

# 令和2年度 診療報酬改定

かかりつけ医の届出緩和とオンライン診療について

2020年3月5日（木）  
(株)メディカルホールディングス

# 2020改定の背景にある環境変化

地域医療構想の  
着実な推進

医師・その他従業者の  
働き方改革

医師の偏在対策

三位一体改革

薬機器法改正

薬局と薬剤師の在り方改革

薬価制度改革と  
毎年薬価改定

保健医療分野に  
おけるSociety5.0

# 令和2年度報酬改定

診療報酬本体 **0.55%増** (国費600億円)

**うち0.08%**

救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応

**本体0.47%増 + 働き方改革0.08%**

## 本体0.47%増の内訳

- ・ 医科 0.53%増
- ・ 歯科 0.59%増
- ・ 調剤 0.16%増

医科 : 歯科 : 調剤  
= 1 : 1.1 : 0.3

- ・ 薬価引下げ 0.98%減
- ・ 診療材料引下げ 0.02%減

これらを反映させると 改定全体は、**0.46%減**

# 令和2年の診療報酬改定

1

医療従事者の負担軽減、  
医師等の働き方改革の  
推進【重点課題】

2

患者・国民にとって身近  
であって、安心・安全で  
質の高い医療の実現

3

医療機能の分化・強化  
と地域包括ケアシステム  
の推進

4

効率化・適正化を通じた  
制度の安定性・持続可  
能性の向上

# 初再診料の改定ポイント

機能強化加算の施設基準の見直し “院内掲示物”の追加

地域包括診療加算の届出の緩和 “時間外対応加算3”

オンライン診療料の算定要件緩和と“慢性頭痛”等の疾患追加

有床診療所入院基本料の手厚い人員配置の評価

## 機能強化加算の見直し

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関において、機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
A000	初診料 機能強化加算		変更なし

## 【 主な 施設基準 】

- 診療所又は許可病床200床未満の病院。
- 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在支診又は在支病に限る）、施設入居時等医学総合管理料（同）のいずれかの届出。
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するなどの取組を行っていること。
- 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であること、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

## 地域包括診療加算の見直し

外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算について要件を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
A001	再診料 イ 地域包括診療加算 1 ロ 地域包括診療加算 2		変更なし

## 【 主な 施設基準 】

## ● 地域包括診療加算 1 に関する施設基準

(1)から(9)までの基準を全て満たしていること。

(8) 以下のいずれか 1 つを満たしていること。

ア 時間外対応加算 1、2 **又は 3** の届出を行っていること。

イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。

ウ 在宅療養支援診療所であること。

時間外対応加算	点数	診療所において、夜間・休日の問い合わせや診療に対応する体制を評価
時間外対応加算1	5点	自院単独で常時対応できる体制
時間外対応加算2	3点	自院単独で対応できる体制
時間外対応加算3	1点	自院又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制

# 地域包括診療加算の見直し

項目	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準	在宅医療の提供
地域包括診療加算1 25点	下記2疾患 以上  ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	担当医を決め、 (同意書有り) (年4回診療で同 意書不要)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所のみ</li> <li>・医師の研修受講</li> </ul>	24時間の往診等の体制（在宅療養支援診療所以外は、連携医療機関の協力も含む。）  ア 訪問診療を提供した患者のうち、外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が ・在宅療養支援診療所の場合10人以上 ・診療所の場合3人以上
認知症 地域包括診療加算1 35点	認知症 + 1疾患以上		<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養上の指導</li> <li>・他医療機関での受診状況の把握</li> <li>・服薬管理 (看護師対応可) (薬局文書可)</li> </ul>		
地域包括診療加算2 18点	下記2疾患 以上  ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康管理</li> <li>・介護保険に係る対応</li> <li>・在宅医療の提供</li> <li>・24時間対応 (明確化・緩和)</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援診療所</li> </ul>	24時間の連絡体制
認知症 地域包括診療加算 28点	認知症 + 1疾患以上		等を実施		



## 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
A003	オンライン診療料	変更なし	

## 【 主な 算定要件 】

- オンライン診療料が算定可能な患者は、別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から6月3月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。また、患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと。
- 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。
- 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。

【 主な 施設基準 】

1. オンライン診療料の施設基準

~~日 当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。~~

二 当該保険医療機関内に慢性頭痛のオンライン診療に係る研修を受けた医師が1名以上配置されていること（2のハに規定する患者に対してオンライン診療を行う場合に限る。）。

2. 厚生労働大臣が定めるもの

次のいずれかに該当する患者

イ 次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月三月を経過しているもの。

ロ 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者であって、糖尿病、肝疾患（経過が慢性のものに限る）又は慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用しているもののうち、当該管理料を初めて算定した月から三月以上経過しているもの。

ハ 事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者のうち、当該疾患に対する対面診療を初めて行った月から三月以上経過しているもの。

対象患者	①特定疾患療養管理料	⑥地域包括診療料
	②小児科療養指導料	⑦認知症地域包括診療料
	③てんかん指導料	⑧生活習慣病管理料
	④難病外来指導管理料	⑨在宅時医学総合管理料
	⑤糖尿病透析予防指導管理料	⑩精神科在宅患者支援管理料

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

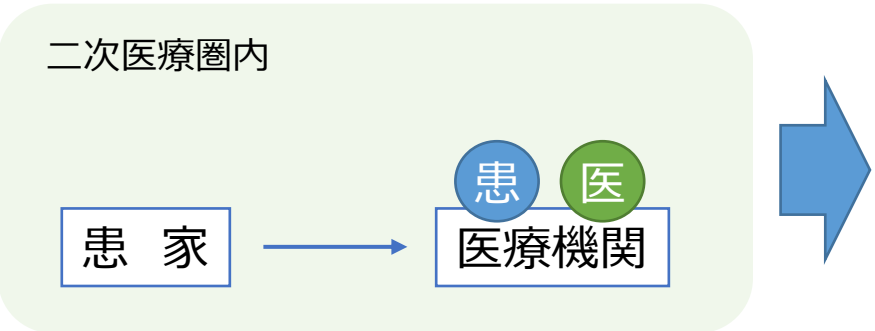
へき地、医療資源が少ない地域において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、算定可能となるよう見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
A003	オンライン診療料		変更なし

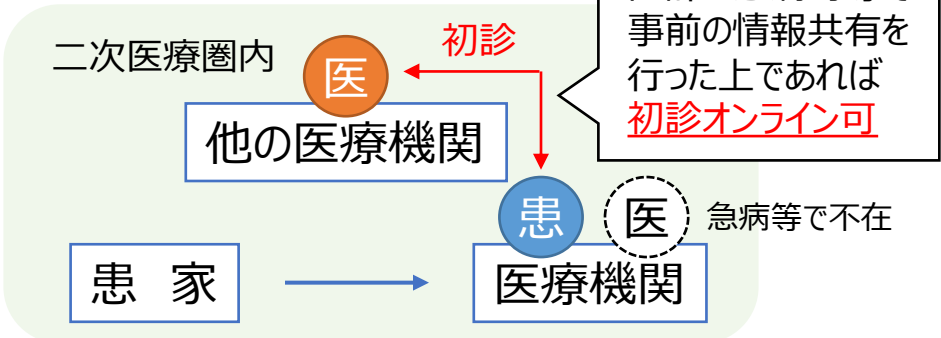
【 主な 算定要件 】

- 無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行った場合については、オンライン診療料を算定できる（事前の診療情報の提供について、診療情報提供料（I）は別に算定できない）。
- やむを得ない事情とは、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合は、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。

へき地における診療（例）



想定されるオンライン診療



## 有床診療所入院基本料等の見直し

病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
A108	有床診療所入院基本料		
	有床診療所一般病床初期加算	100	<u>150</u>
	(医師配置等) イ 医師配置加算 1 (1日につき)	88	<u>120</u>
	□ 医師配置加算 2 (1日につき)	60	<u>90</u>
	(看護配置等) イ 看護配置加算 1 (1日につき)	40	<u>60</u>
	□ 看護配置加算 2 (1日につき)	20	<u>35</u>
	ハ 夜間看護配置加算 1 (1日につき)	85	<u>100</u>
	ニ 夜間看護配置加算 2 (1日につき)	35	<u>50</u>
	ホ 看護補助配置加算 1 (1日につき)	10	<u>25</u>
ヘ 看護補助配置加算 2 (1日につき)	5	<u>15</u>	
A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算	150	<u>250</u>

## 【 主な 算定要件 】

## 【有床診療所一般病床初期加算】

- 急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日~~7日~~14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

# 医学管理料の改定ポイント

オンライン医学管理料は特定疾患療養管理料へ

小児科外来診療料の対象年齢の拡大

小児かかりつけ診療料の対象年齢の拡大

生活習慣病管理料 糖尿病患者における眼科医との連携

ニコチン依存症管理料 電子たばこ&オンライン診療への対応

“婦人科特定疾患治療管理料”の新設

# 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
B000	<del>オンライン医学管理料</del> <u>特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）</u>	100	<u>100</u>

## 【 主な 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、オンライン診療時に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を行った場合は、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。
- 対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- 点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

## 【 施設基準 】

- オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料及び在宅自己注射指導管理料についても同様。

# 小児科外来診療料の見直し

区分	点数名	改定前	改定後
B001-2	小児科外来診療料 1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 小児抗菌薬適正使用支援加算 ロ 再診時 2 1以外の場合 イ 初診時 小児抗菌薬適正使用支援加算 ロ 再診時	<div style="background-color: #add8e6; padding: 5px; border: 1px solid #000; display: inline-block;">変更なし</div>	

改定前  
3歳

## 【 主な 算定要件 】

- 小児科を標榜(ぼう)する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。
- 院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。
- 1のイ又は2のイについて、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において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月に1回に限り80点を所定点数に加算する

※ 小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、「必要」に変更

小児かかりつけ診療料の見直し

区分	点数名	改定前	改定後
<p>B001-2 -11</p>	<p>小児かかりつけ診療料                      1 処方箋を交付する場合                          イ 初診時                              小児抗菌薬適正使用支援加算                          □ 再診時                      2 1 以外の場合                          イ 初診時                              小児抗菌薬適正使用支援加算                          □ 再診時</p>	<p>変更なし</p>	

改定前  
3歳

【 主な 算定要件 】

- 未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。
- 院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。
- 1のイ又は2のイについて、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において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月に1回に限り80点を所定点数に加算する。



生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
B001-3	生活習慣病管理料 1 処方箋を交付する場合 イ 脂質異常症を主病とする場合 ロ 高血圧症を主病とする場合 ハ 糖尿病を主病とする場合 2 1以外の場合 イ 脂質異常症を主病とする場合 ロ 高血圧症を主病とする場合 ハ 糖尿病を主病とする場合	変更なし	

【 主な 算定要件 】

- 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。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

## ニコチン依存症管理料の見直し

ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者を対象とし、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療も評価する。併せて、一連の治療について評価を新設する。

区分	点数名	改定前	改定後
B001-3 -2	1 ニコチン依存症管理料 1		
	イ 初回	230	230
	ロ 2回目から4回目まで	184	
	(1) 対面で診察を行った場合		184
	(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	新設	<u>155</u>
ハ 5回目	180	180	
	2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき)	新設	<u>800</u>

## 【 主な 算定要件 】

- 1のロの(2)を算定する場合は、再診料、外来診療料、オンライン診療料、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。
- ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。
- 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。
- 情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

## ニコチン依存症管理料の見直し

## 【 主な 算定要件 】

- 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。
- 情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、処方料又は処方箋料を別に算定できる。
- 情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。
- 情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- ニコチン依存症管理料 2 を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- ニコチン依存症管理料 2 を算定した患者について、2 回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。
- ニコチン依存症管理料 2 を算定する場合においても、2 回目から 4 回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。

## 【 主な 施設基準 】

- ニコチン依存症管理料 1 の口の(2)の施設基準  
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。

# 婦人科特定疾患に対する医学管理の評価

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

区分	点数名	改定前	改定後
B001 30	婦人科特定疾患治療管理料	新設	250

## 【 算定要件 】

1. 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
2. 初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
3. 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。
4. 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
5. 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

【 施設基準 】

1. 当該保険医療機関に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
2. 1に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあつては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
  - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
  - イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
3. 当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

※月経困難症

機能性月経困難症	子宮をはじめとする骨盤腔内臓器に疼痛の原因となる器質的病変が認められない月経困難症
器質性月経困難症	子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮腺筋症 等

# 在宅・投薬・処置の改定ポイント

オンライン在宅管理料の算定要件緩和

在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品の使用促進

血糖自己測定器加算 間欠スキャン式測定器での評価新設

調剤料・一般名処方加算・調剤技術基本料の評価拡大

人工腎臓 HIF-PHD阻害薬を院外処方する際の点数設定

オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料については期間に係る要件、オンライン在宅管理料については月2回以上の訪問診療、複数医師によるチーム診療に係る要件を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
C002	在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料	変更なし	

【 主な 算定要件 】

- 在宅時医学総合管理料のオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。
- ア オンライン在宅管理料は、(略) ~~月1回~~月1回以上~~の~~訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。(略)
- ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から~~6月~~3月以上経過し、かつ~~当該管理料を初めて算定した月から6月~~直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。
- カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について診療計画に記載し、当該複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

【 主な 施設基準 】

- 厚生労働大臣が定める患者  
在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から~~6月~~3月を経過しているもの。 ※精神科オンライン在宅管理料についても同様。

## 在宅自己注射指導管理料の加算の新設

バイオ後発品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う

区分	点数名	改定前	改定後
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合 2 1以外の場合 イ 月27回以下の場合 ロ 月28回以上の場合 導入初期加算(3月を限度) <u>バイオ後続品導入初期加算 (3月を限度)</u>	580 新設	変更なし 580 <u>150</u>

## 【 主な 算定要件 】

- 患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、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処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。



## 【参考】別表第九 在宅自己注射指導管理料に規定する注射薬

## 【 対象となる薬剤 】

別表第九 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤

性腺刺激ホルモン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

ソマトスタチンアナログ

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體

グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト

ヒトソマトメジンC製剤

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

エタネルセプト製剤

ペグビソマント製剤

スマトリプタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸

塩配合剤

アダリムマブ製剤

テリパラチド製剤

アドレナリン製剤

ヘパリンカルシウム製剤

アポモルヒネ塩酸塩製剤

セルトリズマブペゴル製剤

トシリズマブ製剤

メトレプレチン製剤

アバタセプト製剤

pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

アスホターゼ アルファ製剤

グラチラマー酢酸塩製剤

セクキヌマブ製剤

エボロクマブ製剤

ブロダルマブ製剤

アリロクマブ製剤

ベリムマブ製剤

イキセキズマブ製剤

ゴリムマブ製剤

エミズマブ製剤

イカチバント製剤

サリルマブ製剤

デュピルマブ製剤

赤字の製剤が  
BS変更可

血糖管理の充実的な取組み評価

血糖自己測定器加算について、月90回以上及び月120回以上測定する場合の対象患者に、臍全摘後の患者を追加。あわせて間欠スキャン式持続血糖測定器の加算が新設。

区分	点数名	改定前	改定後
C150	血糖自己測定器加算		
	5 月90回以上測定する場合	1,170	1,170
	6 月120回以上測定する場合	1,490	1,490
	<u>7 間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの</u>	新設	<u>1,250</u>

【 主な 算定要件 】

- 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対し、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
  - イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は臍全摘後の患者に限る。）
  - ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
  - ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）
- 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間欠スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

## 調剤料・処方箋料・調剤技術基本料の見直し

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

区分	点数名	改定前	改定後
F000	調剤料		
	1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） □ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき）	9 6	<u>11</u> <u>8</u>
	2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき）	7	<u>7</u>
F400	処方箋料		
	イ 一般名処方加算1 □ 一般名処方加算2	6 4	<u>7</u> <u>5</u>
F500	調剤技術基本料		
	1 入院中の患者に投薬を行った場合 2 その他の患者に投薬を行った場合	42 8	<u>42</u> <u>14</u>

人工腎臓の見直し

人工腎臓におけるHIF-PHD阻害薬の使用において、有効性及び使用方法等を踏まえ「院内処方」と「院外処方」の分けて評価体系を新たに設ける。

区分	点数名	改定前	点数名	改定後
J038	人工腎臓		人工腎臓	
	<b>1 慢性維持透析を行った場合1</b>		<b>1 慢性維持透析を行った場合1</b> (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	
	イ 4時間未満の場合	1980	イ 4時間未満の場合	<u>1924</u>
	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2140	ロ 4時間以上5時間未満の場合	<u>2084</u>
	ハ 5時間以上の場合	2275	ハ 5時間以上の場合	<u>2219</u>
	(新設)		ニ 4時間未満の場合(イを除く)	<u>1798</u>
	(新設)		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く)	<u>1958</u>
	(新設)		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く)	<u>2093</u>
	<b>2 慢性維持透析を行った場合2</b>		<b>2 慢性維持透析を行った場合2</b> (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)	
	イ 4時間未満の場合	1940	イ 4時間未満の場合	<u>1884</u>
	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2100	ロ 4時間以上5時間未満の場合	<u>2044</u>
	ハ 5時間以上の場合	2230	ハ 5時間以上の場合	<u>2174</u>
	(新設)		ニ 4時間未満の場合(イを除く)	<u>1758</u>
	(新設)		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く)	<u>1918</u>
	(新設)		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く)	<u>2048</u>
<b>3 慢性維持透析を行った場合3</b>		<b>3 慢性維持透析を行った場合3</b> (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)		
イ 4時間未満の場合	1900	イ 4時間未満の場合	<u>1844</u>	
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2055	ロ 4時間以上5時間未満の場合	<u>1999</u>	
ハ 5時間以上の場合	2185	ハ 5時間以上の場合	<u>2129</u>	
(新設)		ニ 4時間未満の場合(イを除く)	<u>1718</u>	
(新設)		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く)	<u>1873</u>	
(新設)		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く)	<u>2003</u>	

人工腎臓におけるHIF-PHD阻害薬の使用において、有効性及び使用方法等を踏まえ「院内処方」と「院外処方」の分けて評価体系を新たに設ける。

### 【 記載上の注意 】

注6 1 から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める（注射薬）薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。

注14(新設) 1 から3までの場合であつて、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。

### 【 主な 算定要件 】

(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）であつて、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

「1」から「3」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

人工腎臓におけるHIF-PHD阻害薬の使用において、有効性及び使用方法等を踏まえ「院内処方」と「院外処方」の分けて評価体系を新たに設ける。

## 【 主な 施設基準 】

### 第11 処置

#### 2-2 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

##### (2) 人工腎臓に規定する薬剤

別表第十の三に掲げる (注射薬) 薬剤

別表第十の三 人工腎臓に規定する (注射薬) 薬剤

エリスロポエチン

ダルベポエチン

HIF-PHD阻害剤 (院内処方されたものに限る。)

- 「慢性維持透析を行った場合 1」 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。
  - イ 透析用監視装置の台数が 26台未満の保険医療機関であること。
  - ロ 透析用監視装置の台数に対するJ 038人工腎臓を算定した患者数が 3.5未満であること。
- 「慢性維持透析を行った場合 2」 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。
  - イ 透析用監視装置の台数が 26台以上の保険医療機関であること。
  - ロ 透析用監視装置の台数に対するJ 038人工腎臓を算定した患者数が 3.5以上4.0未満であること。
- 「慢性維持透析を行った場合 3」 慢性維持透析を行った場合 1 又は慢性維持透析を行った場合 2 のいずれにも該当しない保険医療機関であること。