

個別改定項目について

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1	医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	1
①	賃上げに向けた評価の新設	1
②	入院基本料等の見直し	18
③	初再診料等の評価の見直し	45
④	歯科医療における初再診料等の評価の見直し	47
⑤	地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し	49
I-2	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進	51
①	医師事務作業補助体制加算の見直し	51
②	特定集中治療室管理料等の見直し	53
③	入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	66
④	薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上	69
⑤	外来腫瘍化学療法診療料の見直し	70
I-3	業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	78
①	ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進	78
②	医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化	80
I-4	地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	81
①	地域医療体制確保加算の見直し	81
②	勤務医の働き方改革の取組の推進	83
I-5	多様な働き方を踏まえた評価の拡充	85
①	特定集中治療室管理料等の見直し	85
②	看護補助体制充実加算に係る評価の見直し	86
③	感染対策向上加算等における専従要件の明確化	90

⑯	プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価	158
⑰	診療報酬における書面要件の見直し	159
⑱	書面掲示事項のウェブサイトへの掲載	162
⑲	医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化	168
II-2	生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	169
①	地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価	169
②	介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進	177
③	医療機関と介護保険施設の連携の推進	179
④	介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し	181
⑤	リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進	196
⑥	退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進	201
⑦	就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進	203
⑧	入退院支援加算1・2の見直しについて	205
⑨	在宅療養指導料の見直し	210
⑩	認知症ケア加算の見直し	212
⑪	入院基本料等の見直し	216
⑫	地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し	217
⑬	地域包括ケア病棟の施設基準の見直し	223
⑭	有床診療所における医療・介護・障害連携の推進	231
⑮	リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進	234
II-3	リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	237
①	急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進	237
②	病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進	239
③	疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設	242
④	呼吸器リハビリテーション料の見直し	249

②③	血友病患者の治療の評価の見直し	360
II-5	外来医療の機能分化・強化等	362
①	生活習慣病に係る医学管理料の見直し	362
②	特定疾患処方管理加算の見直し	371
③	地域包括診療料等の見直し	374
II-6	新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組	380
①	感染対策向上加算の見直し	380
②	外来感染対策向上加算の見直し	384
③	感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価	387
④	サーベイランス強化加算等の見直し	393
⑤	新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築	396
⑥	連携強化加算（調剤基本料）の見直し	406
⑦	新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し	409
II-7	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	411
①	地域包括診療料等の見直し	411
②	時間外対応加算の見直し	412
③	小児かかりつけ診療料の見直し	413
④	継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進	415
⑤	かかりつけ薬剤師指導料の見直し	420
⑥	服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し	422
⑦	薬学的なフォローアップに関する評価の見直し	424
II-8	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	426
①	介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進	426
②	地域における24時間の在宅医療提供体制の構築の推進	428
③	往診に関する評価の見直し	429
④	在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進	432

③ プログラム医療機器についての評価療養の新設	731
IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上	
IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の 在り方の見直し等	732
① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等 に係る評価の再編	732
② バイオ後続品の使用促進	739
③ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し	742
④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価	743
⑤ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価	744
IV-2 費用対効果評価制度の活用	
IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価	745
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	745
② 人工腎臓の評価の見直し	747
③ 検査、処置及び麻酔の見直し	748
IV-4 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	749
医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	749
IV-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の 評価	750
IV-6 外来医療の機能分化・強化等	751
外来医療の機能分化・強化等	751
IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重 症化予防の取組推進	752
IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正 使用等の推進	753
① 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	753
② 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等 に係る評価の再編	754
③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し	755
IV-9 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応し た機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	757

【I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-①】

① 賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</u>	
	<u>1 初診時</u>	<u>6点</u>
	<u>2 再診時等</u>	<u>2点</u>
	<u>3 訪問診療時</u>	
	<u>イ 同一建物居住者等以外の場合</u>	<u>28点</u>
	<u>ロ イ以外の場合</u>	<u>7点</u>

[算定要件]

- (1) 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問

して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

□ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

(4) 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

□ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下

に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者である場合ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

[施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

2. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</u>	
	1 初診時	<u>10点</u>
	2 再診時等	<u>2点</u>
	3 歯科訪問診療時	
	イ 同一建物居住者以外の場合	<u>41点</u>

[算定要件]

- (1) 1については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療
- (4) 3のロについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

[施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

3. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）</u>		
	<u>1</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>8点</u>
		ロ 再診時等	<u>1点</u>
	<u>2</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>16点</u>
		ロ 再診時等	<u>2点</u>
	↓		
	<u>8</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>64点</u>
		ロ 再診時等	<u>8点</u>

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届

け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

- (2) 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} = & \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1\text{分}2\text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\
 & \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円}}{\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数を見込み} \times 8 \\
 & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数を見込み} \\
 & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数を見込み} \times 8 \\
 & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数を見込み}} \times 10\text{円}
 \end{aligned}$$

- (5) (4) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の

算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
 - (7) (6) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
 - (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
 - (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
 - (10) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
 - (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。
4. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種¹の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）</u>	
	<u>1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	8点
	ロ 再診時等	1点
	<u>2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	16点
	ロ 再診時等	2点
	↓	
	<u>8 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u>	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	64点

[算定要件]

- (1) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) 各区分のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定している患者について、各区分のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分を届け出ること。

【A】 =

対象職員の給与総額×1分2厘 - (外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み) × 10円

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数を見込み×8
+ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数を見込み
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数を見込み×8
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数を見込み × 10円

(5) (4) について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の 1 月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近 3 か月の 1 月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年 3、6、9、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近 3 か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の算定回数の見込みのいずれの変化も 1 割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

(6) 当該評価料を算定する場合は、令和 6 年度及び令和 7 年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和 6 年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

(7) (6) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

(8) 令和 6 年度及び令和 7 年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

(9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

(10) 対象職員が常勤換算で 2 人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

(11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

5. 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>入院ベースアップ評価料 (1 日につき)</u>	
	<u>1 入院ベースアップ評価料 1</u>	<u>1 点</u>
	<u>2 入院ベースアップ評価料 2</u>	<u>2 点</u>
	↓	
	<u>165 入院ベースアップ評価料 165</u>	<u>165 点</u>

[算定要件]

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2分3厘未満であること。
- (5) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）の見込みを用いて次の式により算出した数【B】に基づき、別表3に従い該当する区分を届け出ること。

$$\text{【B】} = \frac{\left(\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分}3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び} \right. \\ \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (6) (5) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【B】、対象

職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (7) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (8) (7) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (9) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (10) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

6. 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種¹の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ） 780円

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (2) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの

限りではない。

- (3) (2) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (4) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
- (5) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (6) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

7. 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）</u>	
	<u>イ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	<u>10 円</u>
	<u>ロ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	<u>20 円</u>
	↓	
	<u>ヌ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10</u>	<u>100 円</u>
	<u>ル 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11</u>	<u>150 円</u>
	↓	
	<u>ソ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18</u>	<u>500 円</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- (2) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額から当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受

けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の1分2厘未満であること。

ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数の平均}}{\text{直近3か月の1月あたりの医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者} + \text{介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

- (3) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の訪問看護ステーションごとの区分については、当該訪問看護ステーションにおける対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を見込みを用いて算出した数【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$\text{【C】} = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1\text{分}2\text{厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数見込み}}$$

- (4) (3)について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数見込みは、訪問看護管理療養費(月の初日の訪問の場合)の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (5) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるもの

を除く。)を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

- (6) (5) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (8) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあつては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

8. 令和6年度及び令和7年度に賃金の改善を確実に実施するために、看護職員処遇改善評価料の施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3) について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。</p> <p>ただし、<u>令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。</u></p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3) について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。</p> <p>ただし、<u>「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。</u></p>

<p><u>(6) (5)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計画に基づく収入の3分の2以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよいものとする。</u></p> <p><u>(7)～(10)</u> (略)</p>	<p>(新設)</p> <p><u>(6)～(9)</u> (略)</p>
---	---------------------------------------

別表 1

ア	薬剤師
イ	保健師
ウ	助産師
エ	看護師
オ	准看護師
カ	看護補助者
キ	理学療法士
ク	作業療法士
ケ	視能訓練士
コ	言語聴覚士
サ	義肢装具士
シ	歯科衛生士
ス	歯科技工士
セ	歯科業務補助者
ソ	診療放射線技師
タ	診療エックス線技師
チ	臨床検査技師
ツ	衛生検査技師
テ	臨床工学技士
ト	管理栄養士
ナ	栄養士
ニ	精神保健福祉士
ヌ	社会福祉士
ネ	介護福祉士
ノ	保育士
ハ	救急救命士
ヒ	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
フ	柔道整復師
ヘ	公認心理師
ホ	診療情報管理士
マ	医師事務作業補助者

ミ その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

別表 2

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
0 を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2	16 点	2 点
↓			
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	64 点	8 点

別表 3

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
↓		
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

別表 4

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0 を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10 円
15 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20 円
↓		
95 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100 円
125 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150 円
↓		
475 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500 円

【I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進-③】

③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

第1 基本的な考え方

病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
2. 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による力</p>

携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること。

ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

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

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

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

(2) ～(6) (略)

(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、

ンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 当該カンファレンスにおいて、処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

(新設)

(新設)

(2) ～(6) (略)

(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、**「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、**「**ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）**等を参考にすること。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

【I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進-④】

④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

第1 基本的な考え方

病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算1について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点

[算定要件]

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。
- (2) 都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

【I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進-⑤】

⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。
 - (1) やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。
 - (2) (1)の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。
 - (3) 「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。
 - (4) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。
 - (5) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん患者指導管理料の口」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。
 - (6) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に医師の研修要件を追加する。
 - (7) 患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。
 - (8) 患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。
 - (9) 外来化学療法の体制(24時間対応できる体制があること等)について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで 800点</p> <p>(2) 4回目以降 450点</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで 600点</p> <p>(2) 4回目以降 320点</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点</p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から3回目まで 540点</p> <p>(2) 4回目以降 280点</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p> <p>3 1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。</p> <p>4 1のロについては、次に掲げ</p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点</p> <p>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点</p> <p>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p> <p>3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

るいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

ア 1のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

イ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

6～9 (略)

(1) (略)

(2) 「1」の「ロ」、 「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受

(新設)

4～7 (略)

(1) (略)

(2) 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

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

診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

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

(3)～(6) (略)

(7) 「注8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ (略)

(8) (略)

[施設基準]

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であつて、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。

ホ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) (略)

(3) 外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準

イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。

ロ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分

(3)～(6) (略)

(7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ (略)

(8) (略)

[施設基準]

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

(新設)

(2) (略)

(新設)

<p><u>な体制が整備されている別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</u></p> <p>ハ <u>(1)の口を満たすものであること。</u></p> <p><u>(4)・(5) (略)</u></p> <p>第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p><u>(8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。</u></p> <p><u>(9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。</u></p> <p><u>(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。</u></p> <p><u>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等</u></p> <p><u>(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。</u></p> <p><u>(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。</u></p> <p><u>(13) 外来腫瘍化学療法診療料3の</u></p>	<p><u>(3)・(4) (略)</u></p> <p>第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>(1)～(7) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	---

<p><u>届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p>	
<p>(14) <u>(5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p>	(新設)
<p>(15) <u>(5)、(6)、(7)及び(13)の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p>	(新設)
<p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 (1) <u>1の(1)、(5)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。</u> (2)～(3) (略)</p>	<p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 (1) <u>1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。</u> (2)～(3) (略)</p>
<p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3 (1) <u>1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。</u> (2) <u>2の(2)及び(3)を満たしていること。</u> (3) <u>当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料 1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p>	(新設)

<p>(4) <u>(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>(5) <u>当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。</u></p> <p>(6) <u>標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p> <p>[経過措置] 令和7年5月31日までの間限り、1の(15)又は3の(4)を満たすものとする。</p>	
--	--

2. 医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

(新) **がん薬物療法体制充実加算** **100点**

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り 100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

化学療法を実施している患者の薬学的管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－①】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

[施設基準]

- (1) 病院の一般病棟を単位として行うものであること。
- (2) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以

上であることとする。

- (3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (4) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (6) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- (7) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
- (8) 次のいずれかに該当すること。
 - イ 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。
 - ロ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。

別表1

基準①：当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	A得点が2点以上かつB得点が3点以上
	A得点が3点以上
	C得点が1点以上
基準②：新たに入棟した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のB得点が3点以上

別表2

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	1割6分以上	1割5以上
基準②の割合	5割以上	

- (9) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (10) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (11) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。
- (12) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により

緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。

- (13) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
- (14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (15) 特定機能病院以外の病院であること。
- (16) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (17) 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (19) 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (20) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関
許可病床数が100床未満のものであること。
- (21) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日
次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか1病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に2未満となった日
 - イ 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
 - ロ 看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員1を含む2以上であること。ただし、入院患者数が30人以下の場合にあっては、看護職員の数が1以上であること。

(新) 初期加算（1日につき） 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、1日につき所定点数に加算する。

(新) 看護補助体制加算（1日につき）
25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上） 240点
25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）

50 対 1 看護補助体制加算
75 対 1 看護補助体制加算

220 点
200 点
160 点

[算定要件]

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 25 対 1 看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上）の施設基準
- イ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
 - ロ 看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、1 日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以下であること。
 - ハ 当該病棟において、看護補助者の最小必要数の 5 割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。
- ニ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- (2) 25 対 1 看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満）の施設基準
- (1) のイ、ロ及びニを満たすものであること。
- (3) 50 対 1 看護補助体制加算の施設基準
- イ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
 - ロ (1) のロ及びニを満たすものであること。
- (4) 75 対 1 看護補助体制加算の施設基準
- イ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
 - ロ (1) のロ及びニを満たすものであること。

(新) 夜間看護補助体制加算（1 日につき）

夜間 30 対 1 看護補助体制加算
夜間 50 対 1 看護補助体制加算

125 点
120 点

夜間 100 対 1 看護補助体制加算

105 点

[算定要件]

夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 夜間 30 対 1 看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。

(2) 夜間 50 対 1 看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。

(3) 夜間 100 対 1 看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。

(新) 夜間看護体制加算（1日につき）

71 点

[算定要件]

夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。

(2) 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護補助体制充実加算（1日につき）

看護補助体制充実加算 1

25 点

看護補助体制充実加算 2

15 点

[算定要件]

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算 3 の例により算定する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算 1 の施設基準

- イ 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。
- ロ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ハ 看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ニ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していること。
- ホ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準

(1) のロからホを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算 3 の施設基準

(1) のハ及びニを満たすものであること。

(新)	<u>看護職員夜間 12 対1配置加算 (1日につき)</u>	
	<u>看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1</u>	110 点
	<u>看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2</u>	90 点
(新)	<u>看護職員夜間 16 対 1 配置加算 (1日につき)</u>	

看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1
看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2

70 点
45 点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して 14 日 を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 の施設基準

イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 12 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。

ロ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ハ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(2) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 の施設基準

(1) のイ及びロを満たすものであること。

(3) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 の施設基準

イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。

ロ (1) のロ及びハを満たすものであること。

(4) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 の施設基準

(1) のロ及び (3) のイを満たすものであること。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1 日につき)
80 点

[算定要件]

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして

地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。
 - （1）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。
 - （2）診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - （3）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - （4）**歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。**

改定案	現行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 [算定要件] B001-3 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）</u>	【生活習慣病管理料】 [算定要件] B001-3 <u>生活習慣病管理料</u>
1 脂質異常症を主病とする場合 610点	1 脂質異常症を主病とする場合 570点
2 高血圧症を主病とする場合 660点	2 高血圧症を主病とする場合 620点
3 糖尿病を主病とする場合 760点	3 糖尿病を主病とする場合 720点
注1 別に厚生労働大臣が定める施	注1 保険医療機関（許可病床数

設基準を満たす保険医療機関
(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等
(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。

3・4 (略)

5 生活習慣病管理料(II)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(I)は、算定できない。

が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3・4 (略)
(新設)

- | | |
|---|---|
| <p>(1) <u>生活習慣病管理料(I)</u>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい</u>。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料(I)</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、<u>血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求め</u></p> | <p>(1) <u>生活習慣病管理料</u>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない</u>。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。</p> |
|---|---|

に応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。

- (3) 生活習慣病管理料(I)については、当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

(削除)

- (4) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

- (4) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

<p>(5) <u>(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(I)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) <u>学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。</u></p> <p>(9) <u>患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</u></p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) <u>糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。</u></p> <p>(12)～(14) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>(6) <u>当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。</u></p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) <u>学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) <u>糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。</u></p> <p>(12)～(14) (略)</p>
---	---

<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の施設基準</u> (1) <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1に規定する施設基準</u> <u>生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> (2) <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4に規定する施設基準</u> イ 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 1 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1に規定する施設基準</u> (1) <u>患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</u> (2) <u>治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。</u> <u>2～4</u> (略)</p>	<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料の注4に規定する施設基準</u> (新設)</p> <p>(1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 (新設)</p> <p><u>1～3</u> (略)</p>
--	--

2. 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

(新) 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

[算定要件]

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可

病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部第1節医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定できない。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

[施設基準]

- (1) 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。
- (4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(新) 血糖自己測定指導加算 500点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

(新) 外来データ提出加算 50点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
 - (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
3. 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
- (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
 - (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
4. より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその</p>

<p><u>他の脂（質）血症（家族性 高コレステロール血症等の 遺伝性疾患に限る。）</u> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂 肪腫症 （削除） 虚血性心疾患 （中略） <u>アナフィラキシー</u> <u>ギラン・バレー症候群</u></p>	<p><u>他の脂（質）血症</u></p> <p>リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂 肪腫症 <u>高血圧性疾患</u> 虚血性心疾患 （中略） （新設） （新設）</p>
--	--

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等－①】

① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

第 1 基本的な考え方

医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注 7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>10点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>8点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 五 <u>医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 7 及び歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 6 に規定する一般名処方加算の施設基準</u> (1) <u>薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場</u></p>	<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>7点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>5点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p>

<p>所に掲示していること。</p> <p>(2) (1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</p> <p>[経過措置]</p> <p>令和7年5月31日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</p>	
---	--

2. 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改定案	現行
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>87点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>82点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>77点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</u></p> <p>ホ <u>後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>ヘ <u>ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載し</u></p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>37点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>

ていること。

(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにこの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ヘ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにこの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び薬剤を変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ヘ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

令和7年5月31日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。

【外来後発医薬品使用体制加算】

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 8点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 7点
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 5点

[施設基準]

- (1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

へ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

- (2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及

【外来後発医薬品使用体制加算】

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点

[施設基準]

- (1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

<p><u>び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p><u>へ 木の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ～ハ (略) ニ <u>医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> <p>ホ <u>後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにこの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p><u>へ 木の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p><u>[経過措置]</u> <u>令和7年5月31日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。</u></p>	<p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ～ハ (略) (新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>
---	---

3. 医療 DX の推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

改定案	現行
<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 4点</p>	<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 10点</p>
<p>【処方箋料】 1 3種類以上の抗不安薬、3種類</p>	<p>【処方箋料】 1 3種類以上の抗不安薬、3種類</p>

<p>以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合</p>	<p>以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合</p>
<p style="text-align: right;">20点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合</p>	<p style="text-align: right;">28点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合</p>
<p style="text-align: right;">32点</p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>60点</u></p>	<p style="text-align: right;">40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>68点</u></p>

4. いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

改定案	現行
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる</p>

調剤技術基本料は、算定しない。
ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

[算定留意事項]

第5部 投薬

<通則>

10 「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。

F400 処方箋料

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

別表第三 調剤報酬点数表

[算定留意事項]

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア (略)

イ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

調剤技術基本料は、算定しない。
ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

[算定留意事項]

第5部 投薬

<通則>

10 「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

F400 処方箋料

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

別表第三 調剤報酬点数表

[算定留意事項]

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア (略)

イ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等－②】

② バイオ後続品の使用促進

第1 基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

(新) バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100点

[対象患者]

入院患者であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用している患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- (2) 直近1年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）

及びバイオ後続品の使用回数が100回を超えること。

(3) 当該保険医療機関において調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、以下のいずれも満たすこと。

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く。

- ① エポエチン
- ② リツキシマブ
- ③ トラスツズマブ
- ④ テリパラチド

ロ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く。

- ① ソマトロピン
- ② インフリキシマブ
- ③ エタネルセプト
- ④ アガルシダーゼベータ
- ⑤ ベバシズマブ
- ⑥ インスリンリスプロ
- ⑦ インスリンアスパルト
- ⑧ アダリムマブ
- ⑨ ラニビズマブ

(4) バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(5) (4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。

2. バイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

改定案	現行
<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則 7 <u>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則 7 <u>前号に規定する場合であつて、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</u></p>

3. 2に伴い、外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する。

改定案	現行
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】 (削除)</p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】 注7 <u>当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</u></p>

③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

第2 具体的な内容

投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。

改定案	現 行
<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <u>投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。</u> 4・5 (略)</p> <p>(調剤報酬点数表) 【使用薬剤料】 (1) <u>投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。</u>なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。</p>	<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <u>投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。</u> 4・5 (略)</p> <p>(調剤報酬点数表) 【使用薬剤料】 (1) <u>投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。</u> <u>ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。</u></p>

(2)～(5) (略)	なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。 (2)～(5) (略)
-------------	---