

リウマチ財団「医療保険部会」からの便り

第3回：関節リウマチの診療に関連する加算点数について、概要と算定上の注意点



寄稿 鈴木 美佐子氏
日本リウマチ財団医療保険部会 部会員/
茅ヶ崎東海岸クリニック(リウマチ科・内科)院長



責任編集 松野 博明氏
日本リウマチ財団医療保険部会 部会長/
松野リウマチ整形外科 院長

関節リウマチ(RA)の診療は、治療の進捗によって発症前の生活を取り戻す患者の姿を見守ることができるようになり、主治医はやりがいを感じる毎日であると思えます。一方、要する時間と労力に比し実利が乏しいという実情は否めません。

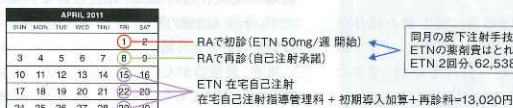
本稿ではリウマチ性疾患の中でも特にRAに焦点を絞り、診療に関する加算と算定上の注意点について概要を解説いたします。算定要件、施設条件の詳細については厚生労働省ホームページや「医科点数表の解釈(社会保険研究所)」等でご確認ください。

1. 在宅自己注射指導管理料(導入初期加算、バイオ後続品導入初期加算)

図1 RA管理加算において留意すべき項目

在宅自己注射指導管理料(月27回以下・650点・月28回以上・750点)
(2018年からゴリムマブも適応となりRAの皮下注バイオは全て適応となった)

- 在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来で医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定可能
- 指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付する
- 同月の当該医療機関における皮下注射の費用(薬剤費含む)は算定不可



指導管理料なので指導内容のカルテ記載を要求される場合あり

作成/松野博明氏

図2 RA管理加算において留意すべき項目

導入初期加算(580点)

- 新たに在宅自己注射を導入した場合に、連続した3か月に限り月に1回算定出来る。
- また、それ以降薬剤名(一般名)変更があった場合1回に限り算定出来る。
- BSへの変更は適応とならない

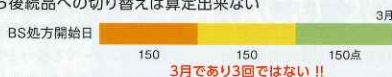
2回以上の指導必要
導入前に2回以上の十分な指導と期間を設け、その指導内容を記載した文書を患者に渡す

ETN 開始	1	2	3	4	5	6	580 X 3点
ETNからTCZに変更	1	2	3	4	5	6	+ 580点のみ算定可
ETNからETNBSに変更	1	2	3	4	5	6	算定不可

作成/松野博明氏

図3 2020年4月～診療報酬改定 バイオ後続品導入初期加算【150点】

- バイオ後続品導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り算定出来る
→ただしオンライン診療で在宅自己注射指導管理料を算定する場合にはバイオ後続品導入初期加算は算定出来ない
- 後続品から後続品への切り替えは算定出来ない



関節リウマチ関連製剤では

- エタネルセプト BS 皮下注「日医工」・「ITY」・「JMA」
- アダリムマブ BS 皮下注「FKB」・「第一三共」・「JMA」・「CTNK」
- テリパラチド BS 皮下注キット 600µg「モチダ」に適応がある

最初の3月は併算定可能

在宅自己注射指導管理料(月27回以下・650点・月28回以上・750点)
導入初期加算(580点)
バイオ後続品導入初期加算(150点)

作成/松野博明氏

2. 外来化学療法加算

(加算1:15歳未満670点、15歳以上450点 加算2:15歳未満640点、15歳以上370点)【要届出】

外来化学療法加算は2024年度の診療報酬改定で対象となる薬剤と疾患が一部、見直された。外来化学療法加算は、RAなどの外来患者に対して、注射による化学療法の必要

性、副作用、用法・用量、その他の留意点等を文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤が投与された場合に算定できる。
専用ベッドを有する治療室の設置、専任の医師や看護師、薬剤師の配置といった施設基準を満たし、治療室の平面図を添付した届け出が必要である。
加算1については専任の常勤薬剤師(化学療

※外来化学療法におけるバイオ後続品導入加算(現在のところ該当するのはインフリキシマブBS)：外来化学療法加算1(450点)または2(370点)に月1回150点が加算可、3月が限度

法に係る調剤経験5年以上)、専任の看護師が必要、化学療法のレジメンについて妥当性を評価・承認する委員会の開催も基準に含まれる。

外来化学療法加算を算定した場合、同一月に在宅自己注射指導管理料は算定できない点、注意を要する。

3. バイオ後続品使用体制加算(入院初日、100点)【要届出】

バイオ後続品の使用推進の目的で2024年度の診療報酬改定により新設された。バイオ後続品のある先発バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用している入院患者に対して、バイオ後続品の有効性及び安全性について十分に説明した上で薬剤を投与し、成分ごとに定められた使用目標を達成した場合に算定できる。

4. 一般名処方加算

加算1(10点)は後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には加算2(8点)。

5. 後発医薬品使用体制加算(入院)、外来後発医薬品使用体制加算【要届出】

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果をふまえて後発医薬品の採用を決定する体制を有し、院内処方を行っている施設が対象。後発品の使用割合が50%以上で、後発品置換率に応じて、加算1(90%以上、入院87点、外来8点)、加算2(85%以上、入院82点、外来7点)、加算3(75%以上、入院77点、外来5点)。

6. 医療DX(デジタルトランスフォーメーション)推進体制整備加算【要届出】

医療機関がデジタル技術(マイナ保険証、電子カルテ、電子処方箋など)を活用した体制を整備することを評価する加算。施設として電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有しているか否かと、マイナ保険証の利用率により加算点数は異なる。

電子処方箋要件を満たす場合、2026年2月まではマイナ保険証の利用率が60%以上で月1回12点、40%以上で11点、25%以上で10点が、電子処方箋要件を満たさない場合、60%以上で10点、40%以上で9点、25%以上で8点が認められている。2026年3月から5月ではマイナ保険証の利用率は引き上げられ、それぞれ70%、50%、30%(一部小児科は27%)となる。

7. 医療情報取得加算

マイナ保険証から患者の過去の薬剤情報や特定健診結果などの医療情報を取得できる体制を評価する加算。初診、再診時に一律1点。患者のマイナ保険証の利用有無に関わらず

算定可能。患者への説明と同意取得、院内ホームページへの掲示が必要。

8. 外来管理加算

特定の処置や検査等を行わず、計画的な医学管理を行った場合に算定できる加算。算定条件として、医師が丁寧な問診と詳細な身体診察を行い、患者の症状を確認し、病状や療養上の注意点などを懇切丁寧に説明する必要がある。超音波検査などの検査、処置、手術、リハビリテーションなどについては算定できない。また慢性疼痛疾患管理料も算定できない。

※慢性疼痛疾患管理料(130点)についての注意:診療所において変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とする入院中以外の患者で、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行い療養上必要な指導を行った場合に月に1回算定することができる。RAや痛風・外傷性頸部症候群には適用されない。同一月内において、①外来管理加算、②消炎鎮痛等処置、③理学療法は併せて算定できない。ただし、月途中に慢性疼痛疾患管理料算定対象疾患が発症し、本管理料を算定した場合には、算定初日に限って、本管理料算定以前の①外来管理加算、②消炎鎮痛等処置、③理学療法を併せて算定できる。

9. 特定疾患療養管理料

特定疾患(甲状腺障害、胃・十二指腸潰瘍、胃炎や十二指腸炎、心不全、不整脈、慢性ウイルス肝炎、脳血管疾患など)が主病名の場合、計画的な医学管理を行うことを評価するための診療報酬。算定には、主病の治療計画を立て、服薬・運動・栄養等の療養上の管理情報を患者に伝え、これらをカルテに記載する必要がある。

診療所では225点、病院では病床数が100未満の場合は147点、100以上200未満の場合は87点が2回算定できる(オンライン診療の場合はそれぞれ196点、128点、76点)。

10. 特定疾患処方管理加算

特定疾患処方管理加算は、特定疾患を主病名とする患者に対して診療所または病床数200未満の病院において(入院患者は除外)薬剤を28日以上処方した場合に算定できる(月1回56点)。

11. 生活習慣病管理料(I)(II)

2024年から糖尿病、脂質異常症、高血圧症は⑨の特定疾患から除外され、生活習慣病管理料(I)、(II)へ移行した。患者の署名による同意を得て治療計画を策定、4月に1回以上は療養計画書を交付する。多職種との連携、診療ガイドラインを参考とすることなどが要件。(I)は検査・注射・病理診断の費用を包括。脂質異常症610点、高血圧660点、糖尿病760点。(II)は検査を包括しない。月1回333点、オンライン診療の場合290点。