

③ 外来栄養食事指導

(情報通信機器の活用)の見直し

第1 基本的な考え方

栄養食事指導の効果を高めるため、外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を活用して実施した場合の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 <u>200点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降</p> <p>(1) 対面で行った場合 <u>200点</u></p> <p>(2) 情報通信機器を使用する場合 <u>180点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>2 ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p>

① 地域包括診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

地域包括診療加算の施設基準における時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【再診料（地域包括診療加算）】</p> <p>注12 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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 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 <u>又は</u> 2 の届出を行っていること。</p>	<p>【再診料（地域包括診療加算）】</p> <p>注12 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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 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、<u>2</u> <u>又は</u> <u>3</u>の届出を行っていること。</p>

<p>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。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>	<p>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。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>
--	--

① 機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該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。

第2 具体的な内容

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
 - ・ 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
 - ・ 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できること。
2. また、院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
 - ・ 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
 - ・ 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

現 行	改定案
<p>【初診料（機能強化加算）】 注12 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (2) 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<u>掲示している</u>こと。</p>	<p>【初診料（機能強化加算）】 注12 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (2) 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<u>掲示するなどの取組を行っている</u>こと。</p>

<p>(3) 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を、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(3) 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、<u>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を、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p><u>また、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。</u></p> <p>(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、<u>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。</u>また、<u>患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。</u></p>
---	--

② 診療情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料（Ⅲ） 150点

[対象患者]

- (1) 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
- (3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関に紹介された患者

[算定要件]

- (1) 別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につ

き3月に1回に限り算定する。

- (2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 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。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

第1 基本的な考え方

通院への制約等の理由により保険医療機関の変更や血液透析への変更が必要となる患者もいることから、腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

腹膜透析を実施した患者について、他施設において血液透析を実施した場合、自施設にて診療報酬明細書の摘要欄に必要性等を記載した場合に限り在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定できるようにし、他施設では、診療報酬明細書の摘要欄に在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している医療機関名を記載した場合に限り、人工腎臓を算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p>[算定要件] (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。</p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p>[算定要件] (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、<u>当該管理料を算定している患者に対して、患者の希望する他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要</u></p>

<p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。</p>	<p>欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。</p> <p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。なお、他の医療機関において区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。</p>
---	---

① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。

現 行	改定案
【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>糖尿病の患者については、患者の 状態に応じて、年1回程度眼科の医 師の診察を受けるよう指導を行うこ と。</u>

2. 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。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

第1 基本的な考え方

移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を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

1. 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現 行	改定案								
<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ</u> 導入期加算 1</td> <td style="text-align: right;">300点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ</u> 導入期加算 2</td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	<u>イ</u> 導入期加算 1	300点	<u>ロ</u> 導入期加算 2	400点	<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ</u> 導入期加算 1</td> <td style="text-align: right;">200点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ</u> 導入期加算 2</td> <td style="text-align: right;">500点</td> </tr> </table>	<u>イ</u> 導入期加算 1	200点	<u>ロ</u> 導入期加算 2	500点
<u>イ</u> 導入期加算 1	300点								
<u>ロ</u> 導入期加算 2	400点								
<u>イ</u> 導入期加算 1	200点								
<u>ロ</u> 導入期加算 2	500点								
<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>300点又は400点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>	<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>200点又は500点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>								

<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>過去2年で1人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>前年度に3人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] 3 「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、<u>臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。</u></p>
--	---

2. 腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。
- (2) 1回の指導を30分以上行った場合に算定する。
- (3) 腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR (mL/分/1.73m²) がいずれも30未満の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- (4) 当該管理料の算定に当たっては、(3)の要件を満たす慢性腎臓

病者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。

- (5) 当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容等の要点を診療録に記載する。
- (7) 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
- (8) 本管理料を算定する場合にあつては、(3)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア (3)のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の①から③のうちいずれかに該当するもの。
 - ① 25ml/min/1.73m²以上、30ml/min/1.73m²未満
 - ② 15ml/min/1.73m²以上、25ml/min/1.73m²未満
 - ③ 15ml/min/1.73m²未満
 - イ (3)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。

[施設基準]

- (1) 腎代替療法指導管理料の施設基準
 - ・ 以下の全てを満たしていること。
 - ア 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
 - イ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - ・ 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師

- イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
- ・ 腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的実施すること。

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

第1 基本的な考え方

がんの化学療法は、外来での治療が主流となってきたが、副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し、がん治療の継続に大きな影響を与えるため、個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる。

しかし、外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p><u>2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月</u></p>

<p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p>	<p><u>2回以上の指導をした場合に限り、2回目に口の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 <u>イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>ロ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。</u></p>
--	---

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第1 基本的な考え方

希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

(新) 遠隔連携診療料 500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
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体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者
 - イ てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
 - ロ 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）
 - イ 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体制を有する保険医療機関であること。
 - ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

④ 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅酸素療法指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) <u>緊急時の対応を行うにつき必要</u></p>	<p>【在宅酸素療養指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(<u>削除</u>)</p>

な体制が整備されていること。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

[算定要件]

注2 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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

[施設基準]

(2) 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。

【在宅持続陽圧呼吸療養指導管理料】

[算定要件]

注2 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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた判断の内容について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

[施設基準]

(削除)

⑤ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合
43点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。
- (2) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保

険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

- (7) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。
- (10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第1号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。
 - ア (3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
 - イ (5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。
 - ウ (6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）

2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料
57点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号0002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (7) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
- (8) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (9) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
- (10) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医

薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(11) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

[施設基準]

(1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

⑧ 栄養食事指導の見直し

第1 基本的な考え方

外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱いを含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、当該保険医療機関以外（他の保険医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 (新設)</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降 200点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 <u>ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>2</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>3</u> <u>1</u>及び<u>2</u>以外の場合 440点 (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</u></p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料1</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 440点</p> <p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料2</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 510点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>1</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>2</u> <u>2</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、か</p>
--	---

<p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p><u>つ</u>、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>3</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
--	---

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

第1 基本的な考え方

電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

電話等による再診の際に、治療上の必要性から、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して認められる医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料（I）を算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。</p>	<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。<u>ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、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して認められる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書で提供した場合は、B009診療情報提供料（I）を算定できる。</u> <u>（イ）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）</u> <u>（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所</u></p>

	<p>(ハ) 「<u>救急医療対策の整備事業について</u>」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</p>
--	---

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF-PHD阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、HIF-PHD阻害薬の使用を含め評価を見直す。

第2 具体的な内容

現行、HIF-PHD阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方で算定することとされているが、院外処方にも対応するため、HIF-PHD阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,980点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,140点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,275点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,940点</u></p>	<p>【人工腎臓】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,924点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,084点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,219点</u></p> <p>ニ 4時間未満の場合 <u>(イを除く。)</u> <u>1,798点</u></p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(ロを除く。)</u> <u>1,958点</u></p> <p>ヘ 5時間以上の場合 <u>(ハを除く。)</u> <u>2,093点</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,884点</u></p>

<p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,230点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>□ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,044点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,174点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合(口を除く。) 1,918点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点</p>
<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合 1,900点</p> <p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,185点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,844点</p> <p>□ 4時間以上5時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,999点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,129点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合(口を除く。) 1,873点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>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の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p>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薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注14 1から3までの場合であつて、<u>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。</u></p>
<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>	<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>

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及びダルベポエチン製剤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及びダルベポエチン製剤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。）であって、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。

[施設基準]

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。

[施設基準]

<p>第十一 処置</p> <p> 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p>	<p>第十一 処置</p> <p> 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p> <p> <u>H I F - P H D 阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u></p>
---	---

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

第1 基本的な考え方

他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現 行	改定案
【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>静脈転位を伴うもの</u> 21,300点 2 その他のもの 7,760点 外シャント血栓除去術 1,680点 内シャント又は外シャント設置術 18,080点	【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>内シャント造設術</u> イ <u>単純なもの</u> 12,080点 ロ <u>静脈転位を伴うもの</u> 15,300点 2 その他のもの 7,760点 (削除) (削除)

2. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから3ヶ月以内に実施した場合であっても、2回目の算定を可能とする。

現 行	改定案
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】

<p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] 3ヶ月に1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術</p> <p>1 初回 12,000点</p> <p>2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。また、「2」については、「1」の実施後3月以内に実施する場合に、1回に限り算定する。</p> <p>(2) 「1」を算定してから3ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</p> <p>ア 透析シャント閉塞の場合</p> <p>イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。)</p> <p>(3) 「2」については、「1」の前回算定日(他の保険医療機関での算定を含む。)を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</p>
---	---

⑫ 持続緩徐式血液濾過の評価の見直し

第1 基本的な考え方

腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

第2 具体的な内容

持続緩徐式血液濾過について、腎不全以外の患者（重症急性膵炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。））に実施する場合は、持続緩徐式血液濾過を実施する医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを実施の要件に追加する。

⑬ 吸着式血液浄化法の評価の見直し

第1 基本的な考え方

吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン2016、標準治療と比較して死亡率の改善は認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

吸着式血液浄化法は、グラム陰性桿菌感染症による敗血症性ショックにおいてエンドトキシンの吸着を行うことを治療目的としているという観点から、敗血症性ショックの診断基準を満たすことや細菌培養同定検査においてグラム陰性桿菌の感染が確認されていること等を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを算定要件に追加する。