

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 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応	2
① 物件費の高騰を踏まえた対応	2
② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し	14
③ 入院時の食事療養に係る見直し	16
I－2 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組	
I－2－1 医療従事者の処遇改善	18
① 賃上げに向けた評価の見直し	18
② 夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化	44
I－2－2 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進	46
① ICT等の活用による看護業務効率化の推進	46
② 医師事務作業補助体制加算の見直し	52
③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化	58
④ 様式9の見直し	63
I－2－3 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	65
① 多職種が専門性を發揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設	65
I－2－4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策	67
① 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進	67
② 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1の見直し	76
I－2－5 診療報酬上求める基準の柔軟化	79
① やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し	79
② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し	82
③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し	88
④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	92

⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進	95
---	----

II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

II-1 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

II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備	105
① 急性期病院一般入院基本料等の新設	105
② 重症度、医療・看護必要度の見直し	121
③ 急性期総合体制加算の新設	129
④ 特定機能病院入院基本料の見直し	138
⑤ 特定集中治療室管理料の見直し	144
⑥ ハイケアユニット入院医療管理料の見直し	156
⑦ 救命救急入院料の見直し	161
⑧ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し	171
⑨ 地域包括医療病棟の見直し	173
⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し	177
⑪ 療養病棟入院基本料の見直し	187
⑫ 障害者施設等入院基本料等の見直し	194
⑬ 障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し	195
⑭ 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し	197
⑮ DPC／PDPS の見直し	206
⑯ 短期滞在手術等基本料の見直し	216
⑰ 地域加算の見直し	230
⑱ 看護補助者に係る加算の名称の見直し	231
II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	232
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	232

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	236
③ 歯科巡回診療に係る適切な推進	244
II－2 「治し、支える医療」の実現	
II－2－1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院等)を担う医療機関の評価	246
① 協力医療機関が協力対象施設と行う カンファレンス等に係る施 設基準の見直し	246
② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価	250
③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し	252
II－2－2 円滑な入退院の実現	255
① 入退院支援加算等の見直し	255
② 介護支援等連携指導料の見直し	262
③ 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対す る退院支援の推進	264
④ 感染対策向上加算等における専従要件の見直し	267
II－2－3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活 を支えるケアの推進	268
① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更な る推進.....	268
② 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	278
③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連 携の推進.....	279
④ 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進	281
II－3 かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機 能の評価.....	283
① 機能強化加算の見直し	283
② 生活習慣病管理料（I）及び（II）の見直し	286
③ 特定疾患療養管理料の見直し	291
④ 地域包括診療加算等の見直し	293
⑤ 時間外対応体制加算の充実	306

⑥ 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件 並びに評価の見直し	307
⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	311
⑧ かかりつけ薬剤師の推進	314
II-4 外来医療の機能分化と連携	
II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携 による大病院の外来患者の逆紹介の推進	323
① 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規 定の見直し	323
② 特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設	328
③ 連携強化診療情報提供料の見直し	329
II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	337
① 適正な訪問看護の推進	337
② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し	340
③ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し	344
II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的 に担う医療機関・薬局の評価	347
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し	347
② 往診時医療情報連携加算の見直し	351
③ 退院直後の 訪問栄養食事指導に関する評価の新設	353
④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し	355
⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し	361
⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し	362
⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し	367
⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	369
⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し	371
⑩ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学 総合管理料の見直し	375
⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進	377
⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し	388

⑯ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し	394
II-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価	397
① 過疎地域等に配慮した評価の見直し	397
② 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し	399
③ 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進	400
④ 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価	402
⑤ 乳幼児加算の評価の見直し	404
⑥ 訪問看護管理療養費の見直し	405
⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し	408
⑧ 包括型訪問看護療養費の新設	418
II-6 人口・医療資源の少ない地域への支援	422
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	422
② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設	423
③ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し	424
④ 歯科巡回診療に係る適切な推進	425
II-7 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組	
II-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進	426
II-7-2 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	427
① 多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設	427
II-8 医師の地域偏在対策の推進	428
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	428
② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設	429

③ 外来医師過多区域に関する対応	430
III 安心・安全で質の高い医療の推進	
III－1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価	
.....	432
① 療養・就労両立支援指導料の見直し	432
② 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化	435
③ 手術等の医療技術の適切な評価	438
④ 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設	442
⑤ 全身麻酔の評価の見直し	444
⑥ 遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し	448
⑦ 遺伝学的検査の見直し	453
⑧ 迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設	459
⑨ 質の高い臨床検査の適切な評価	460
⑩ 骨塩定量検査の算定要件の見直し	461
⑪ 近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し	463
⑫ 検体検査管理加算の見直し	464
⑬ カルタヘナ法に基づく医学管理の推進	466
⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設	468
⑮ 人工腎臓の評価の見直し	471
⑯ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化	475
⑰ 医療機関間連携による腹膜透析管理の推進	477
III－1－1 身体的拘束の最小化の推進	479
① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進	479
② 認知症ケア加算の見直し	487
III－1－2 医療安全対策の推進	488
① 医療安全対策加算の見直し	488
III－2 アウトカムにも着目した評価の推進	489
① リハビリテーション実績指標の算出方法及び除外対象患者等の見直し	489
② 入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化	496

III－2－1 アウトカムにも着目した評価の推進	501
① データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し	501
② 診療実績データの提出に係る評価の見直し	504
③ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び 終夜睡眠ポリグラフィーの見直し	508
III－3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価	510
① 医療DX推進体制整備加算等の見直し	510
III－3－1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進	520
① オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	521
② オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	523
III－3－2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進	525
① オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	525
② D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化	526
③ 遠隔連携診療料の評価の拡大	532
④ オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	539
⑤ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	540
⑥ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し	541
⑦ 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	545
⑧ 情報通信機器を用いた療養指導の見直し	547
⑨ 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	549
III－4 質の高いリハビリテーションの推進	550
① 退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し	550
② 医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し	552
③ 疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し	554
④ 疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し	555
⑤ リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し	558

⑥ リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し	560
III-4-1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進	561
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価	561
III-4-2 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	564
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価	564
III-5 重点的な対応が求められる分野への適切な評価	
III-5-1 救急医療の充実	565
① 救急外来医療に係る評価の再編	565
② 救急患者連携搬送料の見直し	583
III-5-2 小児・周産期医療の充実	587
① 母体・胎児集中治療室管理料の見直し	587
② 新生児特定集中治療室管理料の見直し	591
③ 小児の成人移行期医療に係る受入の推進	592
④ 小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応	594
⑤ 産科管理加算の新設	596
⑥ 療養病棟入院基本料の見直し	597
⑦ 無菌製剤処理加算の見直し	598
III-5-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	599
① 外来腫瘍化学療法診療料の見直し	599
② がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る要件の見直し	604
③ 人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し	606
④ がん患者指導管理料の見直し	611
⑤ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し	613
⑥ 閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設	615
⑦ 非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し	616
⑧ 療養病棟入院基本料の見直し	623
III-5-4 質の高い精神医療の評価	624
① 精神病床における多職種協働の推進	624

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設	629
③ 精神科リエゾンチーム加算の見直し	633
④ 精神科慢性身体合併症管理加算の新設	635
⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し	636
⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し	638
⑦ 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し	641
⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し	642
⑨ 精神病棟入院基本料の見直し	645
⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し	646
⑪ 通院・在宅精神療法の見直し	649
⑫ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し	651
⑬ 心理支援加算の見直し	653
⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し	655
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し	661
⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し	663
⑰ 早期診療体制充実加算の見直し	667
⑱ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し	669
III－5－5 難病患者等に対する適切な医療の評価	671
① 脳死臓器提供管理料の見直し	671
② 臓器移植手術に係る評価の新設	673
③ 脘帯血移植の見直し	674
④ 抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し	675
III－6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進	676
① 感染症に係る検査の見直し	676
② 感染対策向上加算の見直し	680
③ 結核に係る入院医療提供体制の確保	682
④ 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の見直し	686
III－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、	

口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進	690
① 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価	690
② 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し	692
③ 有床義歯管理の評価体系の見直し	693
④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	695
⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実	696
⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し	699
⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進	703
⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進	706
⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進	708
⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進	716
⑪ 有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設	723
⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化	724
⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し	737
III-8 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化	742
① 調剤基本料の見直し	742
② 特別調剤基本料Aの見直し	751
③ 地域支援体制加算の見直し	754
④ 調剤管理料の見直し	757
⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し	759
⑥ かかりつけ薬剤師の推進	763
⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し	764
⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し	765
⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し	767
III-9 イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等	
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・バイオ後続品の使用促進	776

① 処方箋料の見直し	776
② バイオ後続品使用体制加算の見直し	779
③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設	784
④ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品 調剤体制加算の廃止	790
⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進	793
⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用	800
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	
IV-3-1 市場実勢価格を踏まえた適正な評価	802
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	802
IV-4 電子処方箋の活用や医師・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	
IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処 方の在り方への対応	803
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	803
② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	805
③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	806
④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し	807
⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し	808
IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安 全で有効な使用の促進	810
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	810
② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	811
③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	814
IV-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進	815
① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化	815
IV-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の 推進	817
IV-5 外来医療の機能分化と連携	818

① 賃上げに向けた評価の見直し

第1 基本的な考え方

看護職員、**病院薬剤師**その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。**
- 外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。

また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

改定案	現行
【外来・在宅ベースアップ評価料(I)】	【外来・在宅ベースアップ評価料(I)】
1 初診時 <u>17点</u>	1 初診時 <u>6点</u>
2 再診時等 <u>4点</u>	2 再診時等 <u>2点</u>
3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u>	3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u>
ロ イ以外の場合 <u>19点</u>	ロ イ以外の場合 <u>7点</u>
[算定要件]	[算定要件]
注1 1については、 <u>当該保険医療機関において勤務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</u>	注1 1については、 <u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）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</u>

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。	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、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。	2 2については、 <u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。
3 3のイについては、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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～ハ (略)	3 3のイについては、 <u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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～ハ (略)
4 3のロについては、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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～ハ (略)	4 3のロについては、 <u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制</u> 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～ハ (略)
5 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	(新設)

て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。

6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。

[施設基準]

二 外来・在宅ベースアップ評価料

(I) の施設基準

(1) (略)

(2) 当該保険医療機関に勤務する職員（以下「対象職員」という。）がいること。

(3) (略)

二の二 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の注5に規定する施設基準

継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】

1 初診時 21点

2 再診時等 4点

3 歯科訪問診療時

イ 同一建物居住者以外の場合 66点

ロ 同一建物居住者の場合 11点

(新設)

(新設)

[施設基準]

二 外来・在宅ベースアップ評価料

(I) の施設基準

(1) (略)

(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。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。

(3) (略)

(新設)

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】

1 初診時 10点

2 再診時等 2点

3 歯科訪問診療時

イ 同一建物居住者以外の場合 41点

ロ 同一建物居住者の場合 10点

[算定要件]

注1 1については、当該保険医療機関において勤務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、当該保険医療機関において勤務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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、当該保険医療機関において勤務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

[算定要件]

注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。以下この節において同じ。）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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、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

<p>場合に算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>4 3の口については、<u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制</u>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（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、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。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>5 别に<u>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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関</u>については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ31点、6点、107点及び21点を算定する。</p> <p>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</p> <p>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ52点、10点、173点及び32点を算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>三 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準</p> <p>(1) (略)</p>	<p>算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>4 3の口については、<u>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</u>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（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、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。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>三 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準</p> <p>(1) (略)</p>
---	--

<p>(2) 対象職員がいること。</p> <p>(3) (略)</p> <p><u>三の二 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5に規定する施設基準</u></p> <p><u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【外来・在宅ベースアップ評価料（II）】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 外来・在宅ベースアップ評価料（II）1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td><u>8点</u></td> </tr> <tr> <td>口 再診時等</td> <td><u>1点</u></td> </tr> <tr> <td>2~23 (略)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 外来・在宅ベースアップ評価料（II）24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td><u>192点</u></td> </tr> <tr> <td>口 再診時等</td> <td><u>24点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関において勤務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。</p> <p>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を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</p>	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	<u>8点</u>	口 再診時等	<u>1点</u>	2~23 (略)		24 外来・在宅ベースアップ評価料（II）24		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>192点</u>	口 再診時等	<u>24点</u>	<p>(2) <u>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。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>【外来・在宅ベースアップ評価料（II）】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 外来・在宅ベースアップ評価料（II）1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td><u>8点</u></td> </tr> <tr> <td>口 再診時等</td> <td><u>1点</u></td> </tr> <tr> <td>2~7 (略)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 外来・在宅ベースアップ評価料（II）8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td><u>64点</u></td> </tr> <tr> <td>口 再診時等</td> <td><u>8点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>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。</u></p> <p>2 <u>1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイ</u>については、<u>外来・在宅ベースアップ評価料（I）の1又は3を算定する患者に対</u></p>	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	<u>8点</u>	口 再診時等	<u>1点</u>	2~7 (略)		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	<u>64点</u>	口 再診時等	<u>8点</u>
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	<u>8点</u>																												
口 再診時等	<u>1点</u>																												
2~23 (略)																													
24 外来・在宅ベースアップ評価料（II）24																													
イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>192点</u>																												
口 再診時等	<u>24点</u>																												
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	<u>8点</u>																												
口 再診時等	<u>1点</u>																												
2~7 (略)																													
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	<u>64点</u>																												
口 再診時等	<u>8点</u>																												

3 各区分の口については、外
来・在宅ベースアップ評価料
(I) の 2 を算定する患者に対
して診療を行った場合に算定す
る。

4 13から24までに規定する点数
については、令和9年6月以降
に算定する。

5 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、継続して
賃上げに係る取組を実施した保
険医療機関については、所定点
数に代えて、次に掲げる点数を
算定する。

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 16点
口 再診時等 2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 24点
口 再診時等 3点

3 外来・在宅ベースアップ
評価料 (II) 3

イ 初診又は訪問診療を行
った場合 40点
口 再診時等 5点

4 外来・在宅ベースアップ
評価料 (II) 4

イ 初診又は訪問診療を行
った場合 56点
口 再診時等 7点

5 外来・在宅ベースアップ
評価料 (II) 5

イ 初診又は訪問診療を行

して診療を行った場合に算定す
る。

3 1の口、2の口、3の口、4
の口、5の口、6の口、7の口
又は8の口については、外来・
在宅ベースアップ評価料 (I)
の 2 を算定する患者に対して診
療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

<u>6</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>6</u>	<u>64点</u>
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>8点</u>	
<u>7</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>7</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>7</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>80点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>10点</u>	
<u>8</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>8</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>8</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>96点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>12点</u>	
<u>9</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>9</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>9</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>104点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>13点</u>	
<u>10</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>10</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>10</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>120点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>15点</u>	
<u>11</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>11</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>11</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>136点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>17点</u>	
<u>12</u>	<u>外來・在宅ベースアップ</u>	<u>12</u>	
<u>評価料 (II)</u>	<u>12</u>		
<u>イ</u>	<u>初診又は訪問診療を行った場合</u>	<u>144点</u>	
<u>口</u>	<u>再診時等</u>	<u>18点</u>	
<u>6</u>	<u>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、継続して賃上げに係る取組を実施した保</u>		

険医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。

- 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 16点
口 再診時等 2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 24点
口 再診時等 3点
- 3 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）3
イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点
口 再診時等 4点
- 4 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）4
イ 初診又は訪問診療を行った場合 48点
口 再診時等 6点
- 5 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）5
イ 初診又は訪問診療を行った場合 56点
口 再診時等 7点
- 6 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）6
イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点
口 再診時等 8点
- 7 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）7
イ 初診又は訪問診療を行った場合 80点
口 再診時等 10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

	<u>った場合</u>	88点
	<u>口 再診時等</u>	11点
9	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	96点
	<u>口 再診時等</u>	12点
10	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	112点
	<u>口 再診時等</u>	14点
11	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	120点
	<u>口 再診時等</u>	15点
12	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	128点
	<u>口 再診時等</u>	16点
13	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	144点
	<u>口 再診時等</u>	18点
14	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	152点
	<u>口 再診時等</u>	19点
15	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	160点
	<u>口 再診時等</u>	20点
16	<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>	176点
	<u>口 再診時等</u>	22点

<u>17 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）17</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>184点</u>
ロ 再診時等	<u>23点</u>
<u>18 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）18</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>192点</u>
ロ 再診時等	<u>24点</u>
<u>19 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）19</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>208点</u>
ロ 再診時等	<u>26点</u>
<u>20 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）20</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>216点</u>
ロ 再診時等	<u>27点</u>
<u>21 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）21</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>224点</u>
ロ 再診時等	<u>28点</u>
<u>22 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）22</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>240点</u>
ロ 再診時等	<u>30点</u>
<u>23 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）23</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>248点</u>
ロ 再診時等	<u>31点</u>
<u>24 外来・在宅ベースアップ</u>	
<u>評価料（Ⅱ）24</u>	
イ 初診又は訪問診療を行 った場合	<u>256点</u>
ロ 再診時等	<u>32点</u>

[施設基準]

[施設基準]

<p>四 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準</p> <p>(1) 医科点数表又は歯科点数表 第一章第二部第一節の入院基本料（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。）を算定していない又は算定回数が著しく少ない保険医療機関であること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(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)により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、対象職員の適切な賃金改善に必要な額の百分の五十未満であること。</p> <p>(4)～(6) (略)</p> <p>四の二 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5及び注6に規定する施設基準</p> <p>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</p> <p>※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)についても同様。</p> <p>【入院ベースアップ評価料】</p> <p>1 入院ベースアップ評価料1 <u>1点</u></p> <p>2～499 (略)</p> <p>500 入院ベースアップ評価料500 <u>500点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関において勤務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</p>

<p>四 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準</p> <p>(1) 医科点数表又は歯科点数表 第一章第二部第一節の入院基本料（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。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(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)により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療に従事する職員</u>（<u>医師及び歯科医師を除く。</u>この号において「対象職員」という。）の給与総額の一分二厘未満であること。</p> <p>(4)～(6) (略)</p> <p>(新設)</p>
--

<p>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。）を算定しているものについて、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。</p>	<p>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。）を算定しているものについて、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。</p>
<p><u>2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>[施設基準]</p>	<p>[施設基準]</p>
<p>六 入院ベースアップ評価料の施設基準</p>	<p>六 入院ベースアップ評価料の施設基準</p>
<p>(1)・(2) (略) (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）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>対象職員の適切な賃金改善に必要な額未満であること。</u></p>	<p>(1)・(2) (略) (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）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療又は歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）</u>この号において「<u>対象職員</u>」という。) の給与総額の二分三厘未満であること。</p>
<p>(4) <u>当該保険医療機関における常勤の対象職員の数が、二以上であること。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。</u></p>	<p>(4)・(5) (略)</p>
<p>(5)・(6) (略)</p>	

3. 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベ

スアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【看護職員処遇改善評価料】</p> <p>[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（以下「基本給等」という。）の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p><u>なお、恒常に夜間を含む交替勤務制をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。</u></p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p>※ 外来・在宅ベースアップ評価料 <u>(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料においても同様。</u></p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】</p> <p>[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（以下「基本給等」という。）の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p><u>ただし、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>(6)～(10) (略)</p>

4. 繼続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等の評価を見直す。
 (各入院基本料等の見直しについては、「I－1 物件費の高騰を踏まえた対応」を参照。)
5. 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則 <u>10 繼続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であつて、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、1日につき次に掲げる点数を減算する。</u> <u>イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）、急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合）</u> <u>121点</u> <u>ロ 急性期病院B一般入院料、急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。） 85点</u> <u>ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。） 65点</u> <u>三 療養病棟入院基本料 42点</u> <u>木 結核病棟入院基本料 64点</u> <u>ヘ 急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合） 106点</u></p>	<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則 （新設）</p>
--	--

<u>ト</u>	<u>急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）、精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）</u>	<u>39点</u>
<u>チ</u>	<u>特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</u>	<u>141点</u>
<u>リ</u>	<u>専門病院入院基本料</u>	<u>88点</u>
<u>ヌ</u>	<u>障害者施設等入院基本料</u>	<u>58点</u>
<u>ル</u>	<u>有床診療所入院基本料</u>	<u>95点</u>
<u>ヲ</u>	<u>有床診療所療養病床入院基本料</u>	<u>58点</u>
<u>ワ</u>	<u>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料</u>	<u>171点</u>
<u>カ</u>	<u>地域包括医療病棟入院料</u>	<u>113点</u>
<u>ミ</u>	<u>特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患入院</u>	<u>53点</u>
<u>タ</u>	<u>小児入院医療管理料、児童・思春期精神科入院医療管理料)</u>	<u>97点</u>
<u>レ</u>	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料</u>	<u>76点</u>
<u>ソ</u>	<u>地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合）</u>	<u>69点</u>
<u>ツ</u>	<u>緩和ケア病棟入院料</u>	<u>99点</u>

ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料
42点
ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料
35点
ラ 短期滞在手術等基本料3
189点

歯科診療報酬点数表第1章第2部
入院料等

通則

9 繼続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であつて、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、1日につき次に掲げる点数を減算する。

イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）、急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合）
121点

ロ 急性期病院B一般入院料、急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。）
85点

ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。）
65点

歯科診療報酬点数表第1章第2部

入院料等

通則

(新設)

<u>二 療養病棟入院基本料</u>	<u>42点</u>
<u>木 結核病棟入院基本料</u>	<u>64点</u>
<u>ヘ 急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合）</u>	<u>106点</u>
<u>ト 急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）、精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）</u>	<u>39点</u>
<u>チ 特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</u>	<u>141点</u>
<u>リ 専門病院入院基本料</u>	<u>88点</u>
<u>ヌ 障害者施設等入院基本料</u>	<u>58点</u>
<u>ル 有床診療所入院基本料</u>	<u>95点</u>
<u>ヲ 有床診療所療養病床入院基本料</u>	<u>58点</u>
<u>ワ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料</u>	<u>171点</u>
<u>カ 地域包括医療病棟入院料</u>	<u>113点</u>
<u>ミ 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</u>	<u>53点</u>
<u>タ 小児入院医療管理料、児童・</u>	

<u>思春期精神科入院医療管理料)</u>	<u>97点</u>
<u>レ 回復期リハビリテーション病棟入院料</u>	<u>76点</u>
<u>ソ 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合）</u>	<u>69点</u>
<u>ツ 緩和ケア病棟入院料</u>	<u>99点</u>
<u>ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料</u>	<u>42点</u>
<u>ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料</u>	<u>35点</u>
<u>ラ 短期滞在手術等基本料3</u>	<u>189点</u>

[施設基準]

第四の三 医科点数表第1章第2部
入院料等通則第10号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号に掲げる厚生労働大臣が定める基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- 一 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。
- 二 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。
- 三 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること。

[施設基準]

(新設)

6. 歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

(新) 歯科技工所ベースアップ支援料（1装置につき）

15点

【I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化-②】

② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

第1 基本的な考え方

感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。

また、医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求められる各チームの専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。
2. 感染対策向上加算における感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び医療安全対策加算1に規定する専従の医療安全管理者について、これらの業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【感染対策向上加算】 [施設基準]</p> <p>第21 感染対策向上加算</p> <p>1 感染対策向上加算1の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従で</p>	<p>【感染対策向上加算】 [施設基準]</p> <p>第21 感染対策向上加算</p> <p>1 感染対策向上加算1の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従で</p>

であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。

(略)

(3)～(18) (略)

(19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア～エ (略)

アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの

であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

(略)

(3)～(18) (略)

(19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア～エ (略)

アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの

専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(20)～(23) (略)

【緩和ケア診療加算】

[施設基準（通知）]

第14 緩和ケア診療加算

専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(20)～(23) (略)

【緩和ケア診療加算】

[施設基準（通知）]

第14 緩和ケア診療加算

<p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>16時間</u>以下であること。</p> <p>ア～シ (略)</p> <p>(4)～(14) (略)</p>	<p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>10時間</u>以下であること。</p> <p>ア～シ (略)</p> <p>(4)～(14) (略)</p>
<p>※ 小児緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料についても同様。</p>	<p>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】</p>
<p>[施設基準]</p>	<p>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】</p>
<p>第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p>	<p>第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p>
<p>1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準</p>	<p>1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準</p>
<p>(1) (略)</p>	<p>(1) (略)</p>
<p>(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管</p>	<p>(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管</p>

理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。

(3)～(8) (略)

【医療安全対策加算】

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算 1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準
ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。
なお、(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

(3)～(8) (略)

【医療安全対策加算】

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算 1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準
ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。
なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

3. 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に影響のない範囲において、当該病棟

【Ⅱ－5－1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑧】

⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

第1 基本的な考え方

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

- 訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

(新) 訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点

[対象患者]

当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者

[算定要件]

- (1) 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
(2) 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

2. 調剤報酬において、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することについて、新たな評価を行う。

(新) 訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回） 150点

【Ⅲ－1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑬】

⑬ カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

第1 基本的な考え方

カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、新たな評価及び特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直しを行う。

第2 具体的な内容

- カルタヘナ法に基づく医学管理を目的として、入院中の個室管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 特定薬剤治療環境特別加算（1日につき） 300点

[対象患者]

カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院する患者

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、特定薬剤治療環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成15年法律第97号。以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に、特定薬剤治療環境特別加算として、所定点数に加算する。

- 特定薬剤治療管理料において、カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤に係る評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【特定薬剤治療管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注11 口については、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等</p>	<p>【特定薬剤治療管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注11 口については、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等</p>

により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合又は遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。

により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。

【Ⅲ－1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価－⑯】

⑯ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設

第1 基本的な考え方

心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

(新) B001-10 心不全再入院予防継続管理料

<u>イ</u>	<u>心不全再入院予防継続管理料 1</u>	<u>1,000 点</u>
<u>ロ</u>	<u>心不全再入院予防継続管理料 2</u>	
	<u>(1) 6回目まで</u>	<u>700 点</u>
	<u>(2) 7回目以降</u>	<u>225 点</u>
<u>ハ</u>	<u>心不全再入院予防継続管理料 3</u>	
	<u>(1) 6回目まで</u>	<u>400 点</u>
	<u>(2) 7回目以降</u>	<u>225 点</u>

[対象患者]

- (1) 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの
- ① 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること
 - ② 入院中に運動療法を実施していること
- (2) イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの
- (3) イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの

[算定要件]

- (1) イについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (2) ロについては、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であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (3) ハについては、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であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、患者の心機能の評価、原因精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (5) ロについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (6) ハについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (7) 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、ロについては、同一の患者につき、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。

[施設基準]

- (1) 心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、一般病棟入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

① 救急外来医療に係る評価の再編

第1 基本的な考え方

救急医療機関における、夜間休日を含めた応需体制の構築及び地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、院内トリアージ実施料及び夜間休日救急搬送医学管理料等を見直し、救急外来医療を24時間提供するための人員や設備、検査体制等に応じた新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

- 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。**
- 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを活用し当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行																
<p>【救急外来医学管理料】</p> <p>救急外来医学管理料</p> <table> <tr> <td>1 救急搬送医学管理料</td><td></td></tr> <tr> <td> イ 救急搬送医学管理料 1</td><td><u>800点</u></td></tr> <tr> <td> ロ 救急搬送医学管理料 2</td><td><u>600点</u></td></tr> <tr> <td> ハ 救急搬送医学管理料 3</td><td><u>200点</u></td></tr> <tr> <td>2 夜間休日救急医学管理料</td><td>(新設)</td></tr> <tr> <td> イ 夜間休日救急医学管理料 1</td><td><u>600点</u></td></tr> <tr> <td> ロ 夜間休日救急医学管理料 2</td><td><u>400点</u></td></tr> <tr> <td> ハ 夜間休日救急医学管理料 3</td><td><u>50点</u></td></tr> </table>	1 救急搬送医学管理料		イ 救急搬送医学管理料 1	<u>800点</u>	ロ 救急搬送医学管理料 2	<u>600点</u>	ハ 救急搬送医学管理料 3	<u>200点</u>	2 夜間休日救急医学管理料	(新設)	イ 夜間休日救急医学管理料 1	<u>600点</u>	ロ 夜間休日救急医学管理料 2	<u>400点</u>	ハ 夜間休日救急医学管理料 3	<u>50点</u>	<p>【夜間休日救急搬送医学管理料】</p> <p>夜間休日救急搬送医学管理料 600点</p> <p>(新設)</p>
1 救急搬送医学管理料																	
イ 救急搬送医学管理料 1	<u>800点</u>																
ロ 救急搬送医学管理料 2	<u>600点</u>																
ハ 救急搬送医学管理料 3	<u>200点</u>																
2 夜間休日救急医学管理料	(新設)																
イ 夜間休日救急医学管理料 1	<u>600点</u>																
ロ 夜間休日救急医学管理料 2	<u>400点</u>																
ハ 夜間休日救急医学管理料 3	<u>50点</u>																

注 1 1については、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局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 2については、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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。以下この項において同じ。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

3 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、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、区分番号D006に掲げる出血・凝固検査、区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D011に掲げる免疫血液学的検査、区分番号D018に掲げる細菌培養同定検査、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E

注 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において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

(新設)

(新設)

202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）、第6部第1節第1款注射実施料（区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号G001に掲げる静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置料（J063に掲げる留置カテーテル設置、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急外来緊急検査対応加算

1 300点

ロ 救急外来緊急検査対応加算

2 200点

4 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

（削除）

2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

3 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、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急搬送看護体制加算1

400点

ロ 救急搬送看護体制加算2

200点

（新設）

5 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、注1又は

注2に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に1回に限り、50点を所定点数に加算する。

- 6 1について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合は、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 土曜日、日曜日又は祝日ににおける夜間の場合 300点
ロ 土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合 250点
- ハ 土曜日、日曜日又は祝日ににおける夜間以外の時間の場合 200点

(新設)

- [施設基準]
【救急外来医学管理料】
四の五 救急外来医学管理料の施設基準等
(1) 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1及び救急外来医学管理料の注3に規定する救急外来緊急検査対応加算1の施設基準
- イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。
ロ 救急医療に係る実績を十分有していること。
- ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

- [施設基準]
【夜間休日救急搬送医学管理料】
四の五 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準

休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。

(新設)

(新設)

<p><u>二 救急外来診療を行うにつき</u> <u>十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(2) 救急搬送医学管理料2、夜間休日救急医学管理料2及び救急外来医学管理料の注3に規定する救急外来緊急検査対応加算2の施設基準</u></p> <p><u>イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。</u></p> <p><u>ロ 救急医療に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</u></p> <p><u>二 救急外来診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(3) 救急搬送医学管理料3及び夜間休日救急医学管理料3の施設基準</u> <u>休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p><u>(4) 救急外来医学管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1の施設基準</p> <p><u>イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。</u></p> <p><u>ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。</u></p> <p><u>(3) 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算2の施設基準</u></p> <p><u>イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること。</u></p> <p>(新設)</p>
---	---

める施設基準

- イ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- ロ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

[施設基準（通知）]

第6の5 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料 1、夜間休日救急医学管理料 1 及び救急外来医学管理料の注 3 に掲げる救急外来緊急検査対応加算 1に関する施設基準

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

[施設基準（通知）]

第6の5 夜間休日救急搬送医学管理料

1 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

<p>(削除)</p> <p>(2) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。</p> <p>(3) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」といいう。）が、年間で1,500件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で1,200件以上であること。</p> <p>(4) 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けていること。</p> <p>(5) 救急外来診療を行うために必要な次に掲げる装置及</p>	<p>(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。</p> <p>(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	---

び器具を当該区画内に常時備えていること。ただし、当該区画が救命救急治療室、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室又は新生児治療回復室（以下「救命救急治療室等」という。）と隣接しており、これらの装置及び器具を当該救命救急治療室等と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット及び人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

(6) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。当該専任の医師に、救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。

(新設)

(7) 専任の看護師が常時、当該区画内に勤務していること。また、専任の看護師について、時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置を行うことが望ましいこと。

(新設)

(8) 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を

(新設)

<p><u>実施していることが望ましいこと。</u></p> <p>(9) <u>手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されていること。</u></p> <p>(10) <u>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（CT撮影）及び磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を実施できる体制が常時確保されていること。</u></p> <p>(11) <u>救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されていること。</u></p> <p>(12) <u>院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年1回以上実施していること。</u></p> <p>(13) <u>業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年1回以上実施していること。</u></p> <p>(14) <u>地域の救急医療に関する取組として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。</u></p> <p>ア <u>メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。</u></p> <p>イ <u>消防機関の実施するertzain様式調査に協力</u></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>
--	---

していること。

ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。

エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。

オ 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。

カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。

2 救急搬送医学管理料 2、夜間休日救急医学管理料 2 及び救急外来医学管理料の注 3 に掲げる救急外来緊急検査対応加算 2 に関する施設基準

(1) 救急外来医学管理料 1 の(1)、(2)、(4)、(5)及び(13)を満たすこと。

(2) 救急搬送件数が、年間で 800 件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で 640 件

(新設)

以上であること。

- (3) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。
- (4) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が当該区域内に勤務していること。
- (5) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びコンピューター断層撮影（CT撮影）を実施できる体制が確保されていること。なお、コンピューター断層撮影については、当該検査を実施する医療従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制であっても差し支えない。
- (6) 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年1回以上実施していること、又は当該コースの受講を推奨することを院内の職員に向けて周知し、その受講状況を年1回以上把握していること。
- (7) 地域の救急医療に関する取組として、次のいずれかを満たしていること。
- ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーデ

イネーター確保事業に関わる会議に参加していること。

イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。

ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。

エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。

オ 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。

カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。

3 救急搬送医学管理料3及び夜間休日救急医学管理料3に関する施設基準

救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所であること。

(削除)

(新設)

2 救急搬送看護体制加算1に関する施設基準

(1) 救急用の自動車（消防法

(昭和23年法律第186号) 及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数(以下この区分において「救急搬送件数」という。)が、年間で1,000件以上であること。

(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。当該専任の看護師は、「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

3 救急搬送看護体制加算2に関する施設基準

(1) 救急搬送件数が年間で200件以上であること。
(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

(新設)

4 救急外来医学管理料の「注5」に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準

(1) 電子処方箋を発行する体

(削除)

<p><u>制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。</u></p> <p>ア <u>院外処方を行う場合に</u> <u>は、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。</u></p> <p>イ <u>院内処方を行う場合に</u> <u>は、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること</u></p> <p>ウ <u>電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること</u></p> <p>(2) <u>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u></p>	
---	--

[経過措置]

救急外来医学管理料に係る届出を行う保険医療機関については、令和8年12月31日までの間に限り、1の(14)又は2の(7)に該当するものとみなす。

3. 院内トリアージ実施料を見直し、救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して算定する新たな加算を設ける。

改 定 案	現 行
(削除)	<p>【院内トリアージ実施料】</p> <p>院内トリアージ実施料 300点</p> <p>注 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</p>

【Ⅲ－5－3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－①】

① 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、要件を見直すとともに、皮下注射を実施した場合についても評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来腫瘍化学療法診療料について、必要な診療体制を整備した上で皮下注射により外来化学療法を実施した場合の評価を新設する。
2. 外来腫瘍化学療法診療料 1について、患者の急変時等の緊急事態等に対応するための指針等の整備を要件とする。

改 定 案	現 行
【外来腫瘍化学療法診療料】	【外来腫瘍化学療法診療料】
1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> <u>801点</u> (2) 初回から3回目まで <u>(その他の場合)</u> <u>351点</u> (3) 4回目以降 <u>(静注製剤等の場合)</u> <u>451点</u> (4) 4回目以降 <u>(その他の場合)</u> <u>201点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>351点</u>	1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>800点</u> (新設) (2) 4回目以降 <u>450点</u> (新設) □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>350点</u>
2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> <u>601点</u>	2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>600点</u>

<p>(2) 初回から3回目まで(その他の場合)</p> <p style="text-align: right;">261点</p> <p>(3) 4回目以降(静注製剤等の場合)</p> <p style="text-align: right;">321点</p> <p>(4) 4回目以降(その他の場合)</p> <p style="text-align: right;">141点</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;">221点</p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料3 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(静注製剤等の場合)</p> <p style="text-align: right;">541点</p> <p>(2) 初回から3回目まで(その他の場合)</p> <p style="text-align: right;">241点</p> <p>(3) 4回目以降(静注製剤等の場合)</p> <p style="text-align: right;">281点</p> <p>(4) 4回目以降(その他の場合)</p> <p style="text-align: right;">121点</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;">181点</p> <p>[算定要件] 注1 (略) 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(区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。)に、1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下</p>	<p>(新設)</p> <p>(2) 4回目以降</p> <p style="text-align: right;">320点</p> <p>(新設)</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;">220点</p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料3 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</p> <p style="text-align: right;">540点</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 4回目以降</p> <p style="text-align: right;">281点</p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p> <p style="text-align: right;">180点</p> <p>[算定要件] 注1 (略) 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>
---	--

注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

3 1のイの(3)、2のイの(3)及び3のイの(3)については、1のイの(1)若しくは(2)、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、1のイの(4)、2のイの(4)及び3のイの(4)については、1のイの(1)若しくは(2)、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。

4 1の口については、次に掲げ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。

イ 1のイの(1)から(4)までのいずれか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

口 (略)

5 2の口及び3の口については、2のイの(1)から(4)までのいずれか又は3のイの(1)から(4)までのいずれか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

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。

4 1の口については、次に掲げ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。

イ 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

口 (略)

5 2の口及び3の口については、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

<p>管理を行った場合に、週 1 回に限り算定する。</p> <p>6・7 (略)</p> <p>8 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のイの（1）又は（2）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月 1 回に限り 150 点を所定点数に加算する。</p> <p>9 别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のイの（1）又は（2）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。</p>	<p>に、週 1 回に限り算定する。</p> <p>6・7 (略)</p> <p>8 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のイの（1）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月 1 回に限り 150 点を所定点数に加算する。</p> <p>9 别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のイの（1）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。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>四の八の四 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等</p> <p>(4) 外来腫瘍化学療法診療料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法</p> <p>診療報酬の算定方法別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に</p>	<p>[施設基準]</p> <p>四の八の四 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等</p> <p>(4) 外来腫瘍化学療法診療料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法</p> <p>診療報酬の算定方法別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に</p>

<p>対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行なう化学療法</p> <p><u>イ 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち、皮下注射</u></p> <p>口～チ (略)</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 (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。</p>	<p>対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行なう化学療法</p> <p>(新設)</p> <p>イ～ト (略)</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 (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たいことが望ましい。</p>
---	--

【Ⅲ－5－3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－⑥】

⑥ 閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価 の新設

第1 基本的な考え方

抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料について、抗がん剤投与時に閉鎖式接続器具を使用した場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

無菌製剤処理料1の対象患者に対して、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合の加算を新設する。

(新) 投与時閉鎖式接続器具使用加算 150点

[対象患者]

無菌製剤処理料1の「イ」の対象患者

[算定要件]

無菌製剤処理料1のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

[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保険医療機関であること。

【IV-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進-①】

① 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。
2. **バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。**
3. 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】</p> <p>注1～5 (略)</p> <p>6 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>8点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>6点</u></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>	<p>【処方箋料】</p> <p>注1～5 (略)</p> <p>6 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>10点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>8点</u></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>

方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収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及びバイオ後続品のある

方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収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

バイオ医薬品（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、一般的な名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的な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若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品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。

(13)～(16) (略)

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、一般的な名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的な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。

(13)～(16) (略)

【IV-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進-②】

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

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医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

- バイオ後続品使用体制加算は、バイオ医薬品を使用する患者について、入院初日に算定するとされているところ、入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、その算定日を退院日に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 注 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（特別入院基本料等を含む。）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。）であつて、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行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、バイオ後続品使用体制加算として、退院の日に1回に限り所定点数に加算する。</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 注 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（特別入院基本料等を含む。）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。）であつて、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、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

- バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも1つ以上の成分で、直近1年間に調剤した規格単位数量の合計が50以上であることを要件とする。

3. バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分に追加する。

改定案	現行
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準]</p> <p>三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(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。</p> <p>(2) <u>バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準]</p> <p>三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(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。</p> <p>(2) <u>直近一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。「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百回を超えること。</u></p> <p>(3) <u>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、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p>イ <u>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八割以上であること。ただし、直近一年間ににおける当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</u></p> <p>① <u>エポエチン</u> ② <u>リツキシマブ</u> ③ <u>トラスツズマブ</u> ④ <u>テリパラチド</u></p> <p>ロ <u>次に掲げる成分について、</u></p>

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五割以上であること。ただし、直近一年間ににおける当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。

- 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

(3)・(4) (略)

(4)・(5) (略)

第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算

1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準

(1) (略)

(削除)

(2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）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

第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算

1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準

(1) (略)

(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（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。

と。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも1つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。

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行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それぞれ80%以上であること。

(イ)～(二) (略)
(ホ) ラニビズマブ
(ヘ) インスリングラルギ
ン
(ト) ダルベポエチン
(チ) フィルグラスマチム

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行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それぞれ50%以上であること。

(イ)～(チ) (略)
(リ) アフリベルセプト
(ヌ) ウステキヌマブ

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)～(二) (略)
(新設)
(新設)

(新設)
(新設)

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)～(チ) (略)
(リ) ラニビズマブ
(新設)

<p>(ル) <u>ペグフィルグラスチ</u> <u>ム</u></p> <p>(ヲ) <u>トシリズマブ</u></p> <p>(3) 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及び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こと。</p> <p>(4) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(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すること。</p> <p>(5) (略)</p>
---	--

[経過措置]

令和8年3月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(2)のアの(ホ)から(チ)まで及びイの(リ)から(ヲ)までに掲げる成分について、1の(2)のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの(イ)から(ニ)まで及びイの(イ)から(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50以上である必要がある。

(3) 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、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を廃止する。

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	87 点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	82 点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	77 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（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応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。）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) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後

発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

- ハ 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。
- ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハ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。
- ホ ニ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。
- ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・医薬品供給対応体制加算2の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ロ 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八割五分以上であること。
- ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・医薬品供給対応体制加算3の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ロ 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七割五分以上であること。
- ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安

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後発医薬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後発医薬品の品質、安全性及び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こと。

- (2) 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算1にあっては90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算2にあっては85%以上90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算3にあっては75%以上85%未満であること。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) (4)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。
- (6) (3)及び(5)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。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配達、休日夜間配達及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1	8 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2	7 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3	5 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投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。
- ハ 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する適切な対応ができる体制が整備されていること。
- ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハ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。
- ホ ニ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。
- ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診

療所であること。

- 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八割五分以上であること。
ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- 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七割五分以上であること。
ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び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こと。
- (2) 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあっては90%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあっては85%以上90%未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあっては75%以上85%未満であること。
- (3) 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。
- (4) 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する適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (5) (4)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。
- (6) (3)及び(5)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。

- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

【IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応-①】

① 薬剤総合評価調整加算の見直し

第1 基本的な考え方

処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. **薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。**

改定案	現行
<p>【薬剤総合評価調整加算】 A250 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) <u>160点</u></p> <p>注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該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、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の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</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 A250 薬剤総合評価調整加算 (退院時1回) <u>100点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該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、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の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</p>

し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合	し、かつ、療養上必要指導を行った場合
---------------------------	--------------------

2. 1に伴い、退院時薬剤情報連携加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【退院時薬剤情報連携加算】 (削除)	【退院時薬剤情報連携加算】 <u>注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u>

【IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応-④】

④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

第1 基本的な考え方

保険薬局において、患者に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

第2 具体的な内容

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
 - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
 - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
 - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

【IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進-②】

(2) 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価に見直す。

第2 具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 300点</p> <p>2 病棟薬剤業務実施加算2（週1回） 120点</p> <p>3 病棟薬剤業務実施加算3（1日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1から病棟薬剤業務実施加算3までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）について</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 (新設)</p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点</p> <p>2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務</p>

て、病棟薬剤業務実施加算1及び病棟薬剤業務実施加算2にあっては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算3にあっては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

- 2 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又は病棟薬剤業務実施加算2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100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算1の施設基準

- イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

- ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

- 二 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安

実施加算1にあっては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあっては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

- 2 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100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(新設)

全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ヘ 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。

(2) 病棟薬剤業務実施加算_2の施設基準

(1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。

(削除)

(3) 病棟薬剤業務実施加算_3の施設基準

イ～ホ (略)

(4) (略)

(1) 病棟薬剤業務実施加算_1の施設基準

(新設)

イ～ホ (略)

(2) 病棟薬剤業務実施加算_2の施設基準

イ～ホ (略)

(3) (略)