

ほぼ骨子順

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2024年度診療報酬改定 「個別改定項目(短冊)」から (病院薬剤師抜粋版)

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828号 長岡俊広
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料：2024年1月26日 中医協総会資料「個別改定項目について（その1）」
 2024年1月31日 中医協総会資料「個別改定項目について（その2）」
 2024年2月7日 中医協総会資料「個別改定項目について（その3）」

2024年1月26日、31日、2月7日に開催された中医協総会配布資料「個別改定項目」から、MPS資料として編集しています。
 厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです
 が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接
 または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

資料No.20240207-2112(1)

外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

賃上げに向けた評価の新設

改定案

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) (1日につき)

1 初診時	●●点
2 再診時	●●点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	●●点
ロ 同一建物居住者の場合	●●点

・外来又は在宅医療を実施している医療機関に勤務する看護職員、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

[算定要件]

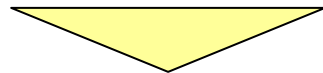
- (1) 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料 1 を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 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 A 0 0 0 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

外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

賃上げに向けた評価の新設

改定案

- 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
 - ロ 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



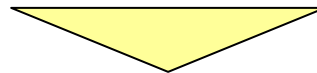
外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

賃上げに向けた評価の新設

改定案

[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（歯科医師を含む。以下同じ。）及び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。



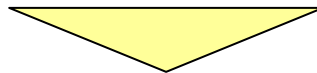
外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

賃上げに向けた評価の新設

別表 1

ア 薬剤師	カ 看護補助者	サ 義肢装具士	タ 診療エックス線技師	ナ 栄養士
イ 保健師	キ 理学療法士	シ 歯科衛生士	チ 臨床検査技師	ニ 精神保健福祉士
ウ 助産師	ク 作業療法士	ス 歯科技工士	ツ 衛生検査技師	ヌ 社会福祉士
エ 看護師	ケ 視能訓練士	セ 歯科業務補助者	テ 臨床工学技士	ネ 介護福祉士
オ 准看護師	コ 言語聴覚士	ソ 診療放射線技師	ト 管理栄養士	ノ 保育士

ハ 救急救命士	マ 医師事務作業補助者
ヒ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	ミ その他医療に従事する職員 (医師及び歯科医師を除く。)
フ 柔道整復師	
ヘ 公認心理師	
ホ 診療情報管理士	



入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

改定案

(新) 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 ●●点

2 入院ベースアップ評価料 2 ●●点

↓

● 入院ベースアップ評価料 ●●●点

・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
 ・外来・在宅ベースアップ評価料 (I) を届け出た病院・有床診療所は入院ベースアップ評価料の基準を満たすことでどちらも算定できる

[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●分●厘未満であること。する区分を届け出ること。

入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

改定案

(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。

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

(6) (5) について、「対象職員の給与総額」は、直近●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、直近●か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年●、●、●、●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●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●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。

入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

改定案

- (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。

別表 3

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

入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束の最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
<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</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8 （略） （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定し、身体的拘束の最小化の実施体制を整備を規定</p> <p>・満たせない場合の減算規定追加</p> </div>	<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</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、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。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8 （略）</p> <p>9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、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●●点を減算する。</p>

入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束の最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準</p> <p>一～六 (略) (新設)</p>	<p>[施設基準] 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準</p> <p>一～六 (略)</p> <p>七 意思決定支援の基準 <u>当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。(小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。)</u></p> <p>八 身体的拘束最小化の基準 <u>身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>
<p>・入院料の通則として、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成を要件化</p> <p>※ただし、以下の病棟のみ有する医療機関は除外</p> <ul style="list-style-type: none"> ●小児特定集中治療室管理料 ●総合周産期特定集中治療室管理料 ●新生児特定集中治療室管理料 ●新生児治療回復室入院医療管理料 ●小児入院医療管理料 ●児童・思春期精神科入院医療管理料 	

入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
<p>別添 2 入院基本料等の施設基準等</p> <p>第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<u>栄養管理体制の基準</u></p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<u>栄養管理体制の基準</u>は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。</p> <p>1～4 （略）</p> <p>5 栄養管理体制の基準</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。</p> <p>(3)～(9) （略）</p>	<p>別添 2 入院基本料等の施設基準等</p> <p>第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準</p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。</p> <p>1～4 （略）</p> <p>5 栄養管理体制の基準</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。</p> <p>(3)～(9) （略）</p>

・標準的な栄養評価手法の活用と退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を手順に位置づけることを明確化

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>6 意思決定支援の基準 <u>当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p>7 身体的拘束最小化の基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。</p> <p>(2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。</p> <p>(3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。</p> <p>(4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。</p> <p>(5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。</p>

・緊急でやむを得ない場合を除いて身体的拘束を行ってはならない
 ・身体的拘束を行う場合には詳細を記録
 ・身体的拘束最小化チームの設置（必要に応じて薬剤師等入院に携わる多職種の参加が望ましい）

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
<p style="text-align: center;">(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束の実施状況の把握と定期的な周知 ・身体的拘束を最小化するための指針の作成 ・職員を対象とした研修の定期的な実施 </div> <p style="text-align: center;">6 (略)</p>	<p><u>ア</u> 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。</p> <p><u>イ</u> 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。</p> <p><u>ウ</u> 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。</p> <p><u>(6)</u> (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定による。</p> <p style="text-align: center;">8 (略)</p>



入院基本料等の見直し

入院料等【通則】

(意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

現 行	改 定 案
	<p>[経過措置]</p> <p>(1) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注7に規定する施設基準の届出を行っている病棟を除く。）については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の七に該当するものとみなす。</p> <p>(2) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の八に該当するものとみなす。</p>

薬剤総合評価調整加算

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

現 行	改 定 案
<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カ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。</p> <p>ウ 当該カンファレンスにおいて、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。</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>・カンファレンス要件の緩和</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</p> <p>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。</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

薬剤総合評価調整加算

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

現 行	改 定 案
<p>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、<u>再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。</u></p> <p>(新設)</p> <p>・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することでも算定可</p> <p>(新設)</p> <p>・実効性を担保するため、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する</p> <p>(2) ～(6) (略)</p> <p>(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）等を参考にする。</p>	<p>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</p> <p>オ <u>イ、ウ、エを実施するにあたっては、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。</u></p> <p>カ <u>(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活用すること。</u></p> <p>(2) ～(6) (略)</p> <p>(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。</p>

薬剤業務向上加算

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

改定案

(新) 薬剤業務向上加算

●●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●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。

・病棟薬剤業務実施加算1届出医療機関において、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し、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場合の評価を新設

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

現 行	改 定 案
<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 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <u>700点</u></p> <p>□ 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 <u>400点</u></p> <p>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 <u>570点</u></p> <p>□ 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 <u>270点</u></p> <p>(新設)</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 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>●●点</u> (2) 4回目以降 <u>●●点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>●●点</u></p> <p>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>●●点</u> (2) 4回目以降 <u>●●点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>●●点</u></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 (1) 初回から3回目まで <u>●●点</u> (2) 4回目以降 <u>●●点</u></p> <p>□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>●●点</u></p>

・「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
 ・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配置することが困難で、電話等による緊急相談等に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設

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

現 行	改 定 案
<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。 (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・「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</p> </div> <p>(新設)</p> <p>4～7 (略)</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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>6～9 (略)</p>

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

現 行	改 定 案
<p>(1) (略)</p> <p>(2) 「1」の「□」及び「2」の「□」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。</p> <p>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。</p> <div data-bbox="72 801 1021 965" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・診療料1届出医療機関で、あらかじめ診療料3の届出医療機関から患者の治療に必要な情報を文書で受理している場合、診療料3医療機関の患者が緊急に診療料1を受診した場合「1」の「□」を算定できる</p> </div> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(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。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>(8) (略)</p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) 「1」の「□」、「2」の「□」及び「3」の「□」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。</p> <p>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診した場合には、「1」の「□」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要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。</p> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(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。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>(8) (略)</p>

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

現 行	改 定 案
<p>[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)</p> <p>(新設) (2) (略) (新設)</p> <p>(3)～(4) (略)</p>	<p>[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 であって、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。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(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。 ハ (1)のロを満たすものであること。 (4)～(5)(略)</p>

・診療料 1 に医師の研修要件を追加



外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定案

第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

(1)～(7) (略)

(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。

(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。

(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。

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

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

(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。

(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。

(13) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の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。

(14) (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。

(15) (5)、(6)、(7)及び(13)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 外来腫瘍化学療法診療料 2

(1) 1の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。

(2)～(3) (略)

・診療料 1 の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を追加
・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ことを追加

・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ことを追加
・患者の急変時等の対応に関する指針を作成が望ましいことを追加
・外来化学療法の体制について、ウェブサイトに掲載していること追加

外来腫瘍化学療法診療料

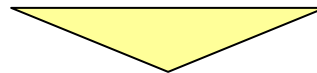
外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定案

- 3 外来腫瘍化学療法診療料3(1)1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。
- (3) 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)局長に届け出を行い、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。
- (4) (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。
- (5) 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。
- (6) 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つた場合であっても、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。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、1の(15)又は3の(4)を満たすものとする。



がん薬物療法体制充実加算

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定案

(新) がん薬物療法体制充実加算

●●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、副作用等の情報収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方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●●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。

・医師の診察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（いわゆる薬剤師外来）を評価

感染対策向上加算

感染対策向上加算等における
専従要件の明確化

現 行	改 定 案
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 感染対策向上加算 1 の施設基準</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。 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。</p> <p>(中略)</p> <div data-bbox="103 939 1031 1068" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・チームの構成員の専従業務に介護保険施設等への助言が含まれることを明確化 (業務に影響のない範囲において)</p> </div>	<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 感染対策向上加算 1 の施設基準</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。 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、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 (以下この区分において「介護保険施設等」という。) からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。</p>



感染対策向上加算

感染対策向上加算等における
専従要件の明確化

現 行	改 定 案
	<ul style="list-style-type: none"> <u>イ 指定介護老人福祉施設</u> <u>ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設</u> <u>ハ 介護老人保健施設二 介護医療院</u> <u>ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所</u> <u>ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所</u> <u>ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所</u> <u>チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所</u> <u>リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所</u> <u>ヌ 指定障害者支援施設</u> <u>ル 指定共同生活援助事業所</u> <u>ヲ 指定福祉型障害児入所施設</u> <u>(中略)</u>

緩和ケア診療加算

感染対策向上加算等における
専従要件の明確化

現 行	改 定 案
<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。 ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <div data-bbox="103 996 1031 1125" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・チームの構成員の専従業務に介護保険施設等への助言が含まれることを明確化（業務に影響のない範囲において）</p> </div> <p>(3)～(13) (略)</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。 ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。</p> <p>(4)～(14) (略)</p> <p>※ 外来緩和ケア管理料も同様。</p>

医療情報取得加算（初・再診料）

医療情報・システム基盤整備
体制充実加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【初診料】 [算定要件] 注15 <u>初診に係る十分な情報を取得する体制として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を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。</u></p> <p>【再診料】 [算定要件] 注18 <u>再診に係る十分な情報を取得する体制として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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。</u></p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注15 <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を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>【再診料】 [算定要件] (削除)</p> <div data-bbox="1301 735 2026 968" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化に伴い、体制整備に係る評価から診療情報・薬剤情報の取得・活用の評価に見直し ・名称を医療情報・システム基盤整備体制充実加算から医療情報取得加算に変更 </div>

医療情報取得加算（初・再診料）

医療情報・システム基盤整備
体制充実加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準</u> (略)</p>	<p>注18 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報取得加算</u>の施設基準 (略)</p>

医療DX推進体制整備加算 (医科)

医療DX推進体制整備加算の新設

改定案

(新) 医療DX推進体制整備加算

●●点

[算定要件]

医療DX推進に係る体制として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を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、**月●回**に限り**●●点**を所定点数に加算する。この場合において、区分番号**●●**に掲げる在宅医療DX情報活用加算又は区分番号**●●**に掲げる訪問看護医療DX情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 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。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、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) (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。

・オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設

医療DX推進体制整備加算 (医科)

医療DX推進体制整備加算の新設

改定案

[経過措置]

- (1) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。
- (3) (6)については、令和●●年●●月●●日から適用する。
- (4) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。

後発医薬品使用体制加算

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

現 行	改 定 案
<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) 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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・書面掲示事項は、原則ウェブサイトに掲載 (経過措置あり)</p> </div>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) 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。 ハ <u>二の後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>※ 算定告示別表第一 医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料（以下「一般病棟入院基本料等」という。）、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第2の医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第2章第9部手術通則第4号に掲げる手術についても同様。</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

後発医薬品使用体制加算

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

現 行	改 定 案
	<p>算定告示別表第二歯科診療報酬点数表のうち、第一章第一部初・再診料第一節初診料の注1、地域歯科診療支援病院歯科初診料、初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の注10、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料等、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2についても同様。</p>

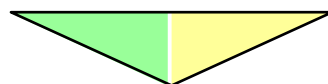
〔経過措置〕

本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

急性期充実体制加算

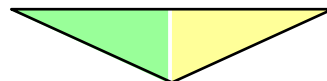
急性期充実体制加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>1 7日以内の期間 460点</p> <p>2 8日以上11日以内の期間 250点</p> <p>3 12日以上14日以内の期間 180点</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外で小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価に分ける</p> </div> <p>[算定要件]</p> <p>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実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、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</p>	<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>1 急性期充実体制加算 1</p> <p>イ 7日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 ●●点</p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 ●●点</p> <p>2 急性期充実体制加算 2</p> <p>イ 7日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 ●●点</p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実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、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</p>



急性期充実体制加算

現 行	改 定 案
<p>[施設基準]</p> <p>一の二 急性期充実体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 急性期充実体制加算の施設基準</p> <p>イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。</p> <p>ロ 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。</p> <p>ニ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。</p> <p>ホ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ヘ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>ト 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。</p> <p>(新設)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>一の二 急性期充実体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 急性期充実体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。</p> <p>ロ 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。</p> <p>ニ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。</p> <p>ホ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ヘ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>ト 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。</p> <p>(2) 急性期充実体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。</p> <p>ロ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること。</p>

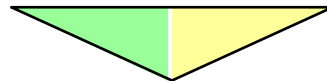


急性期充実体制加算

現 行	改 定 案
<p>第1の2 急性期充実体制加算</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)までのうち4つ以上を満たしていること。</p> <p>(イ) 全身麻酔による手術について、2,000件／年以上（うち、緊急手術 350件／年以上）又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり6.5件／年以上（うち、緊急手術1.15件／年以上）</p> <p>(ロ) 悪性腫瘍手術について、400件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり1.0件／年以上</p> <p>(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり 1.0件／年以上</p> <p>(ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり 0.6 件／年以上</p> <p>(ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数 1床あたり1.5 件／年以上</p> <p>(ヘ) 化学療法の実施について、1,000件／年以上又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり3.0件／年以上</p>	<p>第1の2 急性期充実体制加算</p> <p>1 通則</p> <p>(1) (略)</p> <p>(削除)</p>

急性期充実体制加算

現 行	改 定 案
<p><u>イ 以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ハ)までのうち2つ以上を満たしていること。</u></p> <p><u>(イ) 異常分娩の件数について、50件／年以上又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあつては、許可病床 1床あたり 0.1件／年以上</u></p> <p><u>(ロ) 6歳未満の乳幼児の手術件数 40件／年以上又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあつては、許可病床 1床あたり0.1件／年以上</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) <u>(2)のアの(ハ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p><u>ア 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料 1の届出を行っていること。</u></p> <p><u>イ 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料 1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。</u></p> <p>(5)～(19) (略)</p>	<p>(2) (略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(3)～(17) (略)</u></p>

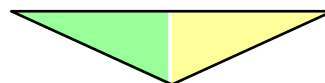


急性期充実体制加算 1

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p><現行の基準>【300床未満の基準】</p> <p>(1)イ及びロからへまでのうち4つ以上</p> <p>イ 全身麻酔手術 2,000件/年以上 (うち、緊急手術350件/年以上) 【許可病床1床あたり6.5件/年以上 (うち、緊急手術1.15件/年以上)】</p> <p>ロ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 【許可病床1床あたり1.0件/年以上】</p> <p>ハ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 【許可病床1床あたり1.0 件/年以上】</p> <p>ニ 心臓カテーテル法による手術 200件/年以上 【許可病床1床あたり0.6件/年以上】</p> <p>ホ 消化管内視鏡による手術 600件/年以上 【許可病床数1床あたり1.5件/年以上】</p> <p>ヘ 化学療法の実施 1,000件/年以上 【許可病床1床あたり3.0件/年以上】</p>	<p>2 急性期充実体制加算 1に関する施設基準</p> <p>(1) 手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち5つ以上を満たしていること。</p> <p>イ 全身麻酔による手術について、●●件/年以上 (うち、緊急手術●●件/年以上)</p> <p>ロ 悪性腫瘍手術について、●●件/年以上</p> <p>ハ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、●●件/年以上</p> <p>ニ 心臓カテーテル法による手術について、●●件/年以上</p> <p>ホ 消化管内視鏡による手術について、●●件/年以上</p> <p>ヘ 化学療法の実施について、●●件/年以上</p> <p>ト 心臓胸部大血管の手術について、●●件/年以上</p> <p>(2) (1) のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。</p> <p>イ 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>・(1)許可病床300床未満医療機関用の基準は廃止</p> <p>・(1)ト：心臓胸部大血管手術の実績を追加 (いずれも2024/3/31時点で届出医療機関は経過措置あり)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・外来化学療法実績の追加 (2024/3/31時点での届出医療機関は経過措置あり)</p> </div>	

急性期充実体制加算 2

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>・2024/3/31時点での届出医療機関は(2)について経過措置あり</p>	<p>3 急性期充実体制加算 2 の施設基準</p> <p>(1) 以下のいずれかを満たし、かつ、2の(1)のイ及び、ロからトまでのうち2つ以上を満たしていること。</p> <p>(イ) 異常分娩の件数について、●●件／年以上</p> <p>(ロ) 6歳未満の乳幼児の手術件数●●件／年以上</p> <p>(2) 2の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</p> <p>ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。</p> <p>イ 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。</p>



急性期充実体制加算（経過措置）

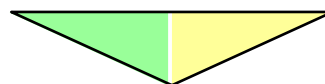
現 行	改 定 案
<p>[経過措置] (新設)</p>	<p>[経過措置] (1) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす。 (2) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす。 (3) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による。</p>

総合入院体制加算

総合入院体制加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【総合入院体制加算】</p> <p>1 総合入院体制加算 1 <u>240点</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 <u>180点</u></p> <p>3 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年<u>800件</u>以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(4)～(16) (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【総合入院体制加算】</p> <p>1 総合入院体制加算 1 <u>●●点</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 <u>●●点</u></p> <p>3 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年<u>●●件</u>以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(4)～(16) (略)</p> <p><u>(17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。</u></p>

・新規に届出の場合は、「特定の薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと」も満たす必要がある



総合入院体制加算

総合入院体制加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算 1 の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。)を満たしていること。</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア～カ (略)</p> <p>3 総合入院体制加算 3 に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算 1 の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。)を満たしていること。</p>	<p>2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算 1 の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る。)を満たしていること。</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年●●件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア～カ (略)</p> <p>3 総合入院体制加算 3 に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算 1 の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)から(17)までに限る。)を満たしていること。</p>

・新規に届出の場合は、「特定の薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと」も満たす必要がある

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

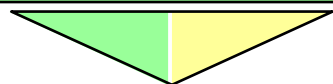
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
 - 「創傷処置」の項目について **重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする**とともに、「**重度褥瘡処置**」に係る診療行為を評価対象から除外する。
 - 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、**重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする**。
 - 「注射薬剤 3 種類以上の管理」の項目について、**初めて該当した日から 7 日間を該当日数の上限とする**とともに、**対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外**する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」について、**対象薬剤から入院での使用割合が 6 割未満の薬剤を除外**する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の内服の管理**」について、**対象薬剤から入院での使用割合が 7 割未満の薬剤を除外**する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」、「**麻薬の使用（注射剤のみ）**」、「**昇圧剤の使用（注射剤のみ）**」、「**抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）**」、「**抗血栓塞栓薬の使用**」及び「**無菌治療室での治療**」の評価について、**2 点から 3 点に変更**する。
 - 「救急搬送後の入院」及び「**緊急に入院を必要とする状態**」について、**評価日数を現在の 5 日間から 2 日間に変更**する。
 - C 項目の対象手術及び評価日数について、**実態を踏まえ見直す**。
 - 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える**。
2. 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、
 - ①「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
 - ②「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
 の両者を満たすことを施設基準とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅰの 割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱの 割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅰの 割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱの 割合
急性期一般入院料 1	3割1分	2割8分	割合①： 2割1分 割合②： 2割8分	割合①： 2割 割合②： 2割7分
急性期一般入院料 2	2割7分	2割4分	2割2分	2割1分
急性期一般入院料 3	2割4分	2割1分	1割9分	1割8分
急性期一般入院料 4	2割	1割7分	1割6分	1割5分
急性期一般入院料 5	1割7分	1割4分	1割2分	1割1分
7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。))	/	2割8分	/	割合①： 2割 割合②： 2割7分
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本 料)	1割	0.8割	0.8割	0.7割
7対1入院基本料 (専門病院入院基本 料)	3割	2割8分	割合①： 2割1分 割合②： 2割8分	割合①： 2割 割合②： 2割7分

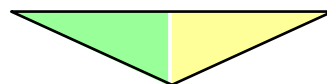


本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

	現 行		改 定 案	
看護必要度加算 1	2割2分	2割	1割8分	1割7分
看護必要度加算 2	2割	1割8分	1割6分	1割5分
看護必要度加算 3	1割8分	1割5分	1割3分	1割2分
総合入院体制加算 1	3割3分	3割	3割3分	3割2分
総合入院体制加算 2	3割3分	3割	3割1分	3割
総合入院体制加算 3	3割	2割7分	2割8分	2割7分
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	0.6割	0.5割
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	0.6割	0.5割
看護補助加算 1	0.5割	0.4割	0.4割	0.3割
地域包括ケア病棟入院料	1割2分	0.8割	1割	0.8割
特定一般病棟入院料の注7	1割2分	0.8割	1割	0.8割



本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 (経過措置)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

[経過措置]

令和6年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、**令和●●年●●月●●日**までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- ・ 急性期一般入院料 1
- ・ 急性期一般入院料 2
- ・ 急性期一般入院料 3
- ・ 急性期一般入院料 4
- ・ 急性期一般入院料 5
- ・ 7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ・ 7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。））
- ・ 7対1入院基本料（専門病院入院基本料）
- ・ 看護必要度加算 1
- ・ 看護必要度加算 2
- ・ 看護必要度加算 3
- ・ 総合入院体制加算 1
- ・ 総合入院体制加算 2
- ・ 総合入院体制加算 3
- ・ 急性期看護補助体制加算
- ・ 看護職員夜間配置加算
- ・ 看護補助加算 1
- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 特定一般病棟入院料の注 7

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

○以下の見直しを行う。

- (1) 「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。
- (2) 「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。
- (3) 「点滴ライン同時3本以上の管理」について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする。
- (4) 該当患者割合の基準について、「A得点3点以上かつB得点4点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。
 - ① A項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。
 - ② A項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

○レセプト電算処理システム用コードを用いた評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）を導入する。

	現 行	改 定 案	
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
ハイケアユニット 入院医療管理料 1	8割	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
ハイケアユニット 入院医療管理料 2	6割	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分

〔経過措置〕

令和6年3月31日においてハイケアユニット入院医療管理料1又はハイケアユニット入院医療管理料2に係る届出を行っている病室については、**令和●●年●●月●●日**までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

血友病治療薬に係る薬剤料

血友病患者の治療の評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 (中略) <u>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合</u> (中略)</p> <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二 (略) 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 (中略) <u>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂(う)回活性複合体の費用</u></p>	<p>[施設基準] 別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 (中略) <u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u></p> <p>※ <u>表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様。</u></p> <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二 (略) 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 (中略) <u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u></p>

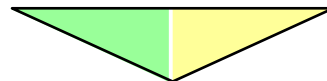
・薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直し

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件]</p> <p>B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>570点</u></p> <p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>620点</u></p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 <u>720点</u></p> <p>注1 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っては、区分番号C 1 0 1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。</p>	<p>【生活習慣病管理料(I)】 [算定要件]</p> <p>B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料(I)</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>●●点</u></p> <p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>●●点</u></p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 <u>●●点</u></p> <p>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（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っては、区分番号C 1 0 1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。</p>

・従来の生活習慣病管理料の要件を見直し名称を生活習慣病管理料 (I) に変更



生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<p>3・4 (略) (新設)</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「A 0 0 0」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>3・4 (略)</p> <p>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。</p> <p>(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、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、歯科医師、薬剤師、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。なお、区分番号「A 0 0 0」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>

・多職種連携による治療管理を「差し支えない」から「望ましい」に変更
(薬剤師が2箇所記載は誤植か?)



生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<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> <p>・電子カルテ情報共有サービス（2025年から運用開始予定）を活用する場合、血液検査項目についての記載は不要</p> <p>(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。</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、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。</p> <p>(3) <u>生活習慣病管理料(I)</u>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「●●」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。</p>

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行

- (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。

(新設)

・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

改 定 案

(削除)

・月1回以上の治療管理要件の廃止

- (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。
- (5) **(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。**

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<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</u>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。</p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) 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、<u>必要に応じて、参考にする。</u> (新設)</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 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。</p> <p>(12)～(14) (略)</p>	<p>(削除)</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) 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。</p> <p>(9) <u>患者の状態に応じ、28日以上</u>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。</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 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。</p> <p>(12)～(14) (略)</p>

・長期処方、リフィル処方箋の推進

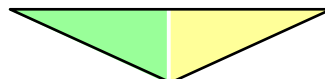
・ガイドライン等を参考とした治療管理を行うことを要件化

・糖尿病患者に歯科受診を推奨することを要件化

生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料の注 4</u>に規定する施設基準 (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>・長期処方、リフィル処方箋の推進</p> <p>・多職種連携による治療管理の推進</p> <p><u>1</u> ~ <u>3</u> (略)</p>	<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料 (I)</u> の施設基準 (1) 生活習慣病管理料 (I) の注 1 に規定する施設基準 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) 生活習慣病管理料 (I) の注 4 に規定する施設基準 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。 □ 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 生活習慣病管理料 (I) の注 1 に規定する施設基準 (1) 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。 (2) 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。</p> <p><u>2</u> ~ <u>4</u> (略)</p>



本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

生活習慣病管理料(Ⅱ)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定案

(新) 生活習慣病管理料(Ⅱ) ●●点

・検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設

[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●●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●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B●●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●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、●●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。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

血糖自己測定指導加算

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定案

(新) 血糖自己測定指導加算 ●●点

・加算の新設

[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●回**に限り所定点数に**●●点**を加算する。

外来データ提出加算

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定案

(新) 外来データ提出加算 ●●点

・加算の新設

[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、**●●点**を所定点数に加算する。

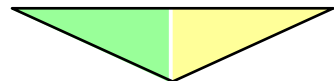
[施設基準]

- (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。

特定疾患処方管理加算（処方料）

特定疾患処方管理加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方料】 [算定要件] 注5 <u>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</u></p> <p>6 <u>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</u></p> <p>7～9 （略）</p>	<p>【処方料】 [算定要件] (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リフィル処方箋、長期処方の活用、医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方日数が28日以内の特定疾患処方管理加算1を廃止</p> </div> <p>5 <u>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>6～8 （略）</p>

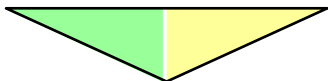


特定疾患処方管理加算（処方箋料）

特定疾患処方管理加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 [算定要件]</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] (削除)</p> <p>・リフィル処方箋、長期処方の活用、医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方日数が28日以内の特定疾患処方管理加算1を廃止</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●●回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p>

・リフィル処方箋の合計処方期間が28日以上の場合も算定可



特定疾患処方管理加算

特定疾患処方管理加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【処方料及び処方箋料】 〔施設基準〕 一の二 処方料及び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 (1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2</u>に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2</u>に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病</p> <p>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 (中略)</p>	<p>【処方料及び処方箋料】 〔施設基準〕 一の二 処方料及び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 (1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病</p> <p>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に規定する疾患 (中略)</p>

地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 1 <u>1,660</u> 点 2 地域包括診療料 2 <u>1,600</u> 点 【認知症地域包括診療料】 1 認知症地域包括診療料 1 <u>1,681</u> 点 2 認知症地域包括診療料 2 <u>1,613</u> 点	【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 1 <u>●●</u> 点 2 地域包括診療料 2 <u>●●</u> 点 【認知症地域包括診療料】 1 認知症地域包括診療料 1 <u>●●</u> 点 2 認知症地域包括診療料 2 <u>●●</u> 点

・要件・基準の変更や処方等に係る評価体系の見直しを踏まえた点数の見直し



地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【地域包括診療料】 〔算定要件〕 (新設)</p> <p>・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、治療計画等の記載事項を入力した場合、治療計画を交付しているものとみなす</p> <p>(4)・(5) (略) (新設)</p> <p>・介護支援専門員（ケアマネジャー）、相談支援員との相談に応じることを追加</p> <p>(新設)</p> <p>・リフィル処方への推進</p> <p>(新設)</p> <p>(6)～(8) (略)</p>	<p>【地域包括診療料】 〔算定要件〕</p> <p>(4) 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、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、文書を交付しているものとみなすものとする。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員及び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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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。</p> <p>(8) 患者の状態に応じ、28日以上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。</p> <p>(9) (7)及び(8)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>(10)～(12) (略)</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料 1 の施設基準 イ・ロ (略) (新設)</p> <p>・ガイドライン等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件に追加</p> <p>ハ 地域包括診療加算の届出を行っていないこと。</p> <p>(2) 地域包括診療料 2 の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師 (以下この区分において「担当医」という。)を配置していること。</p>	<p>[施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料 1 の施設基準 イ・ロ (略) ハ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ニ 地域包括診療加算の届出を行っていないこと。</p> <p>(2) 地域包括診療料 2 の施設基準 (1)のイ、ハ及びニを満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師 (以下この区分において「担当医」という。)を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。</p>

・担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを要件に追加

地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>(3) <u>健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(5) (略)</p> <p>(6) <u>介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。</u> ア～ケ (略) (新設)</p> <p>(7) (略)</p>	<p>(3) <u>次に掲げる事項を院内掲示していること。</u> <u>ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。</u> <u>イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。</u> <u>ウ 患者の状態に応じ、30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。</u></p> <p>(4) <u>(3)のア、イ及びウ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)～(6) (略)</p> <p>(7) <u>介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。</u> <u>ア～ケ (略)</u> <u>コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。</u></p> <p>(8) (略)</p>

地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>・担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は医療機関において介護支援専門員と対面若しくはICT等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加</p> <p>(8) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 地域包括診療料 2 に関する施設基準 1 の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。</p>	<p>(9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。 なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</p> <p>2 地域包括診療料 2 に関する施設基準 1 の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。</p> <p>※ 地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。</p>

- [経過措置] (1) 地域包括診療料等の施設基準については、令和6年3月31日において現に届出を行っている保険医療機関については、**同年●月●日**までの間に限り、なお従前の例による。
- (2) **令和●年●月●日**までの間に限り、1の(4)を満たすものとする。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

感染対策向上加算

感染対策向上加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 (新設)</p> <p>ホ・ハ (略)</p> <p>(2) 感染対策向上加算 2 の施設基準イ～ニ (略) (新設)</p> <p>(3) 感染対策向上加算 3 の施設基準 イ～ニ (略) (新設)</p>	<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 <u>ホ 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。</u> ヘ・ト (略)</p> <p>(2) 感染対策向上加算 2 の施設基準イ～ニ (略) <u>ホ (1)のホを満たしていること。</u></p> <p>(3) 感染対策向上加算 3 の施設基準 イ～ニ (略) <u>ホ (1)のホを満たしていること。</u></p>

・感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から追加

感染対策向上加算 1

感染対策向上加算の見直し

現 行	改 定 案
<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>(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。</p> <p>(中略)</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>(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、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（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 ●●時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。</p>

・感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言も含まれることを明確化

感染対策向上加算 2・3

感染対策向上加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>2 感染対策向上加算 2 の施設基準</p> <p>(14) <u>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p>(新規)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・第一種協定指定医療機関であることに変更（経過措置あり） ・介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うことと院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加 </div> <p>3 感染対策向上加算 3 の施設基準</p> <p>(14) <u>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関であることに変更（経過措置あり） ・介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うことと院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加 </div>	<p>2 感染対策向上加算 2 の施設基準</p> <p>(14) <u>感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p>(18) <u>介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての实地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。</u></p> <p>3 感染対策向上加算 3 の施設基準</p> <p>(14) <u>感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第36条の3第1項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p>(18) <u>介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての实地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。</u></p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

感染対策向上加算

感染対策向上加算の見直し

〔経過措置〕

令和6年3月31日において現に感染対策向上加算1、2又は3の届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、それぞれ1(16)、2(14)又は3(14)の基準を満たしているものとみなす。

特定感染症入院医療管理加算

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

改定案

(新) 特定感染症入院医療管理加算 (1日につき)

- 1 治療室の場合 ●●点
- 2 それ以外の場合 ●●点

・感染症法上の三類、四類、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設

[対象患者]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの(一般病床又は感染症病床に入院する患者に限る。)

・2/7の短冊で削除

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの(一般病床又は感染症病床に入院する患者に限る。)に対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、**1入院に限り7日(当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。)**を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

・2/7の短冊で追加

※ 感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

(三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染対策が特に重要である感染症)

狂犬病、鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)、急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。)、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

2/7追加

二類感染症患者入院診療加算

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

現 行	改 定 案
<p>【特定集中治療室管理料】 注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） 八～チ（略）</p>	<p>【特定集中治療室管理料】 注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、（中略）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <div data-bbox="1087 806 1968 906" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・特定感染症入院医療管理加算の新設に伴う、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲の見直し</p> </div> <p>八～チ（略）</p> <p>※救命救急入院料、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、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についても同様。</p>

特定感染症患者療養環境特別加算

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

現 行	改 定 案
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院している<u>感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者</u>（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、二類感染症患者療養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、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <div data-bbox="105 843 1011 972" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合を評価するために、名称の変更と対象となる感染症の見直し</p> </div> <p>(1) <u>二類感染症患者療養環境特別加算</u>の対象となる者は、<u>感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者</u>であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。</p>	<p>【特定感染症患者療養環境特別加算】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院している患者であって、次に掲げる感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（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、特定感染症患者療養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、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症 ロ 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症 ハ 感染症法第6条第5項に規定する四類感染症 ニ 感染症法第6条第6項に規定する五類感染症 ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症 ヘ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症 <p>(1) 特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、以下の感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

特定感染症患者療養環境特別加算

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

現 行	改 定 案
(新設)	<p>(個室加算の対象となる感染症) <u>狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）</u>、<u>エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）</u>、<u>腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）</u>、<u>麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）</u>、<u>急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）</u>、<u>新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）</u>、<u>薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症</u></p>
(新設)	<p>(陰圧室加算の対象となる感染症) <u>鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）</u>、<u>麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症</u></p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用加算 (感染対策向上加算)

サーベイランス強化加算等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【感染対策向上加算】 [算定要件] 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、<u>5</u>点を更に所定点数に加算する。 (新設)</p>	<p>【感染対策向上加算】 [算定要件] 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。 5 感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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については、抗菌薬適正使用加算として、●●点を更に所定点数に加算する。</p>

・Access抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、サーベイランスへの参加自体に対する評価（サーベイランス強化加算）と抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価（抗菌薬適正使用加算）に分ける

抗菌薬適正使用加算（感染対策向上加算）

サーベイランス強化加算等の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (新設)</p> <p>第21 感染対策向上加算 (新設)</p> <p>7 届出に関する事項 (1)～(4) (略) (新設)</p> <p>(5) (略)</p>	<p>[施設基準] 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (7) 抗菌薬適正使用加算の施設基準 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。</p> <p>第21 感染対策向上加算 7 抗菌薬適正使用加算の施設基準 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近●●か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が●●%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位●●%以内であること。</p> <p>8 届出に関する事項 (1)～(4) (略) (5) 抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式●●を用いること。 (6) (略)</p>

いわゆる同一敷地内薬局に
関する評価の見直し

処方箋料（敷地内医療機関）

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8（略） （新設）</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8（略） 9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数 が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点 数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料A を算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に 処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別 の関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、 それぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。</p>

・1月あたりの処方箋の交付が平均4000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料を減額

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

長期収載品の選定療養

第1 基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

第2 具体的な内容

1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、**後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品**を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
2. 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。
3. 長期収載品は、**準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外**とする。また、**後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は**、上市後5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、**対象外**とする。
4. あわせて、次のような対応を行う。
 - ・ **長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項**を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の**見やすい場所に掲示**しなければならないものとする。
 - ・ 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、**処方箋様式を改正**する。

・院内処方の取扱いは資料作成時点では不明

[施行日等]

令和6年10月1日から施行・適用する。

医薬品取引状況に係る報告
の見直し

医薬品取引状況に係る報告

現 行	改 定 案
<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>[施設基準]</p> <p>一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率(略)及び一律値引き契約(略)に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>	<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>※ 再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>

・「単品単価契約率及び一律値引きに係る状況」から「取引に係る状況」に変更
・「流通改善に係る取組」を報告事項に追加

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

一般名処方加算

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

現 行	改 定 案
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・2023年4月～12月の特例は+2点であった (1 : 9点、2 : 7点)</p> </div> <p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 ・短冊では「地方厚生局長等に届け出た保健医療機関」とはなっていないため、特例と同様に届出は不要と考えられる</p> </div>	<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注7 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 ●●点 ロ 一般名処方加算2 ●●点</p> <p>[施設基準] 第七 投薬 五 医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注7及び歯科点数表区分番号F400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</p> <p>(1) 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] 令和●年●月●日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</p>

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

後発医薬品使用体制加算

現 行	改 定 案
<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>	<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 ●●点</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 ●●点</p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 ●●点</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 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。</p> <p>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。</p> <p>ハ 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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>令和●年●月●日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。</p> <p>※加算 2、3 も同様</p>
<p>・2023年4月～12月の特例は+20点であった (1 : 67点、2 : 62点、3 : 57点)</p>	
<p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 (ハは経過措置あり)</p> <p>・数量シェア基準 (1 : 90%以上、2 : 85%以上 90%未満、3 : 75%以上85%未満) は変更なしか?</p>	

薬剤情報提供料、処方箋料

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

現 行	改 定 案
<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>10点</u></p> <p>【処方箋料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、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 <u>28点</u> 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 <u>40点</u> 1及び2以外の場合 <u>68点</u> 	<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 ●●点</p> <p>【処方箋料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、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 ●●点 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 ●●点 1及び2以外の場合 ●●点

・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や一般名処方加算等の見直しに伴う点数の見直し

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

湿布薬

現 行	改 定 案
<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に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 <通則></p> <p>10「通則5」の湿布薬とは、<u>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。）</u>をいう。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・用語の見直しと2023年4月5日の疑義解釈の内容（「各種がんにおける鎮痛」目的は対象外）を追加</p> </div> <p>F400 処方箋料</p> <p>(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。</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に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 <通則></p> <p>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。</p> <p>F400 処方箋料</p> <p>(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。</p>

バイオ後続品使用体制加算

改定案

(新) バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) ●●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

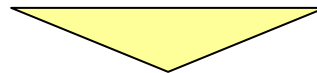
[算定要件]

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●●回を超えること。

- ・入院医療においてバイオ後続品を使用している医療機関において、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
- ・直近1年間の最低使用回数の設定（後発医薬品でいうところのカットオフ値代わりか？）



バイオ後続品使用体制加算

改定案

(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 **●●%以上** であること。ただし、当該成分の規格単位数量が **●●未滿** 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 **●●%以上** であること。ただし、当該成分の規格単位数量が **●●未滿** 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。

〔施設基準〕

令和●年●月●日までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。

バイオ後続品導入初期加算

現 行	改 定 案
<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則</p> <p>7 前号に規定する場合であって、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。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 注7 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。</p>	<p>【第6部 注射】 [算定要件] 通則</p> <p>・外来で注射のバイオ後続品を使用する全ての患者に対象拡大</p> <p>7 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。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 (削除)</p> <p>・上記の見直しに伴い廃止</p>

薬剤の容器

現 行	改 定 案
<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> 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)</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・衛生上の理由等で容器が再利用されていない現状を踏まえた見直し</p> </div> <p>(2)～(5) (略)</p>

(病棟薬剤業務実施加算)

- 中医協総会で議論されていた病棟薬剤業務実施加算については、短冊に記載されませんでした



薬剤師の皆様に見て頂きたい

Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録
不要

「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」
2つのコンテンツをセットで閲覧することで
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



202300001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 メールマガジンの受信

会員特典2 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>