

## 調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 当該保険薬局における調剤基本料の区分<br>(いずれかに○)                                                                                                                                                                                                                                | ( )                                                     | 調剤基本料 1                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( )                                                     | 調剤基本料 2                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( )                                                     | 調剤基本料 3 - イ               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( )                                                     | 調剤基本料 3 - ロ               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( )                                                     | 特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」) |
| 2 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する)<br><input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く)<br>指定日 (      年      月      日 )<br><input type="checkbox"/> 新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合)<br><input type="checkbox"/> 調剤基本料の区分変更に伴う届出<br><input type="checkbox"/> その他 (      ) |                                                         |                           |
| 3 病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無<br>(特別な関係を有する病院名 :      )                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                           |
| ア 病院との不動産の賃貸借取引                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |                           |
| イ 病院が譲り渡した不動産の利用                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |                           |
| ウ 保険薬局が所有する設備の貸与                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |                           |
| エ 病院による開局時期の指定                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |                           |
| 4 所属するグループ名とグループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数の合計                                                                                                                                                                                                                            | 所属するグループ名 (      )                                      |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 月当たりの処方箋受付回数の合計 (①)<br>(      回 )                     |                           |
| 5 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |                           |
| 6 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合<br>期間 :      年      月      ~      年      月 (      ヶ月間②)                                                                                                                                                                 |                                                         |                           |
| ア 全処方箋受付回数 (③)                                                                                                                                                                                                                                                  | 回                                                       |                           |
| イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数 (④)                                                                                                                                                                                                                                    | 回                                                       |                           |
| ウ 主たる保険医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                           |
| エ 集中度 (④/③) (%) (⑤)                                                                                                                                                                                                                                             | %                                                       |                           |
| オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数 (⑥)                                                                                                                                                                                                                                    | 施設                                                      |                           |
| カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計 (⑦)                                                                                                                                                                                                                                   | 回                                                       |                           |

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

（参考）調剤基本料の注3の減算への該当性

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

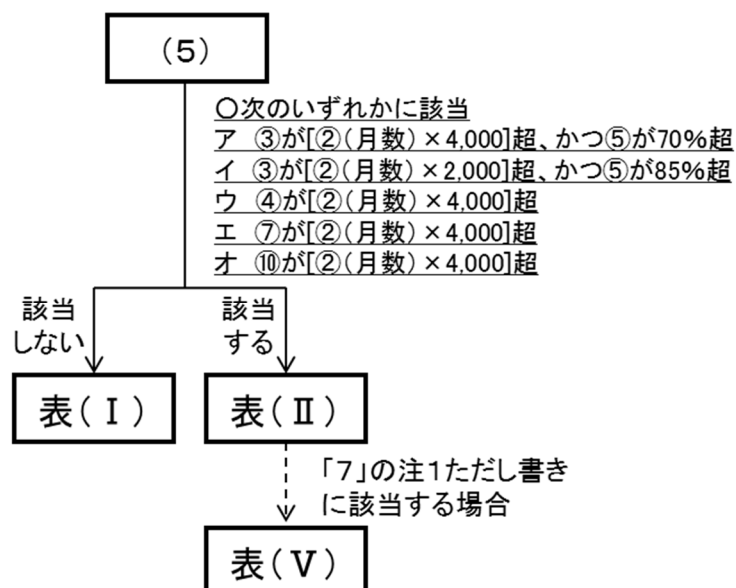
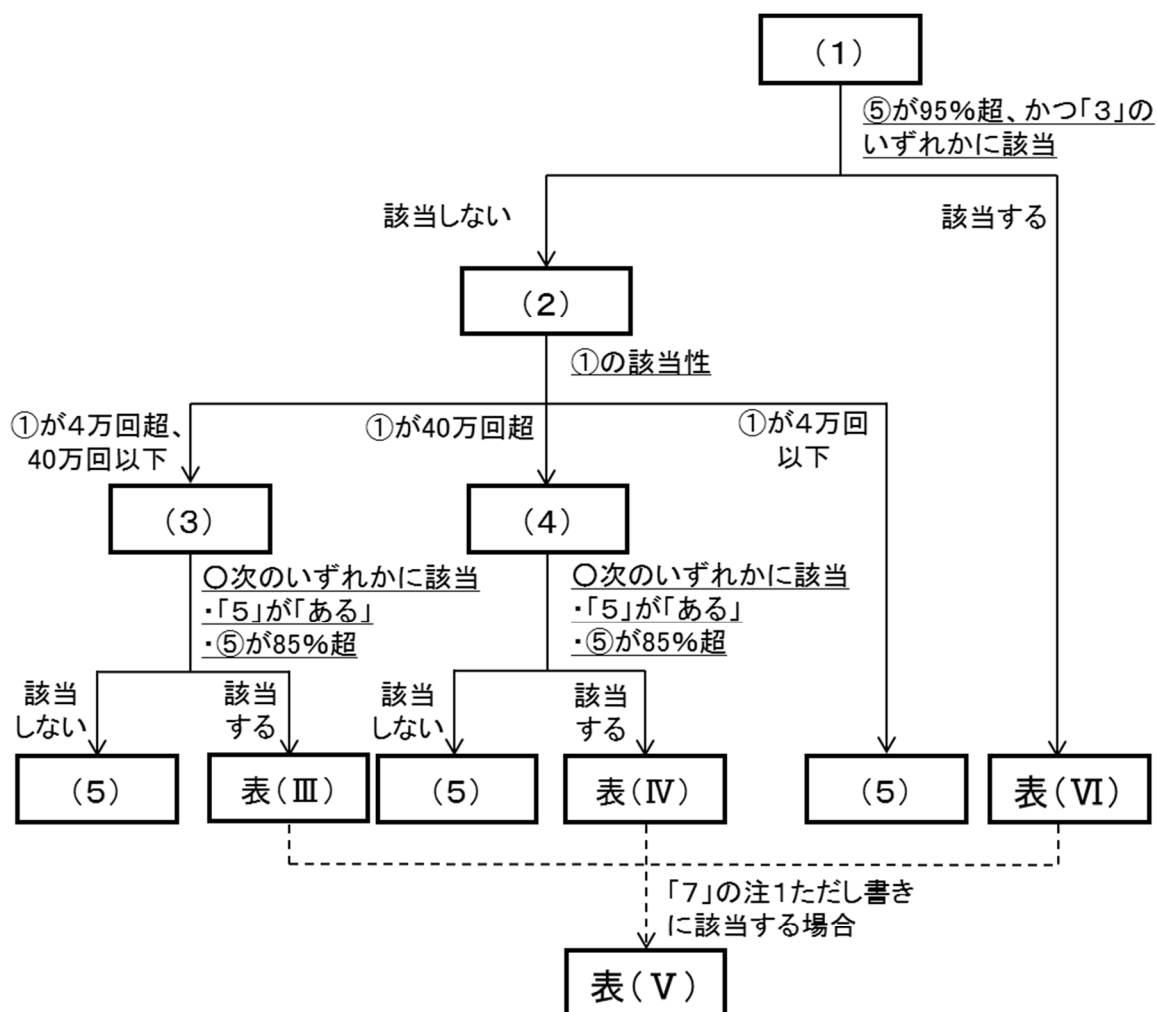
（参考）調剤基本料の注6の減算への該当性（③が〔（②）月数×600〕を超える場合のみ記載）

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

（参考）薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

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

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



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

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

[添付の必要がある資料]

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

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

[記載上の注意]

- 1 「2」については、新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第●号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。  
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。  
イ 平成28年10月以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。  
ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋  
イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋  
ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋
- 8 ⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。
- 9 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 10 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 11 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 12 「11」については、「8」が50%以下又は「9」若しくは「10」のいずれかが「あり」の場合に「あり」とする。
- 13 「12」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 14 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

## 調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                              |                                                                               |  |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|------|
| 1 保険薬局の常勤薬剤師数並びに当該保険薬局のかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準（以下「当該施設基準」という。）に適合している薬剤師数及びその割合                      |                                                                               |  |      |
| 勤務している保険薬剤師の数（①）                                                                                             |                                                                               |  | 人    |
| 当該施設基準に適合していることが必要な保険薬剤師数（①×0.5）（②）                                                                          |                                                                               |  | 人    |
| 2 当該施設基準に適合している保険薬剤師数及び保険薬剤師割合等                                                                              |                                                                               |  |      |
| 当該施設                                                                                                         | <div style="text-align: center; font-size: 48px; font-weight: bold;">廃止</div> |  | 人    |
| 保険                                                                                                           |                                                                               |  | 算定回数 |
|                                                                                                              |                                                                               |  | 回    |
|                                                                                                              |                                                                               |  | 回    |
|                                                                                                              |                                                                               |  | 回    |
|                                                                                                              |                                                                               |  | 回    |
| 3 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く）                                         |                                                                               |  |      |
| 期間： 年 月 ～ 年 月                                                                                                |                                                                               |  |      |
| かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の合計算定回数（③）                                                                         |                                                                               |  | 回    |
| 1月の常勤薬剤師一人あたりのかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数 $[\textcircled{3} / (\textcircled{1} \times 3)]$ （100回以上であること） |                                                                               |  | 回    |

## 〔記載上の注意〕

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年2月16日医薬企第17号）の「1薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。
  - ・常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間（原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間）のすべてを勤務する者（32時間未満の場合は32時間以上）の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。

$$\frac{\text{非常勤薬剤師の勤務時間の合計}}{\text{保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間（32時間未満の場合は32時間）}}$$
- 3 「1」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が1の場合には1とする。
- 4 「2」の、保険薬剤師の氏名の記載欄が不足する場合は別添として報告すること。
- 5 「2」の、算定回数欄には当該保険薬剤師が「3」の期間に算定した、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の合計（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）を記載すること。
- 5 「3」については、届出前3月間の実績を記載すること。
- 6 届出に当たっては、様式84を併せて届け出ること。

## 妥結率等に係る報告書

報告年月日：      年      月      日

### 1. 妥結率

|                                                          |   |
|----------------------------------------------------------|---|
| 当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)                           | 円 |
| 卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)              | 円 |
| 妥結率<br><br><div style="text-align: right;">(②／①) %</div> | % |

### 2. 単品単価契約率

|                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------|---|
| 卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②の再掲)               | 円 |
| 単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)                          | 円 |
| 単品単価契約率<br><br><div style="text-align: right;">(③／②) %</div> | % |

### 3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------------|----------------------------|

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

| 取引卸売販売業者名 | 値引き率（税込み） |
|-----------|-----------|
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |
|           | %         |

〔記載上の注意〕

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第2位を切り捨てて計算すること。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 8 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。



## 基準調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                             |                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|
| 1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況                                         |                                                             |    |
| 2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況                                     |                                                             |    |
| 3 開局時間                                                      |                                                             |    |
| 4 薬局にお                                                      | <div style="text-align: center; font-size: 100px;">廃止</div> |    |
| 5 在宅での                                                      |                                                             |    |
| 6 備蓄品目                                                      |                                                             |    |
| 7 全処方箋                                                      |                                                             |    |
| 期間：      年      月      ～      年      月                      |                                                             |    |
| ・ 受付回数 (①)                                                  |                                                             | 回  |
| ・ 主たる医療機関の処方箋受付回数 (②)                                       |                                                             | 回  |
| ・ 集中度 (②/①) (%)                                             |                                                             | %  |
| 8 後発医薬品の調剤割合                                                |                                                             | %  |
| 9 管理薬剤師                                                     |                                                             |    |
| ・ 氏名                                                        |                                                             |    |
| ・ 薬局勤務経験年数                                                  |                                                             | 年  |
| ・ 週あたりの勤務時間                                                 |                                                             | 時間 |
| ・ 在籍年数                                                      |                                                             | 年  |
| 10 麻薬小売業者免許証の番号                                             |                                                             |    |
| 11 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局                                      |                                                             |    |
|                                                             | ①                                                           | ②  |
| ・ 名称                                                        |                                                             |    |
| ・ 所在地                                                       |                                                             |    |
| 12 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制<br>(次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。) |                                                             |    |
| (1) 担当者が固定している場合                                            |                                                             |    |
| (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合<br>(主な担当者を記載することで差し支えない。)            |                                                             |    |
| ・ 担当薬剤師名：                                                   |                                                             |    |
| ・ 連絡先：                                                      |                                                             |    |
| 13 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況                                    |                                                             |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>14 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）</p> <p>期間：      年      月      ～      年      月</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況</p> <p>算定回数：                  回</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）</p> <p>算定回数：                  回</p> <p>居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）</p> <p>算定回数：                  回</p> </div> |
| <p>15 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 3 「2」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 4 「3」については、自局の開局時間を記載すること。
- 5 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「8」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 9 「9」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 10 「13」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 11 「14」については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算した算定回数を記載すること。
- 12 「15」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写し及び様式90の「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

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

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

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

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

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

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

％

[記載上の注意]

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

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書

|                                                                                                    |  |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|
| 1 基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第 6 の 2 に所在する保険薬局である                                            |  | <input type="checkbox"/>                                 |
| 2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合<br>期間：      年      月      ～      年      月      （      ヶ月間） |  |                                                          |
| ア 1 月あたりの平均処方箋受付回数                                                                                 |  | 回                                                        |
| イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度                                                                                |  | %                                                        |
| ウ 主たる保険医療機関名                                                                                       |  |                                                          |
| 許可病床数（病院の場合のみ記載）                                                                                   |  | 床                                                        |
| 所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か                                                                            |  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報                                                                       |  |                                                          |
| 保険医療機関名                                                                                            |  | 許可病床数（病院のみ記載）                                            |
| (1)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (2)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (3)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (4)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (5)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (6)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (7)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (8)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (9)                                                                                                |  | 床                                                        |
| (10)                                                                                               |  | 床                                                        |
| 4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無                                                                     |  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |
| 5 特定の区域内の保険医療機関数                                                                                   |  |                                                          |

[記載上の注意]

- 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第●号）」の別添 3 の別紙 2 を参照すること。
- 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

## 地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                          |     |                           |
|------------------------------------------|-----|---------------------------|
| 1 当該保険薬局<br>における調剤基本<br>料の区分<br>(いずれかに○) | ( ) | 調剤基本料 1                   |
|                                          | ( ) | 調剤基本料 2                   |
|                                          | ( ) | 調剤基本料 3 - イ               |
|                                          | ( ) | 調剤基本料 3 - ロ               |
|                                          | ( ) | 特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」) |

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 2 麻薬小売業者免許証の番号                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
| 3 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間)<br>期間: 年 月 ~ 年 月                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況<br>算定回数: 回<br><div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;">           在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)<br/>           算定回数: 回<br/>           居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険)<br/>           算定回数: 回         </div> |                             |
| 4 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> あり |

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況                                     |    |
| 6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況                                 |    |
| 7 開局時間                                                  |    |
| 8 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況                          |    |
| 9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況                                |    |
| 10 備蓄品目数                                                | 品目 |
| 11 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合<br>期間: 年 月 ~ 年 月 |    |
| ・受付回数 (①)                                               | 回  |
| ・主たる医療機関の処方箋受付回数 (②)                                    | 回  |
| ・集中度 (②/①) (%)                                          | %  |
| 12 後発医薬品の調剤割合                                           | %  |

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

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの 1 つに○を付し、様式 84 の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料 1 以外の薬局については、様式 87 の 3 の 2 についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 7 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 9 「12」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の 1 週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在



籍期間を記載すること。

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

## 地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                            |                          |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|
| 1 保険薬局の常勤薬剤師数                                                                                              |                          |               |
| 週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)                                                                                    |                          | 人             |
| 週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)                                                                                |                          | 人             |
| 常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)                                                                                         |                          | 人             |
| 2 各基準の算定回数 (1 年間)                                                                                          |                          |               |
| 期間:      年      月      ~      年      月                                                                     |                          |               |
| 基準 (薬剤師一人当たり)                                                                                              | 各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数 | 保険薬局における実績の合計 |
| (1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)                                                                             | 回                        | 回             |
| (2) 麻薬管理指導加算 (10 回/人)                                                                                      | 回                        | 回             |
| (3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/人)                                                           | 回                        | 回             |
| (4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/人)                                                                     | 回                        | 回             |
| (5) 外来服薬支援料 (12 回/人)                                                                                       | 回                        | 回             |
| (6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)                                                                                      | 回                        | 回             |
| (7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人) | 回                        | 回             |
| (8) 服薬情報等提供料 (60 回/人)                                                                                      | 回                        | 回             |

## [記載上の注意]

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態 (常勤・非常勤の別) 及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「1」の、「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
  - 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
  - 当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)  
 32 (時間/週) × 13 (週/3 月)

- 「1」の、②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 「2」の各基準の範囲は以下のとおり。
  - ①時間外等加算: 「区分番号 01」の「注 4」
  - ②夜間・休日等加算: 「区分番号 01」の「注 5」
  - ③麻薬管理指導加算: 「区分番号 10」の「注 3」、「区分番号 13 の 2」の「注 2」、「区分番号 15」の「注 2」、「区分番号 15 の 2」の「注 2」、「区分番号 15 の 3」の「注 2」、

- 介護保険における居宅療養管理指導費の「注2」、介護予防居宅療養管理指導費の「注2」
- (3) ①重複投薬・相互作用等防止加算：「区分番号10」の「注4」、「区分番号13の2」の「注3」
- ②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：「区分番号15の6」
- (4) ①かかりつけ薬剤師指導料：「区分番号13の2」
- ②かかりつけ薬剤師包括管理料：「区分番号13の3」
- (5) 外来服薬支援料：「区分番号14の2」
- (6) 服用薬剤調整支援料：「区分番号14の3」
- (7) 以下における、単一建物診療患者に対する算定実績
- ①在宅患者訪問薬剤管理指導料：「区分番号15」
- ②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料：「区分番号15の2」
- ③在宅患者緊急時等共同指導料：「区分番号15の3」
- ④介護保険における居宅療養管理指導費
- ⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
- (8) 服薬情報等提供料：「区分番号15の5」
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて届け出ること。

## 人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

|                        |     |                |
|------------------------|-----|----------------|
| 届出に係る区分<br>(いずれかに○を付す) | ( ) | 慢性維持透析を行った場合 1 |
|                        | ( ) | 慢性維持透析を行った場合 2 |

|                                                                                                                                                                                          |       |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 1 届出の区分（該当する項目の□に「レ」を記入する）<br><input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出<br><input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出<br><input type="checkbox"/> 平成 30 年度改定に伴う届出<br><input type="checkbox"/> その他 （ ） |       |     |
| 2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数<br>期間： 年 月 ～ 年 月 （ ヶ月間）                                                                                                                          |       |     |
| 上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計（①）                                                                                                                                                     | 台     |     |
| 上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数の合計（②）                                                                                                                                                     | 人     |     |
| 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数（①／②）（③）                                                                                                                                            |       |     |
| 3 透析機器安全管理委員会の設置状況                                                                                                                                                                       | 有 ・ 無 |     |
|                                                                                                                                                                                          | 職 種   | 氏 名 |
| （1） 透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名                                                                                                                                                    |       |     |
| （2） 透析液製造担当者の職種及び氏名                                                                                                                                                                      |       |     |
| （3） 品質管理者の職種及び氏名                                                                                                                                                                         |       |     |
| （4） 機器・設備管理担当者の職種及び氏名                                                                                                                                                                    |       |     |
| ※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。<br>（1） ①が 26 台未満→慢性維持透析を行った場合 1<br>該当しない→（2）へ<br>（2） ③が 3.5 未満→慢性維持透析を行った場合 1<br>③が 3.5 以上 4.0 未満→慢性維持透析を行った場合 2                          |       |     |

[記載上の注意]

- 1 「1」については、平成30年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「平成30年度改定に伴う届出」に「レ」を記入すること。
- 2 「2」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
  - ア 透析室に配置されていること
  - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 3 「2」の②については、①が26台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 4 「2」の②については、区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「4」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が5回以下の患者並びに「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第●号）の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第9部J038 人工腎臓（8）のア及びエに掲げる患者を除いて求めること。
- 5 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 6 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 7 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

様式 87 の 5

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）  
の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                     |       |
|-----------------------------------------------------|-------|
| 1 耳鼻咽喉科の経験を有する常勤の医師                                 |       |
| 常勤医師の氏名                                             | 経験年数  |
|                                                     |       |
|                                                     |       |
| 2 「1」のうち、20 例以上の喉頭形成手術の経験を有し、関係学会による手術講習会を受講した医師の氏名 |       |
| 3 音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること          | 有 ・ 無 |

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 3 「2」については、関係学会による手術講習会の受講の有無が分かる書類の写しを添付すること。

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| 1 保険医療機関の所在地及び名称                      |      |
| 2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師               |      |
| 常勤医師の氏名                               | 経験年数 |
|                                       |      |
|                                       |      |
|                                       |      |
| 3 日本組織移植学会の認定する組織バンクとの契約の有無 ( 有 ・ 無 ) |      |

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「2」の医師が関連学会の主催する講習会を受講したことを証明する書類を添付すること。
- 3 「3」について、当該組織バンクと適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。

様式 87 の 7

後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）  
の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                |                   |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                                   |                   |                    |
| 2 脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師の氏名等（1 名以上） |                   |                    |
| 医師の氏名                                                                          | 脊椎又は脊髄に係る手術の経験症例数 | 後縦靱帯骨化症に係る手術の経験症例数 |
|                                                                                | 例                 | 例                  |
|                                                                                | 例                 | 例                  |
| 3 整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上）                                |                   |                    |
| 常勤医師の氏名                                                                        | 診療科名              | 経験年数               |
|                                                                                |                   | 年                  |
|                                                                                |                   | 年                  |
| 4 顕微鏡下に手術が実施できる体制 有 ・ 無                                                        |                   |                    |
| 5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制 有 ・ 無                                                      |                   |                    |

[記載上の注意]

- 「2」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「2」及び「3」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・脊椎又は脊髄に係る手術について 100 例以上の経験を有し、かつ、後縦靱帯骨化症に係る手術について 20 例以上の経験を有する医師
  - ・整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師
- 「3」の常勤医師の経歴（整形外科又は脳神経外科の経験年数がわかるもの）を添付すること。



様式 87 の 8

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）  
 の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                      |         |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| 1 届出種別                                                                                               |         |                  |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）                                                        |         |                  |
| 2 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術<br>若しくは胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術又は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（全て内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限り）を術者として合計5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                                                                      |         | 例                |
|                                                                                                      |         | 例                |
| 3 当該医療機関における縦隔腫瘍に係る手術の実施症例数                                                                          |         |                  |
| 例<br>そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数<br>例                                                    |         |                  |
| 4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                                                         |         |                  |
| 科<br>科                                                                                               |         |                  |
| 5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）                                  | 常勤医師の氏名 | 経験年数             |
|                                                                                                      |         | 年                |
|                                                                                                      |         | 年                |
| 6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）                                                                                  |         |                  |
| 7 常勤の臨床工学技士の氏名                                                                                       |         |                  |
| 8 保守管理の計画（有 ・ 無）                                                                                     |         |                  |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

|   |                            |           |
|---|----------------------------|-----------|
| 1 | 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | 科         |
| 2 | 消化器外科の医師の氏名（１名以上）          |           |
|   |                            |           |
|   |                            |           |
| 3 | 緊急手術が可能な体制                 | （ 有 ・ 無 ） |

[記載上の注意]

- 1 「２」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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）の  
施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                |         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <b>1 届出種別</b><br><br>・新規届出（実績期間    年    月～    年    月）<br>・再度の届出（実績期間    年    月～    年    月）                                                                                                     |         |                      |
| <b>2</b> 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）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等                                                                                                                            | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験<br>症例数 |
|                                                                                                                                                                                                |         | 例                    |
|                                                                                                                                                                                                |         | 例                    |
| <b>3</b> 当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数<br><br><div style="text-align: right;">例</div> そのうち、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を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の実施症例数<br><br><div style="text-align: right;">例</div> |         |                      |
| <b>4</b> 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br><br><div style="text-align: right;">科<br/>科<br/>科<br/>科</div>                                                                                           |         |                      |
| <b>5</b> 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）                                                                                                             | 常勤医師の氏名 | 経験年数                 |
|                                                                                                                                                                                                |         | 年                    |
|                                                                                                                                                                                                |         | 年                    |
| <b>6</b> 緊急手術が可能な体制 <span style="float: right;">（ 有    ・    無    ）</span>                                                                                                                      |         |                      |
| <b>7</b> 常勤の臨床工学技士の氏名                                                                                                                                                                          |         |                      |
| <b>8</b> 保守管理の計画 <span style="float: right;">（ 有    ・    無    ）</span>                                                                                                                         |         |                      |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

胸腔鏡下弁形成術  
 胸腔鏡下弁置換術  
 胸腔鏡下弁形成術  
 （内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                             |         |                  |
|-------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| 1 届出種別                                                      |         |                  |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）               |         |                  |
| 2 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                             |         | 例                |
|                                                             |         | 例                |
| 3 当該医療機関における体外循環を使用する手術の実施症例数                               |         |                  |
|                                                             |         | 例                |
| そのうち、心臓弁膜症手術の実施症例数                                          |         | 例                |
| 4 心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等                     | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                             |         | 例                |
|                                                             |         | 例                |
| 5 当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の実施症例数      |         |                  |
|                                                             |         | 例                |
| 6 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                |         |                  |
|                                                             |         | 科<br>科           |
| 7 心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について5年以上の経験を有する者                    | 常勤医師の氏名 | 経験年数             |

|                                                |  |   |
|------------------------------------------------|--|---|
| が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上)                  |  | 年 |
|                                                |  | 年 |
|                                                |  | 年 |
| 8 経食道心エコーの実施症例数 ( 例)                           |  |   |
| 9 緊急手術が可能な体制 ( 有 ・ 無 )                         |  |   |
| 10 常勤の臨床工学技士の氏名(体外循環の操作を30例以上実施した経験を有する者が1名以上) |  |   |
|                                                |  |   |
| 11 保守管理の計画 ( 有 ・ 無 )                           |  |   |

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術を届け出る場合にあっては、「2」、「5」、「9」及び「11」は記載する必要がないこと。また、「3」又は「4」は、当該施設基準を満たすものとして、いずれか一方を記載すればよいこと。
- 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)を届け出る場合にあっては、「4」は記載する必要がないこと。
- 「2」及び「4」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」、「5」及び「8」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「7」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 「10」について、当該技師のうち1名以上について、手術における体外循環の操作を実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「11」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出書

|                              |      |            |                      |
|------------------------------|------|------------|----------------------|
| 1 届出種別                       |      |            |                      |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）         |      |            |                      |
| ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）        |      |            |                      |
| 2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） |      |            |                      |
| 科                            |      |            |                      |
| 3 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数          |      |            |                      |
| 4 経食道心エコー検査の年間実施症例数          |      |            |                      |
| 5 当該診療科の医師の氏名等               |      |            |                      |
| 医師の氏名                        | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 心血管インターベンションに関する経験年数 |
|                              | 科    | 年          |                      |
|                              | 科    | 年          |                      |
|                              | 科    | 年          |                      |
|                              | 科    | 年          |                      |
|                              | 科    | 年          |                      |
|                              | 科    | 年          |                      |

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」については経食道心エコー検査は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「5」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。



様式 87 の 13

経皮的循環補助法

経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|                                                                           |                                   |   |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1 届出種別                                                                    |                                   |   |
| ・新規届出（実績期間      年    月～    年    月）<br>・再度の届出（実績期間      年    月～    年    月） |                                   |   |
| 2                                                                         | 心臓血管手術の実施症例数                      | 例 |
| 3                                                                         | 過去3年間における経皮的冠動脈形成術の実施症例数          | 例 |
| 4                                                                         | 過去3年間における大動脈バルーンパンピング法の実施症例数      | 例 |
| 5                                                                         | 過去3年間における経皮的心肺補助法の実施症例数           | 例 |
| 6 心臓血管外科の医師の氏名等                                                           |                                   |   |
| 医師の氏名                                                                     | 心臓血管外科の経験年数                       |   |
|                                                                           | 年                                 |   |
|                                                                           | 年                                 |   |
| 7 循環器内科の医師の氏名等                                                            |                                   |   |
| 医師の氏名                                                                     | 循環器内科の経験年数                        |   |
|                                                                           | 年                                 |   |
|                                                                           | 年                                 |   |
| 以下、小児を対象とする場合には記載すること。                                                    |                                   |   |
| 8                                                                         | 過去5年間における11歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数 | 例 |
| 9                                                                         | 「2」のうち、18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数     | 例 |
| 10 小児循環器の医師の氏名等                                                           |                                   |   |
| 医師の氏名                                                                     | 小児循環器科の経験年数                       |   |
|                                                                           | 年                                 |   |
|                                                                           | 年                                 |   |

〔記載上の注意〕

1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものである

ること。

- 2 「2」は実績期間内に100例以上が必要であること。小児を対象とする場合は実績期間内に18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数が50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」は実績期間内に300例以上が必要であること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 4 「4」は実績期間内に30例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 5 「5」は実績期間内に20例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。ただし、小児を対象とする場合はこの限りではない。
- 6 「6」、「7」及び「9」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。ただし、小児を対象とする場合は「6」及び「7」は必須ではない。
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
  - ・循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
  - ・小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師
- 7 小児施設の場合、「8」は11歳未満の症例に対する機械的循環補助の実施症例数が5年間で3例以上が必要であること。

様式 87 の 14

（ 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） ）の施設基準に係る届出書添付書類

※届出する事項を○で囲むこと。

|                                                                                                                         |                                        |                                           |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1 届出種別                                                                                                                  |                                        |                                           |                                        |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）                                                                           |                                        |                                           |                                        |
| 2 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）又は腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として合わせて10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 |                                        |                                           |                                        |
| 常勤医師の氏名                                                                                                                 | 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数 | 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）の術者としての経験症例数 | 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数 |
|                                                                                                                         | 例                                      | 例                                         | 例                                      |
|                                                                                                                         | 例                                      | 例                                         | 例                                      |
| 3 当該医療機関における胃悪性腫瘍に係る手術の実施症例数                                                                                            |                                        |                                           |                                        |
| そのうち、腹腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数                                                                                 |                                        |                                           | 例                                      |
|                                                                                                                         |                                        |                                           | 例                                      |
| 4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                                                                            |                                        |                                           |                                        |
|                                                                                                                         |                                        |                                           | 科<br>科<br>科<br>科                       |
| 5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）                                             | 常勤医師の氏名                                | 経験年数                                      |                                        |
|                                                                                                                         |                                        | 年                                         |                                        |
|                                                                                                                         |                                        | 年                                         |                                        |
|                                                                                                                         |                                        | 年                                         |                                        |

|   |              |           |
|---|--------------|-----------|
| 6 | 緊急手術が可能な体制   | ( 有 ・ 無 ) |
| 7 | 常勤の臨床工学技士の氏名 |           |
| 8 | 保守管理の計画      | ( 有 ・ 無 ) |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

## バルーン閉塞下経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                           |                |               |
|-----------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                              |                |               |
| 科                                                         |                |               |
| 2 バルーン閉塞下経静脈的塞栓術を術者として合わせて 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等       |                |               |
| 常勤医師の氏名                                                   | 術者としての経験症例数    |               |
|                                                           |                |               |
|                                                           |                |               |
|                                                           |                |               |
| 3 内科又は消化器内科の 5 年以上の経験及び消化管内視鏡検査について 5 年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等 |                |               |
| 常勤医師の氏名                                                   | 内科又は消化器内科の経験年数 | 消化管内視鏡検査の経験年数 |
|                                                           |                |               |
|                                                           |                |               |
|                                                           |                |               |
| 4 放射線科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等                              |                |               |
| 常勤医師の氏名                                                   | 放射線科の経験年数      |               |
|                                                           |                |               |
|                                                           |                |               |
| 3 緊急手術が可能な体制 ( 有 ・ 無 )                                    |                |               |

## [記載上の注意]

- 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「2、3、4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

## 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1 届出種別                                                                 |                  |
| ・ 新規届出                                                                 | (実績期間 年 月 ～ 年 月) |
| ・ 再度の届出                                                                | (実績期間 年 月 ～ 年 月) |
| 2 当該療養を 5 例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 (1 名以上)                                |                  |
| 常勤医師の氏名                                                                | 経験症例数            |
|                                                                        | 例                |
|                                                                        | 例                |
| 3 当該保険医療機関における胆道閉鎖症に係る手術 (区分番号「K 6 8 4」又は「K 6 8 4 - 2」) の年間実施症例数       |                  |
| 例                                                                      |                  |
| 4 当該保険医療機関における腹腔鏡を用いる手術 (1 6 歳未満に実施したものに限る。区分番号「K 6 3 4」を除く。) の年間実施症例数 |                  |
| 例                                                                      |                  |

## [記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 「2」から「4」については当該手術症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添 2 の様式 52 により添付すること。

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）  
の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                        |         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <b>1 届出種別</b><br><br>・新規届出（実績期間    年    月～    年    月）<br>・再度の届出（実績期間    年    月～    年    月）                                                                             |         |                      |
| <b>2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</b>                                                                                                    | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験<br>症例数 |
|                                                                                                                                                                        |         | 例                    |
|                                                                                                                                                                        |         | 例                    |
| <b>3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数</b><br><br><div style="text-align: right;">例</div> そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施<br>症例数 <div style="text-align: right;">例</div> |         |                      |
| <b>4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</b><br><br><div style="text-align: right;">科<br/>科</div>                                                                               |         |                      |
| <b>5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）</b>                                                                                             | 常勤医師の氏名 | 経験年数                 |
|                                                                                                                                                                        |         | 年                    |
|                                                                                                                                                                        |         | 年                    |
| <b>6 緊急手術が可能な体制</b> <div style="float: right;">（ 有    ・    無 ）</div>                                                                                                   |         |                      |
| <b>7 常勤の臨床工学技士の氏名</b>                                                                                                                                                  |         |                      |
| <b>8 保守管理の計画</b> <div style="float: right;">（ 有    ・    無 ）</div>                                                                                                      |         |                      |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



## 生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出書添付書類

|                                        |      |                            |
|----------------------------------------|------|----------------------------|
| 1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）                   |      |                            |
| 科                                      |      |                            |
| 2 1 年間に実施した生体部分小腸移植術又は生体部分肝移植術の症例数（合計） |      |                            |
| 例                                      |      |                            |
| 3 生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（5 名以上）    |      |                            |
| 常勤医師の氏名                                | 診療科名 | 生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術の経験症例数 |
|                                        |      |                            |
|                                        |      |                            |
|                                        |      |                            |
|                                        |      |                            |
|                                        |      |                            |
|                                        |      |                            |

### [記載上の注意]

- 1 「2」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 「3」については、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体部分小腸移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術を術者として実施した経験を有する常勤医師
 また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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）の  
施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                                    |         |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| 1 届出種別                                                                                                                                                                                                             |         |                  |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）                                                                                                                                                                      |         |                  |
| 2 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）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等                                                                                                                                                      | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                                                                                                                                                                                    |         | 例                |
|                                                                                                                                                                                                                    |         | 例                |
| 3 当該医療機関における直腸切除・切断術又は腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）直腸切除・切断術の実施症例数<br><br><div style="text-align: right;">例</div> そのうち、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を含む。）の実施症例数<br><br><div style="text-align: right;">例</div> |         |                  |
| 4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br><br><div style="text-align: right;">科<br/>科<br/>科<br/>科</div>                                                                                                                      |         |                  |
| 5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）                                                                                                                                        | 常勤医師の氏名 | 経験年数             |
|                                                                                                                                                                                                                    |         | 年                |
|                                                                                                                                                                                                                    |         | 年                |
|                                                                                                                                                                                                                    |         | 年                |
| 6 緊急手術が可能な体制（有・無）                                                                                                                                                                                                  |         |                  |
| 7 常勤の臨床工学技士の氏名                                                                                                                                                                                                     |         |                  |
| 8 保守管理の計画（有・無）                                                                                                                                                                                                     |         |                  |

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添２の様式５２により添付すること。
- 3 「３」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式５２により添付すること。
- 4 「５」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の  
施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|
| <b>1 届出種別</b><br><br>・新規届出（実績期間    年    月～    年    月）<br>・再度の届出（実績期間    年    月～    年    月）                                                                                                                                                                            |         |                  |
| <b>2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</b>                                                                                                                                                                                                    | 常勤医師の氏名 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 例                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 例                |
| <b>3 当該医療機関における子宮全摘術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、子宮悪性腫瘍手術又は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を含む。）の実施症例数（合計）</b><br><br><div style="text-align: right;">例</div> そのうち、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数<br><br><div style="text-align: right;">例</div> |         |                  |
| <b>4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</b><br><br><div style="text-align: right;">科<br/>科<br/>科<br/>科</div>                                                                                                                                                                  |         |                  |
| <b>5 産婦人科又は婦人科の常勤医師の氏名等（産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）</b>                                                                                                                                                                                    | 常勤医師の氏名 | 経験年数             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 年                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 年                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 年                |
| <b>6 緊急手術が可能な体制</b> <span style="float: right;">（ 有    ・    無    ）</span>                                                                                                                                                                                             |         |                  |
| <b>7 常勤の臨床工学技士の氏名</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                  |
| <b>8 保守管理の計画</b> <span style="float: right;">（ 有    ・    無    ）</span>                                                                                                                                                                                                |         |                  |

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添２の様式５２により添付すること。
- 3 「３」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式５２により添付すること。
- 4 「５」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

性同一性障害の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書

|                                                                              |         |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|------|
| 1 標榜する診療科                                                                    |         |       |      |
| 2 関連学会の認定を有する常勤又は非常勤の医師                                                      |         |       |      |
| 医師の氏名                                                                        |         | 経験年数  |      |
|                                                                              |         | 年     |      |
|                                                                              |         | 年     |      |
| 3 当該保険医療機関における、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。）に掲げる手術の実施症例数         |         |       |      |
| 例                                                                            |         |       |      |
| 4 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。）に掲げる手術を20例以上実施した経験を有する関連学会認定の常勤医師 | 常勤医師の氏名 | 経験症例数 | 経験年数 |
|                                                                              |         | 例     | 年    |
|                                                                              |         | 例     | 年    |
| 5 関連学会のガイドラインを遵守していること <input type="checkbox"/>                              |         |       |      |

〔記載上の注意〕

- 「1」の標榜する診療科については、施設基準にかかる診療科であること。
- 「2」については、関係学会による認定を受けたことを証明する書類の写しを添付すること。
- 「3」及び「4」については、いずれか一方を記載すればよいこと。また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。

コーディネート体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                    |      |   |
|------------------------------------|------|---|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）       |      | 科 |
| 2 当該療養について専門の知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師 |      |   |
| 常勤医師の氏名                            | 経験年数 |   |
|                                    |      |   |
|                                    |      |   |
|                                    |      |   |
| 3 「1」の診療科に対する関係学会による認定の有無          |      |   |
| ( 有 ・ 無 )                          |      |   |

〔記載上の注意〕

- 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 「3」について、関係学会による認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

## 無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                    |                                                                                     |   |     |   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|---|
| 薬剤師                | 常 勤                                                                                 | 名 | 非常勤 | 名 |
| 1 無菌処理施設・設備        |                                                                                     |   |     |   |
|                    | 1 無菌室<br>2 クリーンベンチ<br>3 安全キャビネット <div style="text-align: right;">(番号に○をつけること)</div> |   |     |   |
|                    | 形 式 ・ 規 格                                                                           |   |     |   |
|                    | 空気清浄度、集塵効率等                                                                         |   |     |   |
|                    | 台 数 等                                                                               |   |     |   |
|                    | 無菌製剤処理用器具・備品等の一覧                                                                    |   |     |   |
| 2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地 |                                                                                     |   |     |   |

## [記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。
- 3 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。



## 在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 在宅業務実施体制に係る周知の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3 在宅業務に必要な体制の整備状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）<br>期間：     年     月     ～     年     月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況<br>算定回数：                回     （実施患者数：                ）<br><div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）</p> <p>算定回数：                回     （実施患者数：                ）</p> <p>居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）</p> <p>算定回数：                回     （実施患者数：                ）</p> </div> <div style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">}</div> </div> </div> |
| 6 麻薬小売業者免許証の番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 3 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 4 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 5 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。

## かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の 施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

|   | 業務を実施する薬剤師の<br>氏名 | 薬局勤務<br>経験年数 | 短時間勤務                                                       | 週あたりの勤務<br>時間及び日数 | 在籍期間 | 研修                       | 地域<br>活動                 |
|---|-------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| 1 |                   | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 |                   | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 |                   | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 |                   | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 |                   | 年            | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 | 時間/週<br>日/週       | 年 月  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### [記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 3 「短時間勤務」については、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の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「レ」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 4 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 5 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 6 「研修」については、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ていることを確認できる文書を添付すること。
- 7 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。