

令和6年度診療報酬改定における主要改定項目
(病院・診療所薬剤師関係)

令和6年3月23日
一般社団法人 日本病院薬剤師会

<1. 賃上げに向けた評価>

●賃上げに向けた評価の新設

【新設】O100 外来・在宅ベースアップ評価料 (1)(1日につき)

1 初診時 6点

2 再診時等 2点

3 訪問診療時

イ 同一建物居住者等以外の場合 28点

ロ イ以外の場合 7点

【算定要件】

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)は、当該保険医療機関に勤務する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。以下この節において同じ。)の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診、訪問診療(この節において「初診等」という。)を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「1」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「2」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」、認知症地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「3」の「イ」については、「C001」在宅患者

訪問診療料(Ⅰ)の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料(ただし、訪問診療を行った場合に限る。)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

- (5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の「3」の「ロ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

[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、この項において「対象職員」という。)が勤務していること。対象職員は別表4に示す職員であり、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等の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。

- (4) (3)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7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(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2分5厘以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4分5厘以上引き上げた場合については、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を除く。)を実績に含めることができること。

- (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(以下「賃金改善計画書」という。)を作成していること。
- (7) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (8) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

【新設】O101 外来・在宅ベースアップ評価料 (II)(1日につき)

1 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 1

- イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
- ロ 再診時等 1点

2 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 2

- イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点
- ロ 再診時等 2点

↓

8 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 8

- イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点
- ロ 再診時等 8点

[算定要件]

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)は、当該保険医療機関が勤務する対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できる。
- (2) 「イ」の「初診又は訪問診療を行った場合」については、「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」若しくは「3」を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) 「ロ」の「再診時等」については、「O100」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の

「2」を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

[施設基準]

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第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。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四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を合算した数に10円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という。)の給与総額の1分2厘未満であること。対象職員は別表4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。
- (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【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても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(例えば歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2を届け出ること。)

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

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「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」及び「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」の対象となる期間、算出した【B】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。

「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の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(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」及び「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、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。

また、別表7のとおり、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算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」によって対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「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」、「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」及び【B】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。

新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に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。
- (7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動

等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7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(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

- (8) 令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。
- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100の80を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100の10以下の場合をいう。))の場合に限る。)を含む。)

イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第1項第2号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とす

る。)

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定小害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

(11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

【新設】O102 入院ベースアップ評価料 (1日につき)

1 入院ベースアップ評価料1 1点

2 入院ベースアップ評価料2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料 165点

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第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。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四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)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。
- (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を合算した数に10円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という。)の給与総額の2分3厘未満であること。対象職員は別表4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。
- (4) 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の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表6に従い該当する区分を届け出ること。

$$【C】 = \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times \frac{2}{1000} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び} \right. \\ \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「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」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。「対象職員の給与総額」は、別表7の対象となる12か月の期間の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(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」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の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、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数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(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「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」、「延べ入院患者数」及び【C】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。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。

ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に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。

(7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7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(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

(8) 令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。

(9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設

基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、この限りでない。

(10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100の80を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100の10以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)

イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第3条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第2項第2号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

(11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

<2. 病棟薬剤業務関連>

● 薬剤総合評価調整加算算定要件見直し

A250 薬剤総合評価調整加算

【算定条件】

(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。

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

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

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

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

オ イ、ウ及びエを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施するほか、病棟等における日常的な薬物療法の総合的な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当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)、「高齢者の医薬品適正使用の指

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

(8) 以降は、略

●A244 病棟薬剤業務実施加算

【新設】薬剤業務向上加算 100点(週1回)

[算定要件]

(1)～(4)は、略

(5)「注2」に規定する薬剤業務向上加算は、さらなるチーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の充実した研修体制を整備した医療機関において病棟薬剤業務を実施することを評価するものである。

(6) 薬剤業務向上加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局に届け出た保険医療機関において、薬剤師が(3)に掲げる病棟薬剤業務を実施している場合に週1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。

(2) 「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」とは、次に掲げる体制を整備する保険医療機関が実施するものをいう。

ア 当該保険医療機関は研修を計画的に実施するために、次のいずれも満たしていること。

(イ) 当該研修における責任者を配置すること。

(ロ) 研修の計画や実施等に関して検討するために、(イ)の責任者及び当該保険医療機関の医師、薬剤師等の多職種から構成される委員会が設置されていること。

イ 薬剤師として十分な病院勤務経験を有し、研修内容に関して指導能力を有する常勤の薬剤師が、当該研修を受ける薬剤師(以下「受講薬剤師」という。)の指導に当たっていること。

- ウ 受講薬剤師の研修に対する理解及び修得の状況などを定期的に評価し、その結果を当該受講薬剤師にフィードバックすること。また、研修修了時に当該受講薬剤師が必要な知識及び技能を習得しているかどうかについて、評価が適切に実施されていること。
 - エ 無菌製剤処理を行うための設備及び医薬品情報管理室等の設備が整備されていること。
 - オ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施していること。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有していること。
- (3) (2)のオの研修プログラムは、以下の内容を含むものであること。
- ア 内服・外用・注射剤の調剤(医薬品(麻薬・毒薬・向精神薬)の管理、処方鑑査を含む。)
 - イ 外来患者の薬学的管理(外来化学療法を実施するための治療室における薬学的管理等)
 - ウ 入院患者の薬学的管理(薬剤管理指導、病棟薬剤業務、入院時の薬局との連携を含む。)
 - エ 無菌製剤処理(レジメン鑑査を含む)
 - オ 医薬品情報管理
 - カ 薬剤の血中濃度測定の結果 に基づく投与量の管理
 - キ 手術室及び集中治療室等における薬学的管理
- (4) (2)及び(3)に関しては、「医療機関における新人薬剤師の研修プログラムの基本的考え方」(一般社団法人日本病院薬剤師会)並びに「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究」(令和3年度厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究)における薬剤師の卒後研修プログラム骨子案及び薬剤師卒後研修プログラム評価票案を参考にすること。
- (5) 「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」とは、地域医療に係る業務を一定期間経験させるため、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署と連携して、自施設の薬剤師を他の保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を除く。)に出向させる体制として、以下の要件のいずれも満たすこと。

ア 出向先について、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における保険医療機関に勤務する薬剤師の需要と供給の状況を踏まえ、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関を選定していること。なお、薬剤師が不足している地域とは、「薬剤師確保計画ガイドラインについて」(令和5年6月9日付薬生総発 0609 第2号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知)及び「薬剤師偏在指標等について」(令和5年6月9日付厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡)等に基づいて都道府県により判断されるものであること。

イ アにおいて選定した出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、次の要件を満たす具体的な計画が策定されていること。なお、具体的な計画には、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、出向先の保険医療機関を選定した理由を記載するとともに、都道府県と協議したことがわかる内容を記載又は計画書へ添付しておくこと。

(イ) 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師であり、その後、出向元の保険医療機関に戻って勤務すること。

(ロ) 出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたものであること。

ウ ア及びイに基づき現に出向を実施していること。

(6) 医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院又は急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

<3. がん関連>

●外来腫瘍化学療法の見直し

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

【新設】がん薬物療法体制充実加算 100点(月1回)

【算定条件】

(1)は、略

(2)外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して(4)イ及びウに掲げる業務について、医師の指示を受けた薬剤師による業務のうち、医師の診察前に服薬状況、副作用の有無等の情報を患者から直接収集し、評価を行った上で、当該医師に当該患者に係る情報提供、処方提案等を行った場合は、月1回に限り100点を所定点数に加算する。なお、必要に応じて、医師の診察後においても、抗悪性腫瘍剤、副作用に対する薬剤等の使い方等について、適宜患者に対して説明を行うこと。

(3)以降は、略

【施設基準】

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。

(2) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。

(3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

(4) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

●無菌製剤処理 対象薬剤の拡大

G020 無菌製剤処理料

【算定条件】

(1)は、略

(2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、脳脊髄腔注射又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用

いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)第4条第6項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品(医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等(平成16年厚生労働省告示第185号)に掲げる医薬品等)のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

(3)以降は、略

<4. 生活習慣病関連>

●生活習慣病にかかる医学管理料の見直し

B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

【算定要件】

- (1) 生活習慣病管理料(Ⅰ)は脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 以降は、略

【施設基準】

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、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。
- (2) 以降は、略

<5. 後発医薬品・バイオ後続品関連>

●後発医薬品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追加及び、評価の見直し

A243 後発医薬品使用体制加算

F100 処方料の外来後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算1(90%以上)47点→87点

後発医薬品使用体制加算2(85%以上)42点→82点

後発医薬品使用体制加算3(75%以上)37点→77点

【算定条件】

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

【施設基準】

- (1)～(4)は、略
- (5) 入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)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入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (6) 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。
- (7) (6)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が変更とな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。
- (8) (5)及び(7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

[経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。

外来後発医薬品使用体制加算1(90%以上)5点→8点

外来後発医薬品使用体制加算2(85%以上)4点→7点

外来後発医薬品使用体制加算3(75%以上)2点→5点

【算定条件】

(1)～(14)は、略

(15) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき5点、7点又は8点を所定点数に加算する。

【施設基準】

(1)～(4)は、略

(5) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)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受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(6) 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。

(7) (6)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が変更とな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。

(8) (5)及び(7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

[経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。

●バイオ後続品の使用促進

【新設】A243-2 バイオ後続品使用体制加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 病院では、薬剤部門においてバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等でバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。
有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師がバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品先発バイオ医薬品(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。以下「先発バイオ医薬品」という。)及びバイオ後続品の使用回数の合計が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先発バイオ医薬品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、ア及びイを満たすこと。
ア 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、直近1年間に
おける当該成分の規格単位数量の合計が 50 未満の場合を除く。

- (イ) エポエチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド

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、直近1年間に
おける当該成分の規格単位数量の合計が 50 未満の場合を除く。

- (イ) ソマトロピン
- (ロ) インフリキシマブ
- (ハ) エタネルセプト
- (ニ) アガルシダーゼベータ
- (ホ) ベバシズマブ
- (ヘ) インスリンリスプロ
- (ト) インスリンアスパルト
- (チ) アダリムマブ
- (リ) ラニビズマブ

(4) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該
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。自ら管
理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

[経過措置]

(5)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものと
みなす。

第6部 注射<通則>

【算定条件】

「通則7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、入院中の患者以外
の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明
した上で、バイオ後続品を使用した場合に、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回に限り算定する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

バイオ後続品導入初期加算→廃止

●.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設定と評価の見直し

F400 処方箋料

一般名処方加算1 7点→10点

一般名処方加算2 5点→8点

【算定条件】

後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

【施設基準】

- (1) 医薬品の供給状況や、令和6年10月より長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、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所に掲示していること。
- (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。

ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

[経過措置]

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。

<6. その他>

●投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第5部 投薬 通則

3 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。

→3 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。

●薬剤情報提供料の見直し

B011-3 薬剤情報提供料10点→4点