　60回以上

以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。（1～8は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、9は薬局あたりの年間の回数）	
1	（変更なし）
2	**麻薬の調剤実績**　10回以上
3	（変更なし）
4	（変更なし）
5	（変更なし）
6	（変更なし）
7	単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績　12回以上 **※1**
8	服薬情報等提供料の実績　60回以上　**※2**
9	**薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。**

15

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－①

地域医療に貢献する薬局の評価

➢　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価を見直す。

地域支援体制加算　　35点　→　**38点**

※青字は変更部分

○地域支援体制加算の施設基準

（1）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
（2）患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
（3）患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
（4）一定時間以上の開局
（5）十分な数の医薬品の備蓄、周知
（6）薬学的管理･指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
（7）24時間調剤、在宅対応体制の整備
（8）在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
（9）保健医療･福祉サービス担当者との連携体制
（10）医療安全に資する取組実績の報告
（11）集中率85％超の薬局は、後発品の調剤割合50％以上

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

○　調剤基本料1を算定している保険薬局

以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

（1薬局あたりの年間の回数）

① 麻薬小売業者の免許を受けていること。

② 在宅患者薬剤管理の実績　12回以上　※1

③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

④ 服薬情報等提供料の実績　12回以上　※2

⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

○　調剤基本料1以外を算定している保険薬局

以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。

（①～⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数）

①	夜間･休日等の対応実績	400回以上
②	麻薬の調剤実績	10回以上
③	重複投薬･相互作用等防止加算等の実績	40回以上
④	かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回以上
⑤	外来服薬支援料の実績	12回以上
⑥	服用薬剤調整支援料の実績	1回以上
⑦	単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回以上　※1
⑧	服薬情報等提供料の実績	60回以上　※2

⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

※1　在宅協力薬局として実施した場合（同一グループ内は除く）や同等の業務を行った場合を含む。

※2　同等の業務を行った場合を含む。

16

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

1．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

2．かかりつけ機能の評価

3．対物業務から対人業務への構造的な転換

①　対人業務の評価の拡充

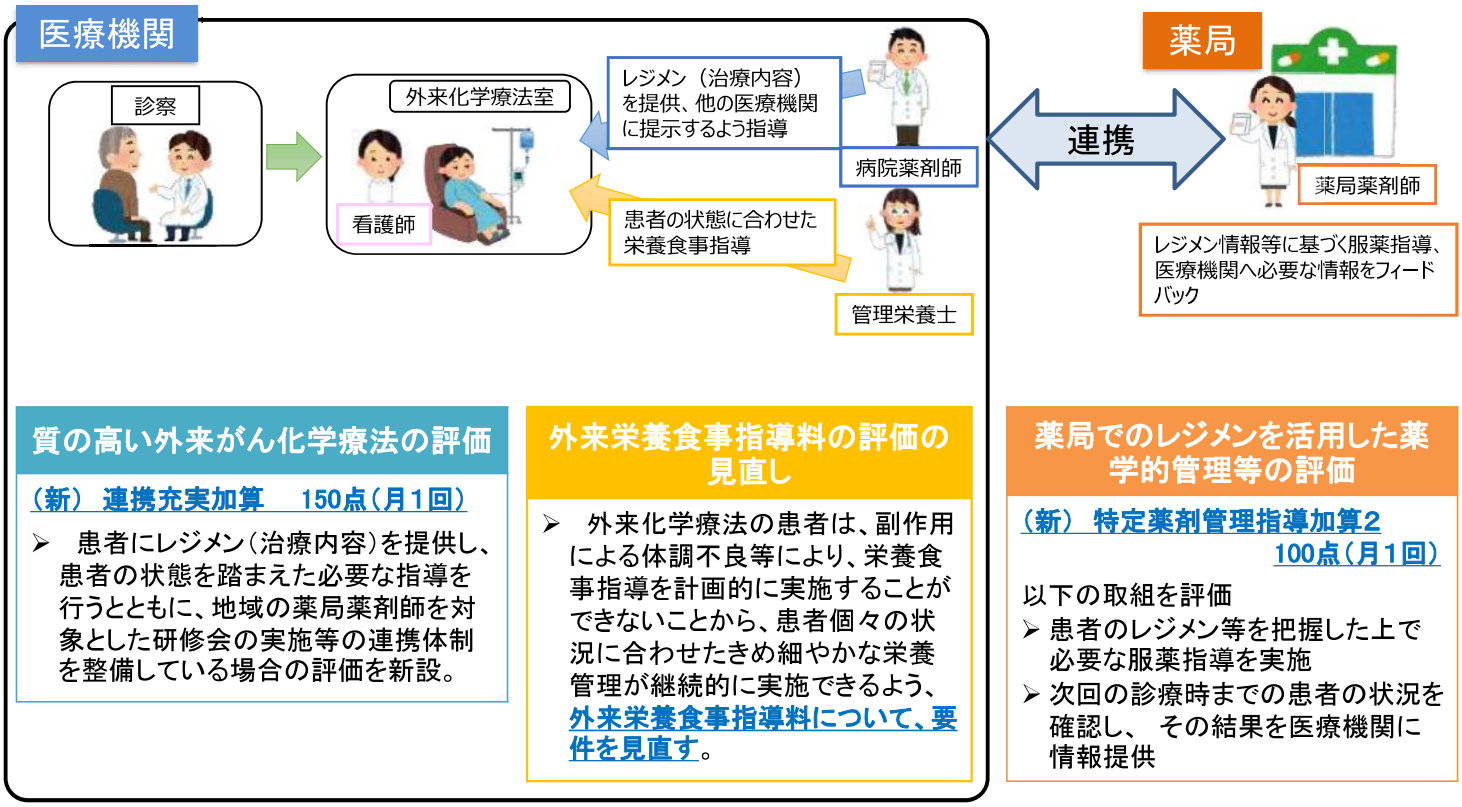
②　対物業務等の評価の見直し

4．その他の評価の見直し

5．地方厚生局への届出と報告

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－1　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価　－④～⑥

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



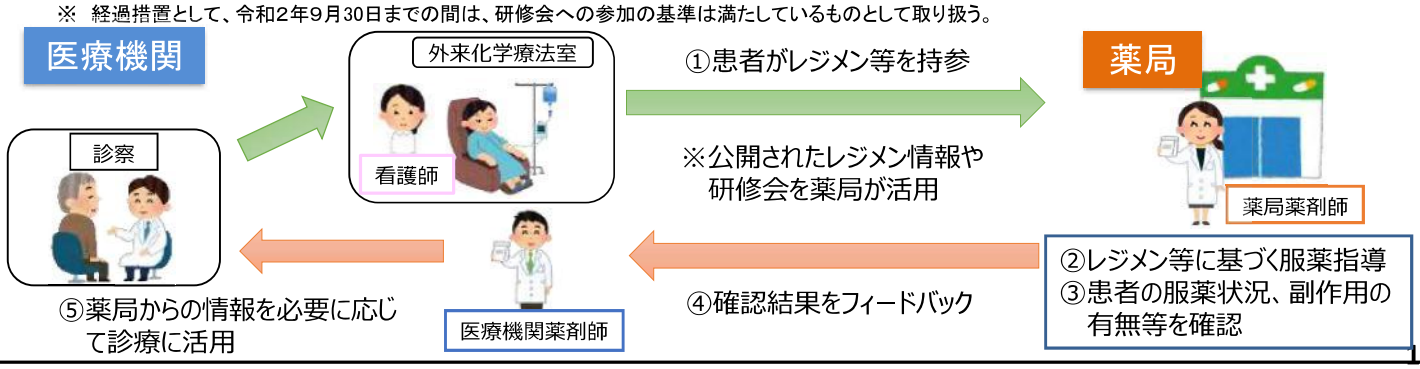
薬局における対人業務の評価の充実　②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

➢ 薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　特定薬剤管理指導加算2　　100点（月1回まで）

［対象患者］
連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者
［算定要件］
①レジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。
［施設基準］
（1）　パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
（2）　保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。
※　経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－②

薬局における対人業務の評価の充実　③

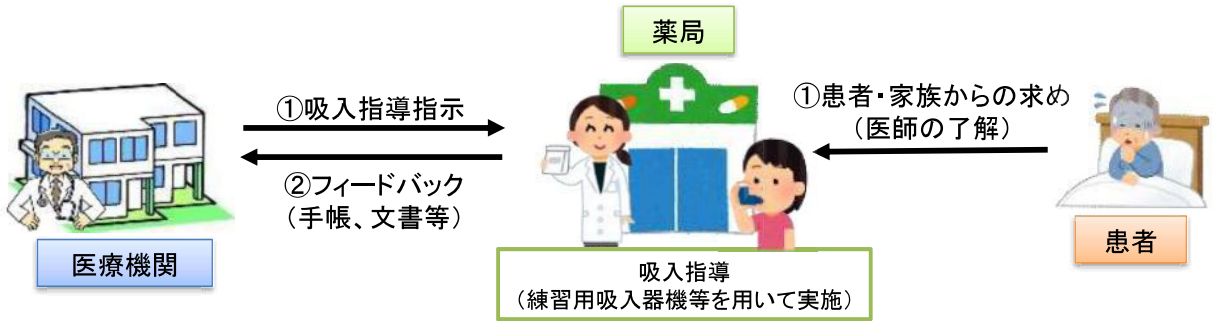
吸入薬指導加算

➢ 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　吸入薬指導加算　　30点（3月に1回まで）

［算定要件］
喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者等の求めに応じて、
①　文書及び練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かの確認、
②　保険医療機関に必要な情報を文書により提供
等した場合に算定する。

※　保険医療機関への情報提供は、手帳による情報提供でも差し支えない。



薬局における対人業務の評価の充実　④

調剤後薬剤管理指導加算

➢ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合を新たな評価。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　調剤後薬剤管理指導加算　30点（月1回まで）

［対象保険薬局］
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局
［対象患者］
インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの
［算定要件］
患者等の求めに応じて、
① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供
を行った場合に算定する。

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－②

薬局における対人業務の評価の充実　⑤

薬剤服用歴管理指導料

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、**再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮する**とともに、**対象を調剤基本料2、調剤基本料3にも拡大**する。
2. 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。
3. 医療機関と薬局が連携による**残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加**する。
4. 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、**患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載※するよう患者に促す規定を追加**する。

※お薬手帳への患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の記載を促すにあたり、お薬手帳の要件としてこれらの記載欄があることを求める。ただし、記載欄に係る要件については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

薬剤服用歴管理指導料の区分等の見直しの全体像

現行		
1	原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者又は調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する薬局に処方箋を持参した患者は、53点を算定。	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	41点

⇒

見直し後		
1	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者は、57点を算定。	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	43点
4	オンライン服薬指導を行った場合	43点

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

1．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

2．かかりつけ機能の評価

3．対物業務から対人業務への構造的な転換

① 対人業務の評価の拡充

② 対物業務等の評価の見直し

4．その他の評価の見直し

5．地方厚生局への届出と報告

23

経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる骨太の方針）（調剤報酬部分の抜粋）

平成28年	平成28 年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。
平成29年	調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。
平成30年	患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。
令和元年	調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。

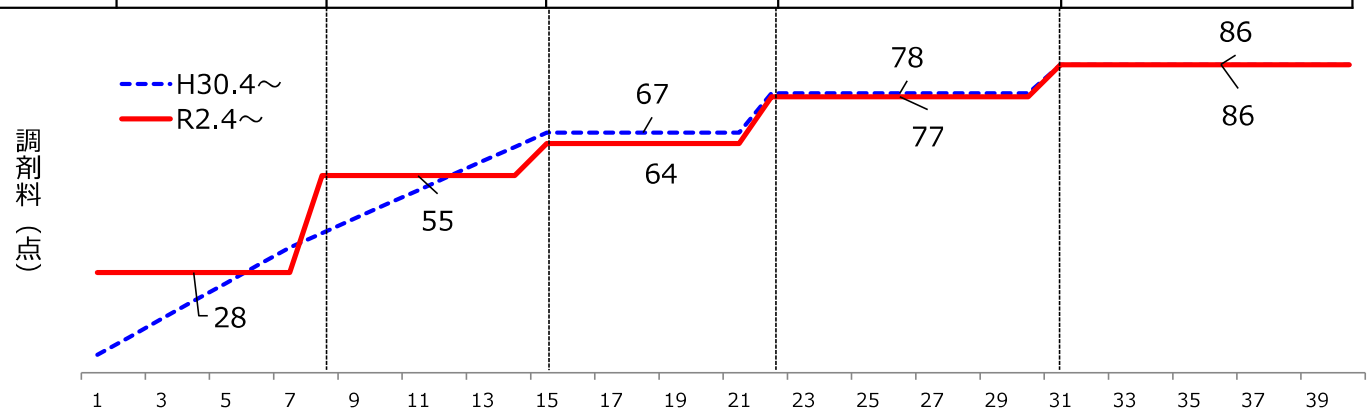
24

調剤料の見直し

調剤料（内服薬）の見直し

➢ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
改定年度	平成22年	5点／日 ※最大35点 ※平均27点 （H30年度実績）	4点／日 ※最大63点 ※平均61点 （H30年度実績）	71点	81点	89点
	平成28年			70点（▲1）	80点（▲1）	87点（▲2）
	平成30年			67点（▲3）	78点（▲2）	86点（▲1）
	令和2年	28点	55点	64点（▲3）	77点（▲1）	86点

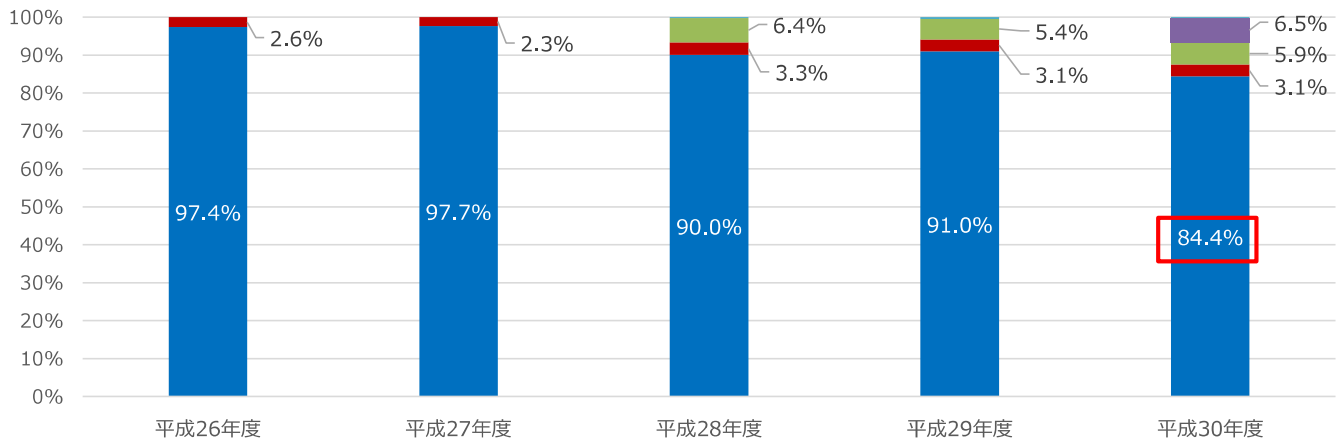


25

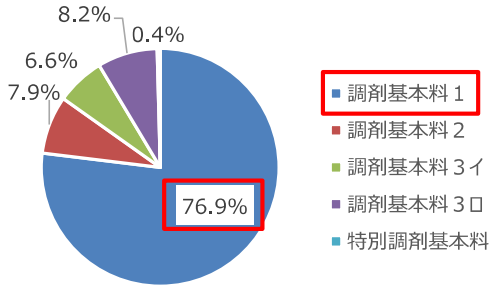
調剤基本料の構成比の推移等

○ 調剤基本料１を算定する薬局の割合は減少しており、平成30年度末では約84%であった。
○ 算定回数については、調剤基本料１の占める割合は平成30年度では約77%であった。

➢ **各調剤基本料の構成比の推移（各年度末時点の施設基準の届出状況）**



➢ **各調剤基本料の算定回数の割合（平成30年6月審査分）**



- 調剤基本料　通常(41点)（～平成27年度）
- 調剤基本料１(41点)（平成28年度～）
- 調剤基本料　特例(25点)（～平成27年度）
- 調剤基本料２(25点)（平成28年度～）
- 調剤基本料３(20点)（平成28～29年度）/ 調剤基本料３イ(20点)（平成30年度～）
- 調剤基本料３ロ(15点)（平成30年度～）
- 調剤基本料４(31点)（平成28～29年度）
- 特別調剤基本料(15点)（平成28～29年度）/ 特別調剤基本料(10点)（平成30年度～）

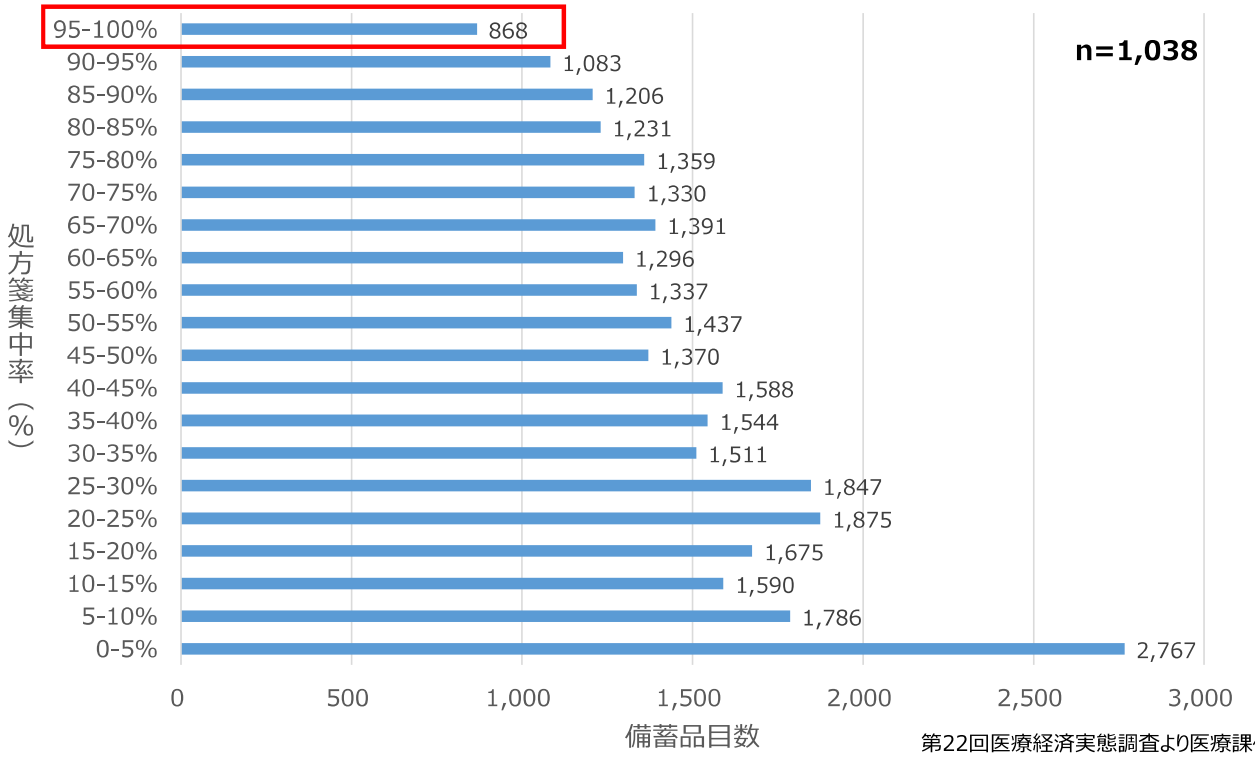
出典：
各調剤基本料の構成比の推移：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

26

医療経済実態調査の特別集計（集中率と医薬品備蓄品目数）

○　集中率が高くなるにつれて医薬品の備蓄品目数が少なくなる。
○　特に集中率95%以上では備蓄品目数が少ない。

処方箋集中率と備蓄品目数（平成30年度）



第22回医療経済実態調査より医療課作成

27

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－10　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価　－③

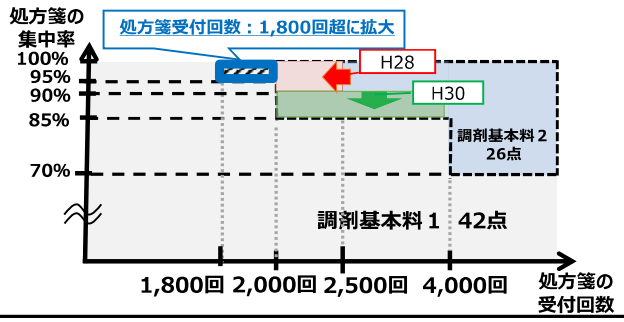
調剤基本料の見直し　①

処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

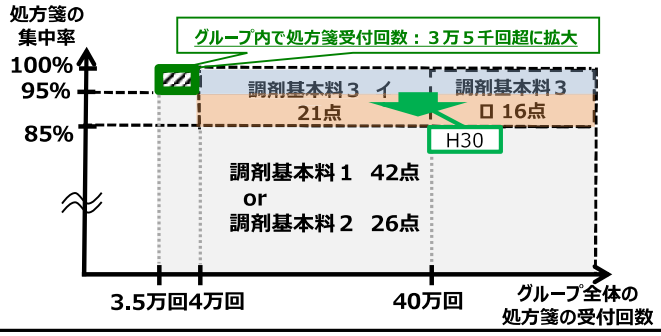
➢　特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中率	
調剤基本料1		調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2		①処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 (新)③処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	①85%超 ②70%超 ③95%超 ④　－	26点
調剤基本料3 ※　右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産取引があるもの。	イ	(新)同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超		16点

（1）大型チェーン薬局以外



（2）大型チェーン薬局

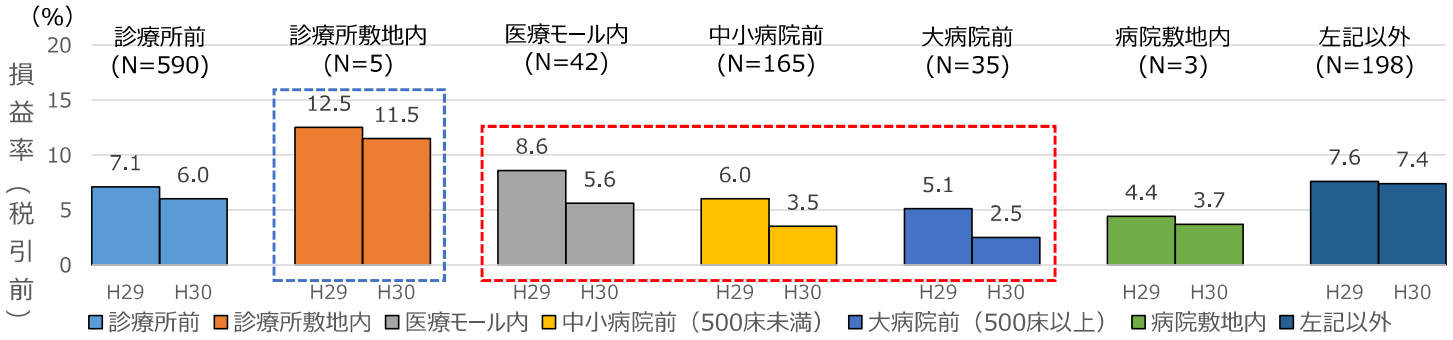


28

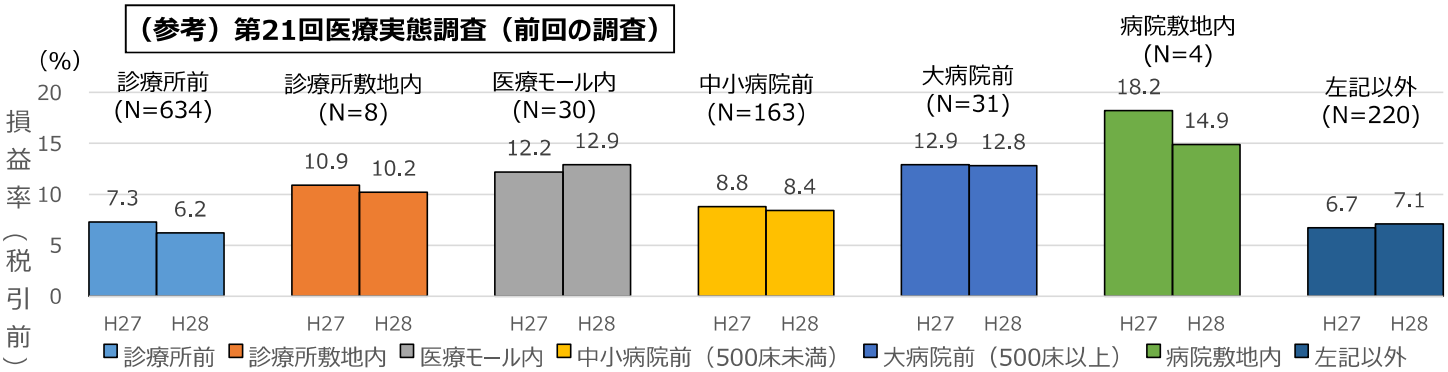
薬局の立地別の損益率

○ 平成30年度改定後の損益率の減少幅は、医療モール内、中小病院前、大病院前の薬局で大きかった。
○ 回答のあった薬局数は少ないものの、診療所敷地内の薬局の損益率が高かった。

第22回医療実態調査（今回の調査）



（参考）第21回医療実態調査（前回の調査）



医療経済実態調査(第21回及び第22回）より医療課作成

29

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －③

調剤基本料の見直し ②

いわゆる同一敷地内薬局等の調剤基本料の見直し

➢ 特別調剤基本料について、診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある診療所敷地内の薬局等を対象に追加する。さらに、処方箋集中率の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

現行	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 11点 病院と不動産取引等その他の特別な関係： 有 ＋ 処方箋集中率95%超

⇒

改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 9点 医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 ＋ 処方箋集中率70%超
診療所敷地内の薬局等※（同一建物内である場合を除く）	

※ 診療所と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局については、平成30年4月1日以降に開局した場合のみを対象とするなど、一定の緩和措置あり

➢ 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現行
○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に、調剤基本料を50%減

⇒

改定後
○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に基本料を50%減
○ いわゆる同一敷地内薬局については合計100回未満の場合に、調剤基本料を50%減

＜かかりつけ機能に係る基本的な業務＞ 平成30年度診療報酬改定時
①時間外等加算及び夜間・休日等加算、②麻薬管理指導加算、③重複投薬・相互作用等防止加算、④かかりつけ薬剤師指導料、⑤かかりつけ薬剤師包括管理料、⑥外来服薬支援料、⑦服用薬剤調整支援料、⑧在宅患者訪問薬剤管理指導料、⑨在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、⑩在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、⑪服薬情報等提供料、⑫在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑬居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費

30

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

１．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

２．かかりつけ機能の評価

３．対物業務から対人業務への構造的な転換

① 対人業務の評価の拡充

② 対物業務等の評価の見直し

４．その他の評価の見直し

５．地方厚生局への届出と報告

31

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療･訪問看護の確保　－⑯

患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

➢ 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

現行

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料　500点
（新設）

注1　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。

見直し後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
1　計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合　500点
2　1以外の場合　200点

注1　1及び2については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

32

薬局における対人業務の評価の充実　⑥

経管投薬支援料

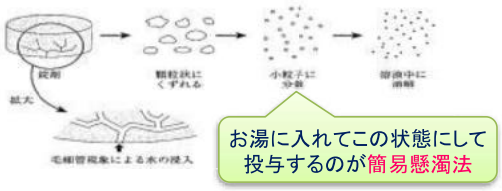
➢ 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法※を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

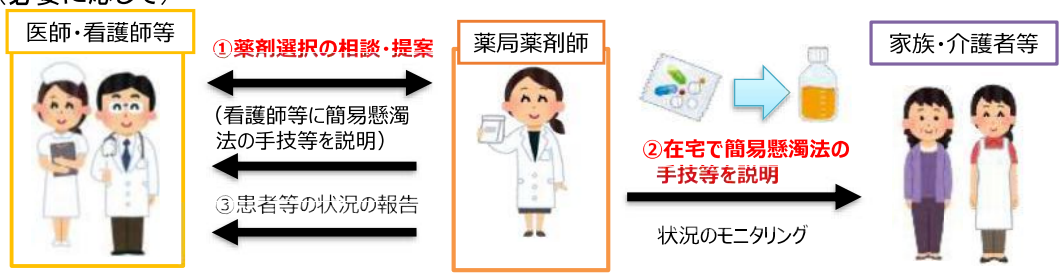
（新）　経管投薬支援料　　100点（初回のみ）

［算定要件］
胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、保険医療機関等からの求めに応じて、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。

＜具体的な支援内容＞
① 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
② 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
③ 保険医療機関への患者の服薬状況及び家族等の理解度に係る情報提供（必要に応じて）

※錠剤粉砕・カプセル開封をせずに、投与時にお湯（約55℃）等に入れて崩壊・懸濁を待ち（10分程度）、経管投与する方法





33

オンライン服薬指導の関連スケジュール

○　令和元年12月４日に薬機法等の一部を改正する法律が公布され、公布から１年以内にオンライン服薬指導の実施が可能となる。

薬機法関係	診療報酬関係
令和元年	
12月4日　薬機法の一部を改正する法律公布	12月　中医協における議論
令和2年	
オンライン服薬指導に関する要件や手順等の設定（省令及び医薬・生活衛生局の通知）	4月　令和2年度診療報酬改定の施行
公布から1年以内　施行（オンライン服薬指導開始）	

34

薬機法改正により、今後実施可能となるオンライン服薬指導（概要）

○　薬機法の改正により実施可能となるオンライン服薬指導には、①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。

外来患者へのオンライン服薬指導	在宅患者へのオンライン服薬指導
①　対面服薬指導を行ったことのある患者 ②　当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤＊ **<u>オンライン診療による処方箋</u>**に基づき調剤	①　患家で対面服薬指導を行ったことがある患者 ②　同左 ③　**<u>訪問診療による処方箋</u>**に基づき調剤

＊後発品への切り替えなど同一内容と見なせる場合を含む

【その他の要件等】

④　原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施すること
⑤　服薬指導計画を策定すること（主な内容は以下のア～エ）
　ア　取り扱う薬剤の種類（当該患者に対面で服薬指導したことのある処方箋薬剤又はそれに準じる処方箋薬剤であること）、授受の方法
　イ　オンラインと対面との組合せ
　ウ　実施できない場合の規定（実施しないと判断する場合の基準など）
　エ　緊急時対応方針（医療機関との連絡、搬送）

35

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－11　医療におけるICTの利活用　－⑤

情報通信機器を用いた服薬指導の評価　①

外来患者へのオンライン服薬指導

<u>（新）薬剤服用歴管理指導料 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点　（月1回まで）</u>

［対象患者］
（1）オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者、かつ、
（2）原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」を算定した患者

［主な算定要件］
・薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
・服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
・オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
・手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること
※　このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、オンライン診療による処方箋により調剤することなどが要件として求められる。

［施設基準］
（1）医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有する保険薬局であること。
（2）当該保険薬局において、1月当たりの次の①、②の算定回数の合計に占めるオンライン服薬指導（※）の割合が1割以下であること。
①　薬剤服用歴管理指導料
②　在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）
※　薬剤服用歴管理指導料「4」及び「在宅患者オンライン服薬指導料」の合計

36

情報通信機器を用いた服薬指導の評価　②

在宅患者へのオンライン服薬指導料

（新）　在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者オンライン服薬指導料　　57点（月１回まで）

［対象患者］
（1）在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者、かつ、
（2）在宅患者訪問薬剤管理指導料が月１回算定されている患者

［主な算定要件］
・保険薬剤師１人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
・薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
・服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
・オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
・訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと
※　このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

［施設基準］
（1）薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理（イメージ）

第１週	第２週	第３週	第４週
訪問		訪問	

月２回の訪問（※）のうち、１回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能
※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

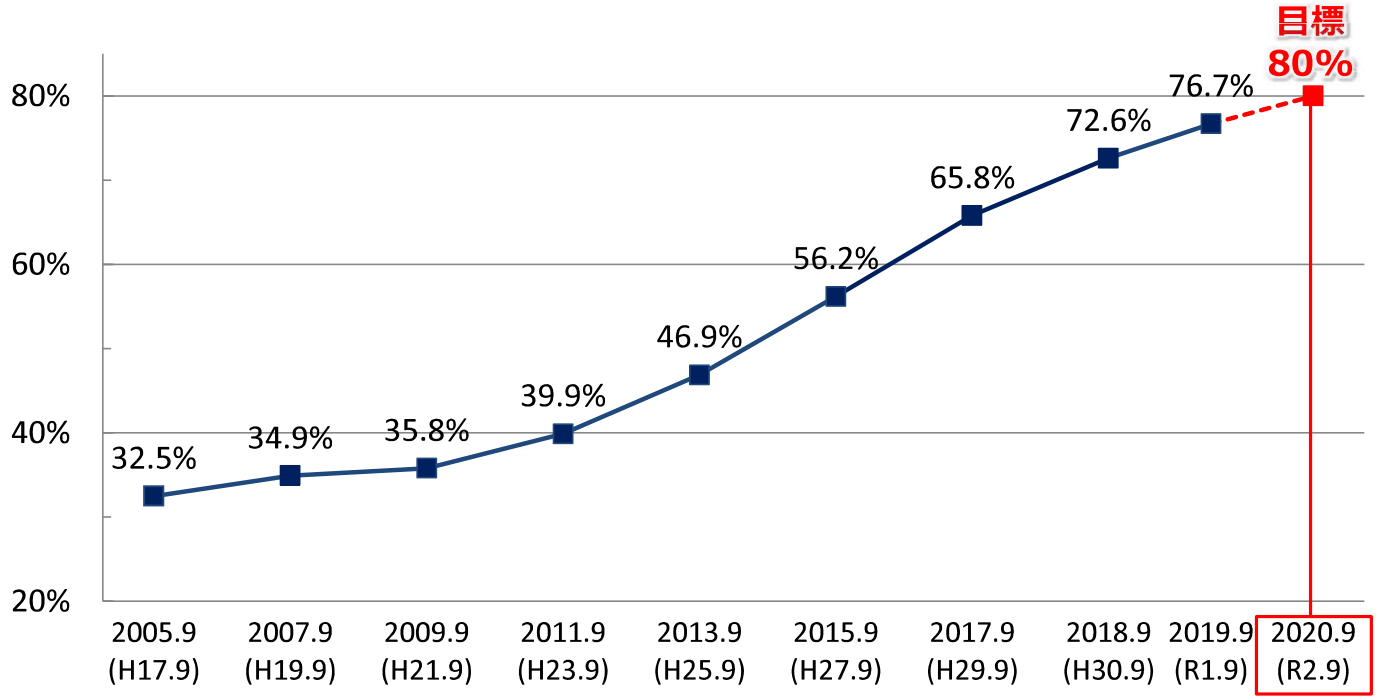
第１週	第２週	第３週	第４週
訪問		オンライン	

37

後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年６月９日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32 年）９月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注）「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

38

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

➢ 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

現行	
後発医薬品調剤体制加算1（75%以上）	18点
後発医薬品調剤体制加算2（80%以上）	22点
後発医薬品調剤体制加算3（85%以上）	26点

⇒

改定後	
後発医薬品調剤体制加算1（75%以上）	15点
後発医薬品調剤体制加算2（80%以上）	22点
後発医薬品調剤体制加算3（85%以上）	28点

➢ 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定（2点減算）について、当該割合の基準を拡大する。

現行	改定後
(1)　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	(1)　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が4割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

［経過措置］
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和２年９月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

➢ 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点

⇒

改定後	
一般名処方加算1	7点
一般名処方加算2	5点

後発医薬品使用体制加算

➢ 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現行	
後発医薬品使用体制加算1（85%以上）	45点
後発医薬品使用体制加算2（80%以上）	40点
後発医薬品使用体制加算3（70%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算4（60%以上）	22点

⇒

改定後	
後発医薬品使用体制加算1（85%以上）	47点
後発医薬品使用体制加算2（80%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算3（70%以上）	37点
（削除）	

薬局における対人業務の評価の充実　⑦

分割調剤時の服薬情報等提供料の取扱い

- 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

【服薬情報等提供料】

［算定要件］

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に対して情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容を薬剤服用歴の記録に記載する。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・副作用の有無
・副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

（下線部を要件として追加）

41

令和2年度診療報酬改定

令和2年度調剤報酬改定におけるその他のポイント

1　調剤基本料（処方箋受付回数の考え方）

在宅患者訪問薬剤管理指導料等による処方箋は受付回数に含めないものとしていたが、単一建物診療患者（居住者）が１人の場合の処方箋は受付回数の計算に含めることとする。

2　地域支援体制加算

高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者が椅子に座った状態で服薬指導受けることが可能な体制を有していることが望ましい旨を要件に追加。

3　薬剤服用歴管理指導料（手帳の要件）

日常的に利用する保険薬局の名称等の記載欄があることを要件化（一方で、初めて記載する保険薬局の名称等の記載は求めない）※　記載欄に係る要件については、令和３年３月31日までの間は適用しない。

4　かかりつけ薬剤師指導料（24時間の相談体制）

あらかじめ患者に説明しているのであれば、やむを得ない事由以外でも、当該薬局の別の薬剤師が対応しても差し支えないこととした。

5　在宅患者訪問薬剤管理指導料（サポート薬局の名称変更）

（旧）サポート薬局　→　（新）在宅協力薬局

6　服薬指導等に用いる資料

（1）　必要に応じて、医薬品リスク管理計画（ＲＭＰ：Risk Management Plan）に基づく患者向け資材を活用することとした。（薬剤服用歴管理指導料）

（2）　ポリファーマシーの解消等に次のガイドラインを参考とする旨を明記。
「高齢者の医薬品適正使用指針」（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）

42

令２
改定

令和２年度診療報酬改定の概要（調剤）

１．薬剤師・薬局を取り巻く現状について

２．かかりつけ機能の評価

３．対物業務から対人業務への構造的な転換

① 対人業務の評価の拡充

② 対物業務等の評価の見直し

４．その他の評価の見直し

５．地方厚生局への届出と報告

43

令和2年度診療報酬改定

施設基準の届出

以下の項目については、令和2年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要

➢ 新たに施設基準が創設されたもの

○ 特定薬剤管理指導加算２

○ 薬剤服用歴管理指導料　４（情報通信機器を用いた服薬指導）

➢ 施設基準が改正されたもの

○ 調剤基本料２、３のイ：

→区分の変更がない場合は届出不要

○ 地域支援体制加算：

→調剤基本料１とそれ以外の区分との間で変更があり（適用される施設基準に変更がある場合）、継続して地域支援体制加算を算定する場合は届出が必要

※調剤基本料１を算定している保険薬局が令和３年４月１日以降も地域支援体制加算を継続して算定する場合は、令和３年３月末日に経過措置期間が終了することから、その時点で別途届出が必要となる予定。

44

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（医療資源の少ない地域）	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
2	調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。
3	地域支援体制加算	調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
4	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

45

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中率	指定当初は要件なし、その後３ヶ月の実績	～翌年３月末日まで（当年度）	様式84
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料　等	直近１年の実績		様式87の３＋様式87の３の１の又は87の３の２
3	在宅患者調剤加算	・在宅患者への指導実績			様式89
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近３ヶ月の実績	次月	様式87
5	薬剤服用歴管理指導料「４」（オンライン服薬指導）	・オンライン服薬の割合	－		様式91

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中率	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績（毎年３月に判断）	当年４月１日から翌年３月末日まで（次年度）	区分変更時
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料　等			基本料の区分変更時（※）
3	在宅患者調剤加算	・在宅患者への指導実績			
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近３ヶ月の実績（毎月判断）	次月	区分変更時
5	薬剤服用歴管理指導料「４」（オンライン服薬指導）	・オンライン服薬の割合	直近１ヶ月の実績（毎月判断）		

※　①調剤基本料１と②それ以外の区分との間で変更があった場合であって、継続して地域支援体制加算を算定しようとする薬局である場合のみ届出が必要。

46

減算要件の取扱い

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 （調剤基本料注４に係る減算）	①妥結率 ②妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を未報告	①４月１日から９月末日までの実績 ②11月末までに報告	翌年４月１日から翌々年３月末日（次年度） ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 （調剤基本料の注４に係る減算）	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績 （毎年３月に判断）	当年４月１日から翌年３月末日（次年度） ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる ※手帳減算については直近３ヶ月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	届出不要 （随時、自局で判断） ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 （薬剤服用歴管理指導料の注13）	手帳持参患者の割合	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績 （毎年３月に判断）		
4	後発医薬品減算 （調剤基本料の注７）	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近３か月 （毎月判断）	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、７．１報告をさす。

令和2年度診療報酬改定の概要
（経過措置・届出について）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令和2年度診療報酬改定

経過措置について①

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料（7対1結核病棟、10対1一般病棟）、専門病院（10対1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4を除く）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

経過措置について②

	項目	経過措置
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12	データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の医療機関に限る。）については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13	データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満（令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。）であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
14	入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。

3

経過措置について③

	項目	経過措置
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
18	地域包括ケア病棟入院料 （特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
19	地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、同年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
20	地域包括ケア病棟入院料 （特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
21	地域包括ケア病棟入院料 （特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

4

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算（外来化学療法加算）	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年31日までの間に限り、引き続き算定できる。

5

経過措置について⑤

	項目	経過措置
28	Bence Jones蛋白定性（尿）	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
29	アルブミン（BCP改良法・BCG法）	BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
30	CK－MB（免疫阻害法・蛋白量測定）	免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
31	動物使用検査	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
32	網膜中心血管圧測定	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
33	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（医療資源の少ない地域）	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
34	調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。
35	地域支援体制加算	調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
36	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

6

施設基準の届出について

お願い

- 令和2年4月1日から算定を行うためには、**令和2年4月20日（月曜日）（必着）**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

7

保医発 0305 第３号
令和２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）

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

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２年厚生労働省告示第57号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第59号）が公布され、令和２年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設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３号）は、令和２年３月31日限り廃止する。

記

第１　特掲診療料の施設基準等

１　特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添１のとおりとする。

２　別添１に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

３　特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

４　特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業、同条第２号に規定する介護休業、同法第23条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

１　特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。

２　「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添２の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

（１）　開放型病院の施設基準
届出前30日間の実績を有していること。

（２）　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ　既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ　イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

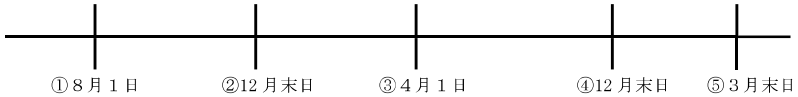
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

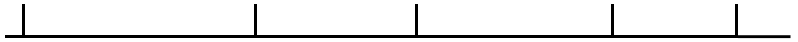
・翌年の３月末（③の前日）までは算定可

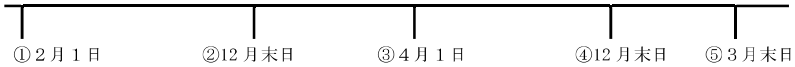
・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。





（３）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査１、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除又は肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（その他のもの）、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機

器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腟固定術、腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、１回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係る年間実施件数

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　医科点数表第２章第10部第１節手術料に掲げる手術のうち、通則18に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できることとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

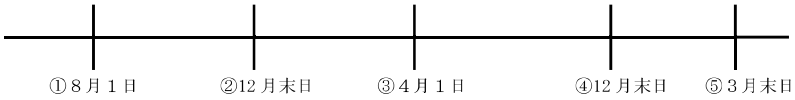
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

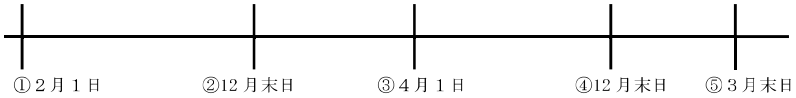
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（４）　コンタクトレンズ検査料１から３までに係る検査割合及び院内交付割合

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前６月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後６月以内に届け出る場合は、届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が１月当たり平均500件を超える保険医療機関にあって

は、１月から６月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、６月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年６月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の 10 月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとし、７月から 12 月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、12 月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から９月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ　コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月１月間で 33％（又は 44％）を超えた場合又は 30％（又は 40％）以上 33％（又は 44％）未満の場合が暦月で３か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

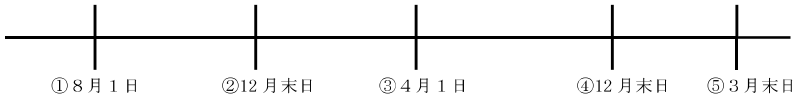
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

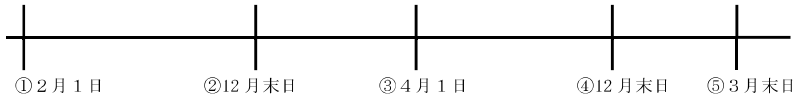
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（５）　後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前３月間の実績を有していること。

（６）　高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア　新規に届出をする場合は、届出のあった月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から２か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ　継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

（７）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数

ア　緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

（イ）　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ）　（イ）にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

（ハ）　（ロ）に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

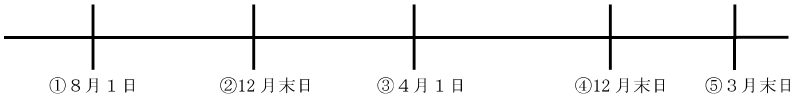
例：イの（ハ）による届出の場合

８月１日から新規に算定を開始した場合

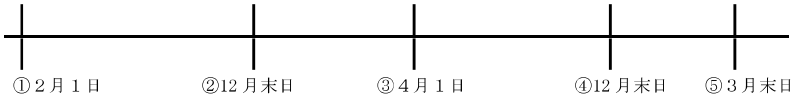
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



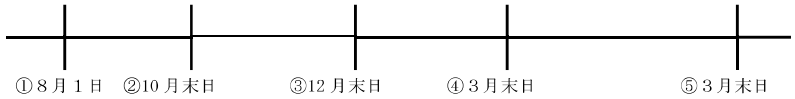
例２：２月１日から新規に算定を開始した場合
・翌年３月末（③の前日）までは算定可
・①～②までの実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



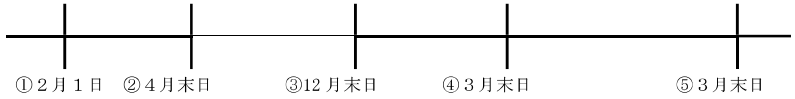
（８）　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数
手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１については、（９）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。

（９）　人工腎臓（慢性維持透析を行った場合１及び２に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の割合
ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。
イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前 12 月の実績（届出前 12 月の実績がない場合は届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から所定点数を算定することができるものとする。
ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年 12 月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。
エ　アにかかわらず、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合
例１：７月 10 日から算定を開始した場合
・①から②までの実績により適合性を判断
・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例２：１月 10 日から算定を開始した場合
・①から②までの実績により適合性を判断
・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



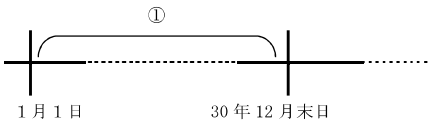
(10)　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数
ア　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数
１月から 12 月までの１年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。
イ　経口摂取回復率
（イ）　１月から 12 月までの１年間に別添１の第 79 の３の１の（２）のイの①の（ア）又は（イ）のいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年４月１日から翌々々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

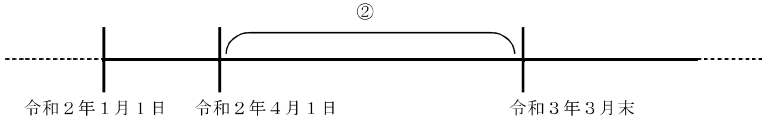
（ロ）　新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、４月から６月（直近２年以内）までの３か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

（ハ）（ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の１月から 12 月までの１年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例１：イ（イ）による届出の場合

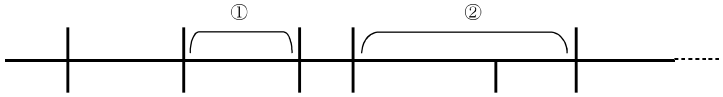
・平成 30 年１月１日から 12 月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和２年４月１日から令和３年３月 31 日まで（②）算定可





例２：イ（ロ）による新規届出の場合

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

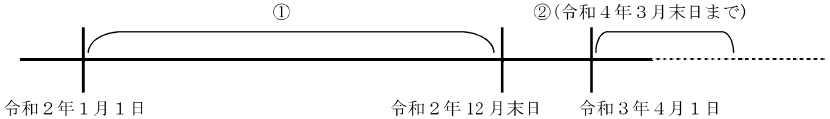


令和２年１月１日　４月１日　６月末日　届出　12 月末日　令和３年３月末日

※算定開始が令和２年１月以降である場合は、令和３年３月末日まで算定可

例３：イ（ハ）による届出の場合

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



(11)　調剤基本料の施設基準

ア　処方箋受付回数

（イ）　前年３月１日から当年２月末日までの１年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。

（ロ）　（イ）にかかわらず、前年３月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料１に該当しているものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添１の第 90 の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３とする。）。

a　前年３月１日から前年 11 月 30 日までの間に新規に指定された保険薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年４月１日から翌年３月 31 日まで適用する。

b　前年 12 月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の処方箋受付回数で判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月 31 日まで適用する。

（ハ）　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(ロ) b にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

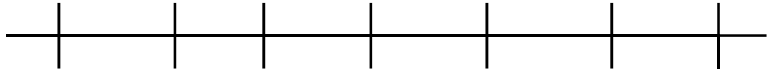
例：30 年８月１日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

・①から④までは調剤基本料１に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第 90 の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除

き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３とする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・31 年４月１日（⑥の翌日）から令和２年３月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



①30 年８月１日 ②９月１日 ③11 月末日 ④12 月末日 ⑤31 年２月末日 ⑥３月末日 ⑦令和２年３月末日

(12) 調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準

当年２月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年４月１日から翌年３月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(13) 妥結率の実績

イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、翌年４月

１日から翌々年３月 31 日まで適用する。

ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年３月 31 日までは妥結率が５割を超えているものとみなす.

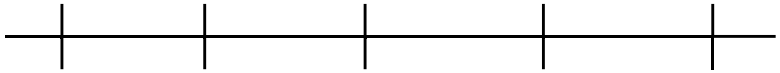
ハ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30 年５月１日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が５割を超えていると見なす

・②から③までの妥結率の実績を令和２年４月１日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30 年５月１日 ②31 年４月１日 ③９月末日 ④令和２年３月末日 ⑤令和３年３月末日

(14) 調剤基本料の注６に規定する保険薬局

届出前３月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（1） 当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（2） 当該届出を行う前６か月間において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（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（3） 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。

（4） 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 78 条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第 72 条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成 12 年５月 31 日保発第 105 号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

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

歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料 （医管）第 号

ウイルス疾患指導料 （ウ指）第 号

喘息治療管理料 （喘管）第 号

心臓ペースメーカー指導管理料の注５に掲げる遠隔モニタリング加算 （遠隔ペ）第 号

糖尿病合併症管理料 （糖管）第 号

がん性疼痛緩和指導管理料 （がん疼）第 号

がん患者指導管理料イ （がん指イ）第 号

がん患者指導管理料ロ （がん指ロ）第 号

がん患者指導管理料ハ （がん指ハ）第 号

がん患者指導管理料ニ （がん指ニ）第 号

外来緩和ケア管理料 （外緩）第 号

移植後患者指導管理料（臓器移植後） （移植管臓）第 号

移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後） （移植管造）第 号

糖尿病透析予防指導管理料 （糖防管）第 号

小児運動器疾患指導管理料 （小運指管）第 号

乳腺炎重症化予防・ケア指導料　（乳腺ケア）第　　号
婦人科特定疾患治療管理料　（婦特管）第　　号
腎代替療法指導管理料　（腎代替管）第　　号
小児科外来診療料　（小外診）第　　号
地域連携小児夜間・休日診療料１　（小夜１）第　　号
地域連携小児夜間・休日診療料２　（小夜２）第　　号
地域連携夜間・休日診療料　（夜）第　　号
院内トリアージ実施料　（トリ）第　　号
夜間休日救急搬送医学管理料の注３に掲げる救急搬送看護体制加算　（救搬看体）第　　号
外来放射線照射診療料　（放射診）第　　号
地域包括診療料　（地包診）第　　号
小児かかりつけ診療料　（小か診）第　　号
ニコチン依存症管理料　（ニコ）第　　号
療養・就労両立支援指導料の注３に掲げる相談支援加算　（両立支援）第　　号
開放型病院共同指導料　（開）第　　号
別添１の「第９」の１の(１)に規定する在宅療養支援診療所　（支援診１）第　　号
別添１の「第９」の１の(２)に規定する在宅療養支援診療所　（支援診２）第　　号
別添１の「第９」の１の(３)に規定する在宅療養支援診療所　（支援診３）第　　号
別添１の「第９」の２の(３)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（在緩診実）第　　号
別添１の「第９」の２の(４)に規定する在宅療養実績加算１　（在診実１）第　　号
別添１の「第９」の２の(５)に規定する在宅療養実績加算２　（在診実２）第　　号
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)　（ハイⅠ）第　　号
がん治療連携計画策定料　（がん計）第　　号
がん治療連携指導料　（がん指）第　　号
外来排尿自立指導料　（外排自）第　　号
肝炎インターフェロン治療計画料　（肝炎）第　　号
ハイリスク妊産婦連携指導料１　（ハイ妊連１）第　　号
ハイリスク妊産婦連携指導料２　（ハイ妊連２）第　　号
薬剤管理指導料　（薬）第　　号
地域連携診療計画加算　（地連計）第　　号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料　（電情）第　　号
医療機器安全管理料１　（機安１）第　　号
医療機器安全管理料２　（機安２）第　　号
医療機器安全管理料（歯科）　（機安歯）第　　号
精神科退院時共同指導料１及び２　（精退共）第　　号
在宅療養支援歯科診療所１　（歯援診１）第　　号
在宅療養支援歯科診療所２　（歯援診２）第　　号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所　（か強診）第　　号
別添１の「第14の２」の１の(１)に規定する在宅療養支援病院　（支援病１）第　　号

別添１の「第14の２」の１の(２)に規定する在宅療養支援病院　（支援病２）第　　号
別添１の「第14の２」の１の(３)に規定する在宅療養支援病院　（支援病３）第　　号
別添１の「第14の２」の２の(２)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（在緩診病）第　　号
別添１の「第14の２」の２の(３)に規定する在宅療養実績加算１　（在病実１）第　　号
別添１の「第14の２」の２の(４)に規定する在宅療養実績加算２　（在病実２）第　　号
歯科疾患在宅療養管理料の注４に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料　（在歯管）第　　号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料　（在医総管）第　　号
在宅がん医療総合診療料　（在総）第　　号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２　（在看）第　　号
在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算　（訪看充）第　　号
在宅療養後方支援病院　（在後病）第　　号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料　（在訪褥）第　　号
在宅血液透析指導管理料　（在血液）第　　号
在宅酸素療法指導管理料の注２に掲げる遠隔モニタリング加算　（遠隔酸素）第　　号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注２に掲げる遠隔モニタリング加算
（遠隔持陽）第　　号
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　（在植補心）第　　号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料　（在電場）第　　号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料　（在洗腸）第　　号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定　（持血測）第　　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
（持血測１）第　　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
（持血測２）第　　号
地域医療連携体制加算　（歯地連）第　　号
遺伝学的検査　（遺伝検）第　　号
歯科訪問診療料の注13に規定する基準　（歯訪診）第　　号
在宅歯科医療推進加算　（在推進）第　　号
有床義歯咀嚼機能検査１のイ　（咀嚼機能１）第　　号
有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査　（咀嚼能力）第　　号
有床義歯咀嚼機能検査２のイ　（咀嚼機能２）第　　号
有床義歯咀嚼機能検査２のロ及び咬合圧検査　（咬合圧）第　　号
精密触覚機能検査　（精密触覚）第　　号
睡眠時歯科筋電図検査　（歯筋電図）第　　号
骨髄微小残存病変量測定　（骨残測）第　　号
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査　（ＢＲＣＡ）第　　号
がんゲノムプロファイリング検査　（がんプロ）第　　号
角膜ジストロフィー遺伝子検査　（角ジ遺）第　　号

先天性代謝異常症検査　（先代異）第　　号
抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）
（抗ＨＬＡ）第　　号
ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　（ＨＰＶ）第　　号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出　（ウ細多同）第　　号
検体検査管理加算（Ⅰ）　（検Ⅰ）第　　号
検体検査管理加算（Ⅱ）　（検Ⅱ）第　　号
検体検査管理加算（Ⅲ）　（検Ⅲ）第　　号
検体検査管理加算（Ⅳ）　（検Ⅳ）第　　号
国際標準検査管理加算　（国標）第　　号
遺伝カウンセリング加算　（遺伝カ）第　　号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算　（遺伝腫カ）第　　号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算　（血内）第　　号
胎児心エコー法　（胎心エコ）第　　号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト　（歩行）第　　号
ヘッドアップティルト試験　（ヘッド）第　　号
人工膵臓検査、人工膵臓療法　（人膵）第　　号
長期継続頭蓋内脳波検査　（長）第　　号
長期脳波ビデオ同時記録検査１　（脳ビ）第　　号
脳波検査判断料１　（脳判）第　　号
遠隔脳波診断　（遠脳）第　　号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図　（中磁誘）第　　号
単線維筋電図　（単筋電）第　　号
光トポグラフィー　（光ト）第　　号
脳磁図（自発活動を測定するもの）　（脳磁診１）第　　号
脳磁図（その他のもの）　（脳磁診２）第　　号
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）　（終夜睡安）第　　号
神経学的検査　（神経）第　　号
補聴器適合検査　（補聴）第　　号
黄斑局所網膜電図　（黄網電）第　　号
全視野精密網膜電図　（全網電）第　　号
ロービジョン検査判断料　（ロー検）第　　号
コンタクトレンズ検査料１　（コン１）第　　号
コンタクトレンズ検査料２　（コン２）第　　号
コンタクトレンズ検査料３　（コン３）第　　号
小児食物アレルギー負荷検査　（小検）第　　号
内服・点滴誘発試験　（誘発）第　　号
ＣＴ透視下気管支鏡検査加算　（Ｃ気鏡）第　　号
経気管支凍結生検法　（経気凍）第　　号
画像診断管理加算１　（画１）第　　号
画像診断管理加算２　（画２）第　　号

画像診断管理加算３　（画３）第　　号
歯科画像診断管理加算１　（歯画１）第　　号
歯科画像診断管理加算２　（歯画２）第　　号
遠隔画像診断　（遠画）第　　号
ポジトロン断層撮影　（ポ断）第　　号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　（ポ断コ複）第　　号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　（ポ断磁複）第　　号
乳房用ポジトロン断層撮影　（乳ポ断）第　　号
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影　（Ｃ・Ｍ）第　　号
冠動脈ＣＴ撮影加算　（冠動Ｃ）第　　号
血流予備量比コンピューター断層撮影　（血予備断）第　　号
外傷全身ＣＴ加算　（外傷Ｃ）第　　号
心臓ＭＲＩ撮影加算　（心臓Ｍ）第　　号
乳房ＭＲＩ撮影加算　（乳房Ｍ）第　　号
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算　（小児Ｍ）第　　号
頭部ＭＲＩ撮影加算　（頭部Ｍ）第　　号
全身ＭＲＩ撮影加算　（全身Ｍ）第　　号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算　（抗悪処方）第　　号
外来後発医薬品使用体制加算　（外後発使）第　　号
外来化学療法加算１　（外化１）第　　号
外来化学療法加算２　（外化２）第　　号
連携充実加算　（外化連）第　　号
無菌製剤処理料　（菌）第　　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）　（心Ⅰ）第　　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）　（心Ⅱ）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）　（脳Ⅰ）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）　（脳Ⅱ）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）　（脳Ⅲ）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　（運Ⅰ）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）　（運Ⅱ）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）　（運Ⅲ）第　　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）　（呼Ⅰ）第　　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）　（呼Ⅱ）第　　号
摂食機能療法の注３に掲げる摂食嚥下支援加算　（摂嚥支）第　　号
難病患者リハビリテーション料　（難）第　　号
障害児（者）リハビリテーション料　（障）第　　号
がん患者リハビリテーション料　（がんリハ）第　　号
認知症患者リハビリテーション料　（認リハ）第　　号
リンパ浮腫複合的治療料　（リン複）第　　号
集団コミュニケーション療法料　（集コ）第　　号
歯科口腔リハビリテーション料２　（歯リハ２）第　　号

経頭蓋磁気刺激療法　（頭磁刺）第　　号
児童思春期精神科専門管理加算　（児春専）第　　号
療養生活環境整備指導加算　（療活環）第　　号
救急患者精神科継続支援料　（急精支）第　　号
精神科作業療法　（精）第　　号
認知療法・認知行動療法１　（認１）第　　号
認知療法・認知行動療法２　（認２）第　　号
依存症集団療法１　（依集１）第　　号
依存症集団療法２　（依集２）第　　号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」　（ショ大）第　　号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」　（ショ小）第　　号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」　（デ大）第　　号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」　（デ小）第　　号
精神科ナイト・ケア　（ナ）第　　号
精神科デイ・ナイト・ケア　（デナ）第　　号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）
（抗治療）第　　号
重度認知症患者デイ・ケア料　（認デ）第　　号
医療保護入院等診療料　（医療保護）第　　号
精神科在宅患者支援管理料　（精在宅援）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の休日加算１　（医処休）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の時間外加算１　（医処外）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の深夜加算１　（医処深）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の休日加算１　（歯処休）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の時間外加算１　（歯処外）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の深夜加算１　（歯処深）第　　号
口腔粘膜処置　（口腔粘膜）第　　号
口腔粘膜血管腫凝固術　（口血凝）第　　号
レーザー機器加算　（手光機）第　　号
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）　（静圧）第　　号
多血小板血漿処置　（多血）第　　号
硬膜外自家血注入　（血入）第　　号
エタノールの局所注入（甲状腺）　（エタ甲）第　　号
エタノールの局所注入（副甲状腺）　（エタ副甲）第　　号
人工腎臓　（人工腎臓）第　　号
導入期加算１　（導入１）第　　号
導入期加算２及び腎代替療法実績加算　（導入２）第　　号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算　（透析水）第　　号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算　（肢梢）第　　号
磁気による膀胱等刺激法　（磁膀刺）第　　号

手術用顕微鏡加算　（手顕微加）第　　号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算　（う蝕無痛）第　　号
心不全に対する遠赤外線温熱療法　（心遠温）第　　号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）　（歩行ロボ）第　　号
ＣＡＤ／ＣＡＭ冠　（歯ＣＡＤ）第　　号
手術時歯根面レーザー応用加算　（手術歯根）第　　号
歯科技工加算１及び２　（歯技工）第　　号
センチネルリンパ節加算　（セ節）第　　号
皮膚移植術（死体）　（皮膚植）第　　号
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
（処骨）第　　号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）　（組再乳）第　　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））　（同種）第　　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）　（自家）第　　号
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）　（後縦骨）第　　号
椎間板内酵素注入療法　（椎酵注）第　　号
腫瘍脊椎骨全摘術　（脊椎摘）第　　号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算　（脳覚）第　　号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算　（脳光）第　　号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）　（頭移）第　　号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術　（脳刺）第　　号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）
（頭深電）第　　号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術　（脊刺）第　　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）　（仙神交便）第　　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）　（仙神交膀）第　　号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））　（角膜切）第　　号
角膜移植術（内皮移植加算）　（内移）第　　号
羊膜移植術　（羊膜移）第　　号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））　（緑内イ）第　　号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）　（緑内ド）第　　号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　（硝切）第　　号
網膜再建術　（網膜再）第　　号
人工中耳植込術　（人工中耳）第　　号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術　（植補聴）第　　号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）　（内鼻Ｖ）第　　号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）　（鏡咽悪）第　　号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術　（鏡喉悪）第　　号

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）　（喉頭形成）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）
（顎移）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）　（歯顎移）第　　号
顎関節人工関節全置換術　（顎人工）第　　号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術　（内下）第　　号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術　（内甲悪）第　　号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（ＭＲＩによるもの）　（乳腺ガ）第　　号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）　（乳切性障）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算１及びセンチネルリンパ節生検（併用）　（乳セ１）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算２及びセンチネルリンパ節生検（単独）　（乳セ２）第　　号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））　（乳腫）第　　号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　（ゲル乳再）第　　号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔拡胸支）第　　号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦悪支）第　　号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦支）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）
（胸腔肺悪区）第　　号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）
（肺腫）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔肺悪）第　　号
同種死体肺移植術　（肺植）第　　号
生体部分肺移植術　（生肺）第　　号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
（穿瘻閉）第　　号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔食悪支）第　　号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（縦隔食悪支）第　　号
内視鏡下筋層切開術　（内筋）第　　号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　（経特）第　　号
胸腔鏡下弁形成術　（胸腔弁形）第　　号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸弁形内支）第　　号
経カテーテル大動脈弁置換術　（カ大弁置）第　　号
胸腔鏡下弁置換術　（胸腔下置）第　　号

経皮的僧帽弁クリップ術　（経僧帽）第　　号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術　（脈動開）第　　号
不整脈手術　左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）　（不整経カ）第　　号
磁気ナビゲーション加算　（磁場心）第　　号
経皮的中隔心筋焼灼術　（経中）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　（ペ）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
（ペリ）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）　（両ペ心）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）　（両ペ静）第　　号
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）　（除心）第　　号
植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術　（除静）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）　（両除心）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）　（両除静）第　　号
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　（大）第　　号
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）　（経循補）第　　号
補助人工心臓　（補心）第　　号
小児補助人工心臓　（小補心）第　　号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）　（植補心非）第　　号
同種心移植術　（心植）第　　号
同種心肺移植術　（心肺植）第　　号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術　（筋シ心移）第　　号
経皮的下肢動脈形成術　（経下肢動）第　　号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　（内下不切）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）　（腹リ後腹）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）　（腹リ傍大）第　　号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術　（腹小切）第　　号
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（腹胃切支）第　　号
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（腹側胃切支）第　　号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）　（腹十二局）第　　号

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）（腹胃縮）第　号
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹胃全）第　号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（バ経静脈）第　号
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
（胆腫）第　号
体外衝撃波胆石破砕術（胆）第　号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術（腹胆閉鎖）第　号
腹腔鏡下肝切除術（腹肝）第　号
生体部分肝移植術（生）第　号
同種死体肝移植術（肝植）第　号
体外衝撃波膵石破砕術（膵石破）第　号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術（腹膵腫瘍）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（腹膵切）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵切支）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（腹膵頭）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵頭支）第　号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術（膵植）第　号
同種死体膵島移植術（膵島植）第　号
生体部分小腸移植術（生小腸植）第　号
同種死体小腸移植術（小腸移植）第　号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術（早大腸）第　号
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
（腹直腸切支）第　号
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹腎形支）第　号
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（腎）第　号
腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）（腎凝固）第　号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹腎支器）第　号
同種死体腎移植術（腎植）第　号
生体腎移植術（生腎）第　号
膀胱水圧拡張術（膀胱）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膀胱悪支）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腹膀）第　号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（腹小膀悪）第　号
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（尿形性障）第　号
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（尿裂性障）第　号
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰形性障）第　号
人工尿道括約筋植込・置換術（人工尿）第　号
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰全性障）第　号
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（精摘性障）第　号

焦点式高エネルギー超音波療法（焦超）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（腹前）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹前支器）第　号
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（会形性障）第　号
造膣術、膣閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（造膣閉性障）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（腹仙骨固）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）（腹仙骨固支）第　号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（子宮全性障）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）
（腹腟子性障）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹腟子内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
（腹子悪内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）（腹子）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）（腹子頸）第　号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（子宮附性障）第　号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術（内胎）第　号
胎児胸腔・羊水腔シャント術（胎羊）第　号
無心体双胎焼灼術（無心）第　号
胎児輸血術（胎輸）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の休日加算１（医手休）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の時間外加算１（医手外）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の深夜加算１（医手深）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の休日加算１（歯手休）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の時間外加算１（歯手外）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の深夜加算１（歯手深）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術（胃瘻造）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）（乳切遺伝）第　号
医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術に対する乳房切除術）（子宮附遺伝）第　号
輸血管理料Ⅰ（輸血Ⅰ）第　号
輸血管理料Ⅱ（輸血Ⅱ）第　号
輸血適正使用加算（輸適）第　号
貯血式自己血輸血管理体制加算（貯輸）第　号
コーディネート体制充実加算（コ体充）第　号
自己生体組織接着剤作成術（自生接）第　号

自己クリオプレシピテート作製術（用手法）　（自己ク）第　　号
同種クリオプレシピテート作製術　（同種ク）第　　号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算　（造設前）第　　号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算　（胃瘻造嚥）第　　号
凍結保存同種組織加算　（凍保組）第　　号
歯周組織再生誘導手術　（ＧＴＲ）第　　号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術　（人工歯根）第　　号
顎関節人工関節全置換術（歯科）　（歯顎人工）第　　号
歯根端切除手術の注３　（根切顕微）第　　号
麻酔管理料（Ⅰ）　（麻管Ⅰ）第　　号
麻酔管理料（Ⅱ）　（麻管Ⅱ）第　　号
歯科麻酔管理料　（歯麻管）第　　号
放射線治療専任加算　（放専）第　　号
外来放射線治療加算　（外放）第　　号
遠隔放射線治療計画加算　（遠隔放）第　　号
高エネルギー放射線治療　（高放）第　　号
１回線量増加加算　（増線）第　　号
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　（強度）第　　号
画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）　（画誘）第　　号
体外照射呼吸性移動対策加算　（体対策）第　　号
定位放射線治療　（直放）第　　号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算　（定対策）第　　号
粒子線治療　（粒）第　　号
粒子線治療適応判定加算　（粒適）第　　号
粒子線治療医学管理加算　（粒医）第　　号
画像誘導密封小線源治療加算　（誘密）第　　号
保険医療機関間の連携による病理診断　（連携診）第　　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
（連組織）第　　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診　（連細胞）第　　号
病理診断管理加算１　（病理診１）第　　号
病理診断管理加算２　（病理診２）第　　号
デジタル病理画像による病理診断　（デ病診）第　　号
悪性腫瘍病理組織標本加算　（悪病組）第　　号
口腔病理診断管理加算１　（口病診１）第　　号
口腔病理診断管理加算２　（口病診２）第　　号
クラウン・ブリッジ維持管理料　（補管）第　　号
歯科矯正診断料　（矯診）第　　号
顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）　（顎診）第　　号

調剤基本料１　（調基１）第　　号
調剤基本料２　（調基２）第　　号
調剤基本料３イ　（調基３イ）第　　号
調剤基本料３ロ　（調基３ロ）第　　号
調剤基本料１（注１のただし書に該当する場合）　（調基特１）第　　号
地域支援体制加算　（地支体）第　　号
後発医薬品調剤体制加算１　（後発調１）第　　号
後発医薬品調剤体制加算２　（後発調２）第　　号
後発医薬品調剤体制加算３　（後発調３）第　　号
無菌製剤処理加算　（薬菌）第　　号
在宅患者調剤加算　（在調）第　　号
薬剤服用歴管理指導料の４に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導　（オン外薬）第　　号
薬剤服用歴管理指導料の注７に掲げる特定薬剤管理指導加算２　（特薬管２）第　　号
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　（か薬）第　　号

７　次の(１)から(10)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか１つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

（１）　持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定

（２）　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３）　センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算１

（４）　センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算２

（５）　人工膵臓検査、人工膵臓療法

（６）　時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

（７）　検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

（８）　導入期加算２、腎代替療法実績加算

（９）　透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

(10)　食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

８　４に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和２年４月 20 日までに届出書の提出が

あり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

9　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第３　届出受理後の措置等

1　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算１、２及び３、歯科画像診断管理加算１及び２、麻酔管理料（Ｉ）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

2　届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

3　特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

4　届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年７月１日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

5　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

6　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、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）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、令和２年３月 31 日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

令和２年３月 31 日において現に表１及び表２に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、令和２年４月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

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

外来栄養食事指導料（注２に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
心臓ペースメーカー指導管理料の注５に掲げる遠隔モニタリング加算
がん患者指導管理料のニ
婦人科特定疾患治療管理料
腎代替療法指導管理料
ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
療養・就労両立支援指導料の注３に掲げる相談支援加算
外来排尿自立指導料
精神科退院時共同指導料１
精神科退院時共同指導料２
在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
睡眠時歯科筋電図検査
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査
がんゲノムプロファイリング検査
角膜ジストロフィー遺伝子検査
先天性代謝異常症検査
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
検体検査判断料の注７に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
単線維筋電図
脳磁図（自発活動を測定するもの）
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）
黄斑局所網膜電図
全視野精密網膜電図
経気管支凍結生検法
血流予備量比コンピューター断層撮影

全身ＭＲＩ撮影加算
連携充実加算
経頭蓋磁気刺激療法
療養生活環境整備指導加算
依存症集団療法２
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
多血小板血漿処置
心不全に対する遠赤外線温熱療法
乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
椎間板内酵素注入療法
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）
角膜移植術（内皮移植加算）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
顎関節人工関節全置換術
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
不整脈手術　左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）
経皮的下肢動脈形成術
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
同種死体膵島移植術
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）
無心体双胎焼灼術
胎児輸血術
同種クリオプレシピテート作製術
顎関節人工関節全置換術（歯科）

歯科麻酔管理料
薬剤服用歴管理指導料の４に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
薬剤服用歴管理指導料の注７に掲げる特定薬剤管理指導加算２

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

小児運動器疾患指導管理料
小児科外来診療料
摂食機能療法の注３に掲げる摂食嚥ド支援加算（令和２年３月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の注３に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２月４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
導入期加算２
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）
調剤基本料の注５に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料１を算定している保険薬局で、令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準等の名称が変更されたが、令和２年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
脳磁図	→	脳磁図（その他のもの）
依存症集団療法	→	依存症集団療法１
腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	→	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）

54

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名：
電 話 番 号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

☐　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において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第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　☐には、適合する場合「✓」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。
1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6, 5の8
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□　年　月	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	地域包括診療料１	□	□　年　月	□	7の7
6の8	地域包括診療料２	□	□　年　月	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	□	□　年　月	□	7の8
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	□	□　年　月	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の２	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の３	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	□	□　年　月	□	17

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	□	□　年　月	□	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	□	□　年　月	□	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の3
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	□	□　年　月	□	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	□	□　年　月	□	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の4	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の9	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6, 52
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7, 52
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単線維筋電図	□	□　年　月	□	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2, 52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3, 52, 4
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の７	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	□	□　年　月	□	37の2
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の２	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
40の２	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	□	□　年　月	□	43の6の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	□	□　年　月	□	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料	□	□　年　月	□	47の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	52, 48の6
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	□	□　年　月	□	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4, 52, 4
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52, 54の2
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52, 54の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52, 54の4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）	□	□　年　月	□	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	□	□　年　月	□	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□　年　月	□	50の5
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	□	□　年　月	□	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52, 87の12

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,59の3の2
63の6	磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52,62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52,63
68	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52,65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52,65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□　年　月	□	52,65の4の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52,65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□　年　月	□	52,65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52,87の15
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52,87の16
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52,67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52,57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52,87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52,67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52,69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□　年　月	□	52,69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52,70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5,4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52,71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,71の2
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52,71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52,71の4
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52,87の20
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4,(基本別添7)13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4,43の5
80	輸血管理料Ｉ	□	□　年　月	□	73

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81の3	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	１回線量増加加算	□	□　年　月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
92	地域支援体制加算	□	□　年　月	□	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
96	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	89
97	薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する施設基準	□	□　年　月	□	91
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
100	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	□	□　年　月	□	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。

診療報酬改定による届出やお問い合わせなどは管轄の関東信越厚生局都県事務所（埼玉県は指導監査課）にお願いいたします。

保険医療機関の所在他	お問い合わせ事務所	所 在 地	電話番号
埼玉県	関東信越厚生局 指導監査課	〒 ３３０−９７２７ 埼玉県さいたま市中央区新都心２−１ さいたま新都心合同庁舎検査棟　２階	０４８ （８５１）３０６０
茨城県	関東信越厚生局 茨城事務所	〒 ３１０−００６１ 茨城県水戸市北見町１−１１ 水戸地方合同庁舎 ４階	０２９ （２７７）１３１６
栃木県	関東信越厚生局 栃木事務所	〒 ３２０−００４３ 栃木県宇都宮市桜５−１−１３ 宇都宮地方合同庁舎 ５階	０２８ （３４１）８４８６
群馬県	関東信越厚生局 群馬事務所	〒 ３７１−００２４ 群馬県前橋市表町２−２−６ 前橋ファーストビルディング ７階	０２７ （８９６）０４８８
千葉県	関東信越厚生局 千葉事務所	〒 ２６０−００１３ 千葉県千葉市中央区中央３−３−８ 日進センタービル ７階	０４３ （３７９）２７１６
東京都	関東信越厚生局 東京事務所	〒 １６３－１１１１ 東京都新宿区西新宿６−２２−１ 新宿スクエアタワー １１階	０３ （６６９２）５１１９
神奈川県	関東信越厚生局 神奈川事務所	〒 ２３１−００１５ 神奈川県横浜市中区尾上町１−６ ＩＣＯＮ関内 ６階	０４５ （２７０）２０５３
新潟県	関東信越厚生局 新潟事務所	〒 ９５０−００８８ 新潟県新潟市中央区万代２−３−６ 新潟東京海上日動ビルディング １階	０２５ （３６４）１８４７
山梨県	関東信越厚生局 山梨事務所	〒 ４００−０８５８ 山梨県甲府市相生１−４−２３ 損保ジャパン日本興亜鮎川ビル ５階 ※令和２年４月よりビル名が変わります （新名称）損保ジャパン鮎川ビル ５階	０５５ （２０６）０５６９
長野県	関東信越厚生局 長野事務所	〒 ３８０−０８４６ 長野県長野市旭町１１０８ 長野第２合同庁舎 ４階	０２６ （４７４）４３４６