

① 薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。
2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定について、当該割合の基準を拡大する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) <u>18点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) <u>22点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) <u>26点</u></p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) ●点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) ●点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) ●点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>

<p>数量の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p>	<p>数量の割合が●割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p>
---	---

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和●年●月●日までの間はなお従前の例による。

② 医療機関における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

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 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあっては60%以上70%未満であること。</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 (85%以上) <u>●点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>●点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>●点</u></p> <p>4 <u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満であること。</p>

2. 一般名処方加算の見直し

「Ⅳ－6－③」を参照のこと。

③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

第1 基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>注4 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、●点を所定点数に加算する。</u></p>

① 費用対効果評価制度の活用

第1 基本的な考え方

近年、革新的であるが非常に高額な医薬品や医療機器が登場しており、我が国の医療保険財政への影響が懸念され、医療の質の向上や、医療のイノベーションを適切に評価する制度の運用を平成30年4月より開始した。現在、6品目について評価の検討を行っており、今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

第2 具体的な内容

市場規模が大きい又は著しく単価が高い医薬品及び医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。薬価・材料価格制度の補完として、評価の結果は、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で、価格の調整に用いる。

また、人材の育成をはじめとした費用対効果評価に係る組織体制の強化や、制度における課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続する。

【IV－4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）－①】

① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「Ⅲ－1」を参照のこと。

【IV－5 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）－①】

① 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

「II－4」及び「III－2」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
－①】

① 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

「II－1－③」を参照のこと。

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

第1 基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現 行	改定案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） ●点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の</p>

<p><u>薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>処方</u>を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>2 <u>薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p>ロ <u>1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
---	---

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 ●点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、●点を所定点数に加算する。

③ 調剤料等の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>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） <u>9点</u></p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） <u>6点</u></p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） <u>7点</u></p> <p>【処方箋料】</p> <p>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>6点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>4点</u></p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 <u>42点</u></p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 <u>8点</u></p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>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） ●点</p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） ●点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） ●点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>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 ●点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 ●点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 ●点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 ●点</p>

【IV－6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
－④】

④ 薬局における後発医薬品の使用促進

「IV－1－①」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
－⑤】

⑤ 医療機関における後発医薬品の使用促進

「IV－1－②」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
－⑥】

⑥ バイオ後続品に係る情報提供の評価

「IV－1－③」を参照のこと。

① 高度な医療機器の効率的な利用の推進

第1 基本的な考え方

ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

第2 具体的な内容

ポジトロン断層撮影を目的に、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

現 行	改定案
<p>【第2部入院料等】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器</p>	<p>【第2部入院料等】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、<u>区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コ</u></p>

による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。

コンピューター断層複合撮影、
「区分番号「E101-4」ポ
ジトロン断層・磁気共鳴コンピ
ューター断層複合撮影、区分番
号「E101-5」乳房用ポジ
トロン断層撮影、区分番号「M
001」体外照射の3の強度変
調放射線治療（IMRT）、区分
番号「M001-2」ガンマナ
イフによる定位放射線治療、区
分番号「M001-3」直線加
速器による放射線治療の1の定
位放射線治療の場合又は区分番
号「M001-4」粒子線治療
に係る費用を算定する場合は、
出来高入院料は当該出来高入院
料の基本点数の5%を控除した
点数により算定すること。

※ イ、ウ、特定入院料等について
も同様。

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る 新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

第1 基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

第2 具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その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求める。

現 行	改定案
<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>	<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（<u>頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。</u>）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。<u>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の●、100分の●又は100分の●に相当する点数を加算する。</u></p>

<p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件] <u>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u></p> <p><u>ア GCS≤14</u></p> <p><u>イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候</u></p> <p><u>ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）</u></p> <p><u>エ 受診後の症状所見の悪化</u></p> <p><u>オ 親の希望</u></p> <p><u>カ その他</u></p>
-------------------------------	--

③ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 ●点</p> <p>ロ 下肢血管 ●点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(9) 「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化器）</p> <p>イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）</p> <p>ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）</p> <p>エ 血管領域（大動脈・大静脈等）</p> <p>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</p> <p>カ その他</p>

④ 超音波検査の評価（要件）の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(3) 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。</u></p>

⑤ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の 評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>200点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>●点</u>を所定点数に加算する。</p>

⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、訪問診療時の超音波検査について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査に訪問診療時に行った場合●点（1月につき）を新設する。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 訪問診療時に行った場合 ●点</p> <p>ロ その他の場合</p> <p>(1) 胸腹部 ●点</p> <p>(2) 下肢血管 ●点</p> <p>(3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>(17) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（I）又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（II）を算定した日と同一日に、患者等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。</u></p>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。
2. 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。

現 行	改定案
【悪性腫瘍遺伝子検査】	【悪性腫瘍遺伝子検査】
イ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</u> 2,500点	イ <u>処理が容易なもの</u>
	i <u>医薬品の適応判定の補助等に用いるもの</u> ●点
	ii <u>その他のもの</u> ●点
ロ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法以外）</u> 2,100点	ロ <u>処理が複雑なもの</u> ●点
ハ <u>K-ras遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ニ <u>EWS-Fli1遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ホ <u>TLS-CHOP遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヘ <u>SYT-SSX遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ト <u>c-kit遺伝子検査</u> 2,500点	(削除)
チ <u>マイクロサテライト不安定性検査</u> 2,100点	(削除)
リ <u>センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヌ <u>BRAF遺伝子検査</u> 6,520点	(削除)

ル RAS遺伝子検査 2,500点
 ヲ ROS1融合遺伝子検査 2,500点

[算定要件]

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 4,000点
 ロ 3項目以上 6,000点

(新設)

(新設)

[算定要件]

(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法、シーケンサーシステム等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り

(削除)

(削除)

[算定要件]

注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してイを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 ●点
 ロ 3項目 ●点
 ハ 4項目以上 ●点

注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してロを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する。

イ 2項目 ●点
 ロ 3項目以上 ●点

[算定要件]

(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。

<p>り算定できる。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p><u>カ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>キ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、RAS遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) 「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</p> <p>なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査、大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査</u></p>
--	--

<p>(新設)</p>	<p><u>査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査</u> <u>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査</u> <u>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査</u> <u>エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u> (3) 「イ」処理が容易なものの「ii」 <u>その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。</u> <u>ア 肺癌におけるK-ras遺伝子検査</u> <u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u> <u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査、SYT-SSX遺伝子検査</u> <u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u> <u>オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u> <u>カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査</u> <u>(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。)</u></p>
<p>(新設)</p>	<p>(4) 「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、 <u>使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。</u> <u>なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なも</u></p>

<p>(新設)</p> <p>(2) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(1)のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(3) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>の「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査</p> <p>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</p> <p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。</p> <p>(6) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(7) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-●」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-●」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(8) 肺癌において区分番号「D006-12」EGFR遺伝子検査（血漿）と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査（「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(9) 肺癌において区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005-2」</p>
--	--

	<p><u>ALK融合遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のアに規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(10)乳癌において区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のウに規定する乳癌におけるHER2遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(11)卵巣癌において区分番号「D006-●」BRCA1/2遺伝子検査と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」処理が複雑なものうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>

⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

第2 具体的な内容

局所陰圧閉鎖処置（入院）は現在、毎日算定できるところを、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に限り、週3回まで算定可能とする。なお、従前通り、特定保険医療材料「陰圧創傷治療用カートリッジ」は算定できない。

現 行	改定案
<p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>(8) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。</u></p> <p><u>(9) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	

⑨ 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

第1 基本的な考え方

眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定について扱いを見直す。

第2 具体的な内容

網膜中心血管圧測定に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現 行	改定案
【網膜中心血管圧測定】 1 簡単なもの <u>42点</u> 2 複雑なもの <u>100点</u>	【網膜中心血管圧測定】 1 簡単なもの <u>42点</u> 2 複雑なもの <u>100点</u> [経過措置] 網膜中心血管圧測定は、令和●年●月●日までの間に限り、算定できるものとする。

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>ロ 4時間以上5時間未満の場合</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> ●点</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> ●点</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> ●点</p> <p>ニ 4時間未満の場合 <u>(イを除く。)</u> ●点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(ロを除く。)</u> ●点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合 <u>(ハを除く。)</u> ●点</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> ●点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合</p>

	2,100点				
ハ	5時間以上の場合	2,230点		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。） ●点
	<u>（新設）</u>			ニ	4時間未満の場合（イを除く。） ●点
	<u>（新設）</u>			ホ	4時間以上5時間未満の場合（口を除く。） ●点
	<u>（新設）</u>			へ	5時間以上の場合（ハを除く。） ●点
3	慢性維持透析を行った場合3		3	慢性維持透析を行った場合3	
イ	4時間未満の場合	1,900点	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。） ●点	
			ロ	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。） ●点	
ロ	4時間以上5時間未満の場合	2,055点	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。） ●点	
ハ	5時間以上の場合	2,185点	ニ	4時間未満の場合（イを除く。） ●点	
	<u>（新設）</u>		ホ	4時間以上5時間未満の場合（口を除く。） ●点	
	<u>（新設）</u>		へ	5時間以上の場合（ハを除く。） ●点	
	<u>（新設）</u>				
	[算定要件]			[算定要件]	
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。		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。	
	<u>（新設）</u>		注14	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、ニからへまでを別に算定できない。	
(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。		(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		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]

第十一 処置

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

（「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、「二」から「へ」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]

第十一 処置

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>(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> 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u> エリスロポエチン ダルベポエチン</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> 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u> エリスロポエチン ダルベポエチン <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> ●点 ロ <u>静脈転位を伴うもの</u> ●点 2 その他のもの ●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 ●点</p> <p>2 1の実施後3月以内に実施する場合 ●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。

⑭ 下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化

第1 基本的な考え方

大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術について、他の手技との有効性が同等とされていることを踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術の評価を見直す。

現 行		改定案	
下肢静脈瘤手術		下肢静脈瘤手術	
1 抜去切除術	10,200点	1 抜去切除術	●点
大伏在静脈抜去術	11,020点	大伏在静脈抜去術	●点
下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点	下肢静脈瘤血管内焼灼術	●点

⑮ 膵全摘後の患者に対する血糖管理の充実

第1 基本的な考え方

血糖自己測定器加算について、膵全摘後の患者の病態を踏まえ、月90回以上測定する場合等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

血糖自己測定器加算について、月90回以上測定する場合及び月120回以上測定する場合の対象患者に、膵全摘後の患者を追加する。

現 行	改 定 案
<p>【血糖自己測定器加算】</p> <p>5 月90回以上測定する場合 1,170点</p> <p>6 月120回以上測定する場合 1,490点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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て、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。</p> <p>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型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>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。）</p>	<p>【血糖自己測定器加算】</p> <p>5 月90回以上測定する場合 ●点</p> <p>6 月120回以上測定する場合 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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て、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。</p> <p>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膵全摘後の患者に限る。）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>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。）</p> <p>※ 注1についても同様。</p>

①⑥ 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

第1 基本的な考え方

検体検査の実施料について、実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

- ① 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ評価を見直す。
- ② 臨床的有用性がなくなった検査等について評価を廃止する。

第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 臨床的有用性がなくなった検査や既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査について、診療報酬上の評価を廃止する。

[臨床的有用性がなくなった検査]

- (1) Bence Jones 蛋白定性 (尿)
- (2) 動物使用検査

[既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査]

- (1) アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン (HRT)

⑱ 市場が拡大した場合の評価の見直し

第1 基本的な考え方

医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

第2 具体的な内容

1. 新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、収載時の市場規模予測の2倍以上という基準を設定する。
2. 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することとし、妥当性が認められたものについて、中央社会保険医療協議会総会において具体的な見直しを検討することとする。