

2022年度診療報酬改定の概要

～基本的考え方とその背景、主な改定ポイントについて～

本資料は、3月4日に発出された厚生労働省の告示資料等を基に作成しています。今後、疑義解釈等で詳細な内容が明らかになる可能性があります。

アルフレッサ株式会社
コンサルティンググループ

2022年3月30日

●診療報酬 **+0.43%** (前回改定 +0.55%)

1.各科改定率 +0.23%

➤ **医科 +0.26%** 歯科 +0.29% 調剤 +0.08%

2.看護師処遇改善 +0.20%

3.リフィル処方箋導入・活用促進 -0.10%

4.不妊治療の保険適用 +0.20%

5.小児の感染防止対策に係る加算措置 (医科) の期限到来 -0.10%

●薬価等 **-1.37%** (前回改定 -1.01%)

1.薬価 -1.35%

①実勢価格等改定 -1.44%

②不妊治療の保険適用 +0.09%

2.材料価格 -0.02%

■ 改定の視点

I. 【重点課題】新型コロナウイルス感染症等にも対応できる
効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
(新型コロナ対策、医療機能の分化・強化、地域包括ケアシステムの推進)

新型コロナ等にも対応
出来る体制の構築

II. 【重点課題】安心・安全で質の高い医療の実現のための
医師等の働き方改革等の推進
(勤務環境の改善に向けての取組、救急医療体制等の確保、ICTの利活用)

医師等の働き方改革

III. 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

質の高い医療の実現

IV. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

効率化・適正化

新型コロナウイルス感染症の保健・医療提供体制確保計画

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組



👉 **コロナ禍においても安定的に医療を提供できる体制づくり**

基本的考え方（一部抜粋）

新型コロナ感染症の再流行に備え、都道府県ごとに、ピーク時における新規感染者数等を見込み、

①健康観察・診療体制、②入院外の治療体制、③入院体制

のそれぞれについて、ピーク時における需要に対応するための必要量とその担い手をあらかじめ明確にする。

目標と目指す水準

- ① すべての感染者が速やかに、かつ継続して保健所等または医療機関から健康観察や診療を受けられる
☞ **地域の医療機関の協力を得て、保健所の負担軽減を図る**
- ② 治療が必要な者が早期に適切な治療を受けられ、重症化するものが最小限に抑制される
☞ **自宅療養者に対するオンライン・電話診療を行う医療機関・薬局等のリスト化**
☞ **重症化予防の取り組み**
- ③ 入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は病床を補完する施設に受け入れられ、確実に入院につなげられる
☞ **緊急時に備えて病床確保・入院基準等の作成**

【重点課題】医師等の働き方改革

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- **各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、
タスク・シェアリング／シフティング、チーム医療の推進**
- **業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の
評価**
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

タスクシェアリング／シフティング
の評価



医師の働き方改革

地域医療構想・医師等の働き方改革・医師偏在対策を**三位一体で推進**

2025年までに
着手すべき施策

① 地域医療構想

② 医師・医療従事者の働き方改革

③ 医師偏在対策

医師・医療従事者の長時間労働是正

時間外労働の上限規制

- 医療従事者（医師以外）
2019年4月～ 適用済
- 医師
2024年4月～ 現在、猶予期間中



医療機関に求められる対応

- 勤務医の労働時間管理の適正化
- 院内のマネジメント改革
 - ・管理者・医師の意識改革
 - ・タスク・シフト／シェア
 - ・ICT等を活用した効率化 等



■ 看護師

- ・特定行為(38行為21区分)
- ・事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査
- ・救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査
- ・カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為



■ 薬剤師

- ・周術期における薬学的管理等
- ・病棟等における薬学的管理等
- ・事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ・医師への処方提案等の処方支援



■ 診療放射線技師

- ・撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ・放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ・血管造影・画像下治療(IVR)における補助行為



■ 臨床検査技師

- ・心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ・検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ・病棟・外来における採血業務
- ・病理解剖

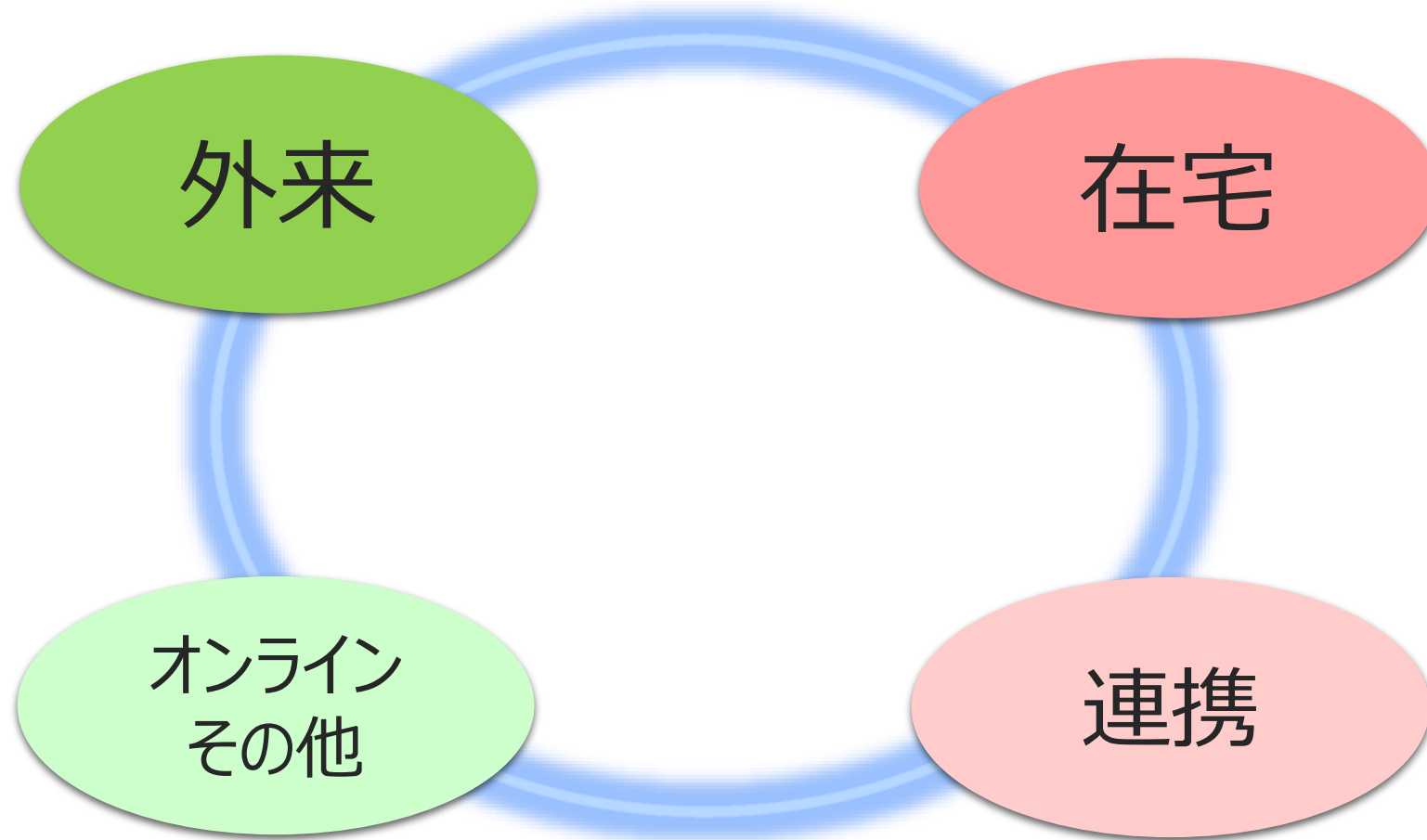


タスクシフト・シェアの推進に伴い医師以外の報酬上の評価拡大！！

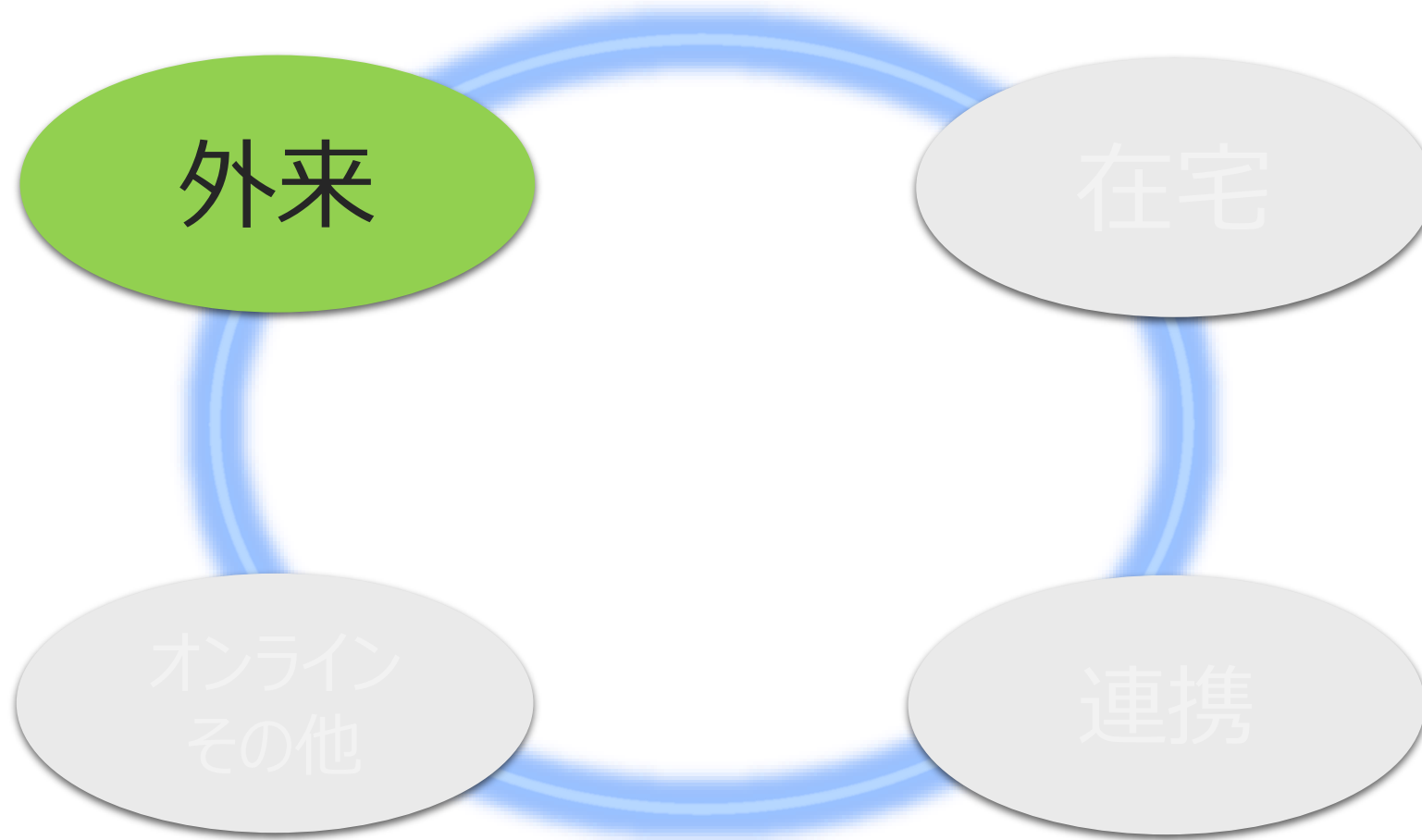
2022年診療報酬改定全体イメージ



2022年度診療報酬改定



2022年度診療報酬改定



感染防止対策の評価

これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、**平時からの感染症対策に係る取組が実施**されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する

感染対策向上加算 1 **710点**
感染対策向上加算 2 **175点**
感染対策向上加算 3 **75点**

旧：感染防止対策加算

- 保健所・医師会と連携し、感染対策向上加算 2、3 届出医療機関と合同で、年 4 回、院内感染対策に関するカンファレンス実施。このうち 1 回は、新興感染症の発生を想定した訓練の実施
- 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を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。

新

指導強化加算 30点

感染対策向上加算 1 のみ

- ICTの医師・看護師が過去 1 年間に 4 回以上、感染加算 2、3 又は**外来感染対策向上加算**届出医療機関に訪問し、院内感染対策に係る助言実施



新

連携強化加算 30点

感染対策向上加算 2、3 のみ

- 連携する感染加算 1 届出医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、**感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況報告**



新

サーベイランス強化加算 5点

感染対策向上加算 2、3 のみ

- 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) に参加



👉 **第 8 次医療計画を見据えた病院における新興感染症対応体制の構築**

感染防止対策の評価

診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

新

外来感染対策向上加算 6点

【施設基準】

- 専任院内感染管理者配置（医師・看護師・薬剤師）
- 感染防止対策部門の設置
- 感染対策向上加算 1 届出医療機関又は地域の医師会と連携
- 標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書作成
- 職員を対象として年 2 回程度、院内感染対策に関する研修実施
- 院内感染管理者は、年 2 回程度、感染対策向上加算 1 届出医療機関又は地域の医師会が主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加
- 感染対策向上加算 1 届出医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練に年 1 回参加
- 院内抗菌薬適正使用について、連携する感染対策向上加算 1 届出医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。
- 院内感染管理者は、1 週間に 1 回程度院内巡回し、院内感染事例の把握と、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導の実施
- 院内感染防止対策に関する取組事項の掲示
- 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱外来診療を実施する体制を有し、ホームページ等に公開
- 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制
- 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬適正使用の推進に資する取組実施
- 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際、感染対策向上加算 1 届出医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る体制の整備

新

連携強化加算 3点

- 連携する感染加算 1 届出医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況報告



新

サーベイランス強化加算 1点

- 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加



- 👉 感染防止対策による地域連携や病診連携の促進
- 👉 コロナ特例で発熱外来対応に加算が付いているが全ての対応医療機関として公表しているわけではない

感染防止対策の評価

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日 + 入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施（このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・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を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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若しく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HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて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HPで公開している
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として5点を算定する		サーベイランス強化加算として1点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う
	・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として3点を算定する。

後発医薬品使用体制加算の見直し

	改定案		現行	
後発医薬品使用体制加算 1	90%	47点	85%	47点
後発医薬品使用体制加算 2	85%	42点	80%	42点
後発医薬品使用体制加算 3	75%	37点	70%	37点
	改定案		現行	
外来後発医薬品使用体制加算 1	90%	5点	85%	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	85%	4点	80%	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	75%	2点	70%	2点

かかりつけ医に関する考え方

日本医師会

かかりつけ医とは…

「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」

その能力の維持・向上を目的として、2016年から日本医師会が制度を運営

日医かかりつけ医機能研修制度

実施主体

都道府県医師会



- ・患者中心の医療
- ・継続性を重視した医療
- ・チーム医療、多職種連携

研修内容

- ・地域の特性に応じた医療
- ・在宅医療
- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動



維持
向上

修了医師名

ウェブサイトで見守りを公表する都道府県も



千葉県・神奈川県・
愛知県医師会 等

かかりつけ医機能を評価した診療報酬上の点数

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・施設入居時等医学総合管理料

機能強化加算の見直し

機能強化加算 80点（初診時）

地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す

【施設基準】

- 健診相談、専門医療機関の紹介等を院内掲示及び**ホームページ等で公表**
- **保健・福祉・行政サービス等を行っている常勤医師の配置**

※いずれかを実施していること

- ① 主治医意見書作成
- ② 警察医
- ③ 乳幼児健診
- ④ 予防接種
- ⑤ 園医、学校医
- ⑥ 地域ケア会議の参加
- ⑦ 市町村介護予防事業

- **右表のいずれかの届出**

※赤文字は2022年度変更箇所



届出施設基準	実績要件
■ 地域包括診療料 1	➤ 届出のみ
■ 地域包括診療料 2	➤ 地域包括診療料 2 の算定患者3人以上 ➤ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ)、往診料の算定患者合計3人以上
■ 地域包括診療加算 1	➤ 届出のみ
■ 地域包括診療加算 2	➤ 地域包括診療加算 2 の算定患者3人以上 ➤ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅱ)、往診料の算定患者合計3人以上
■ 在宅時医学総合管理料 ■ 施設入居時等医学総合管理料 □ 在宅療養支援診療所(1)(2) □ 在宅療養支援病院(1)(2)	➤ 届出のみ
■ 在宅時医学総合管理料 ■ 施設入居時等医学総合管理料 □ 在宅療養支援診療所(3)	➤ 過去1年間の緊急往診実績3件以上 ➤ 過去1年間の看取り、15歳未満の超(準)重症児の在宅実績が1件以上
■ 在宅時医学総合管理料 ■ 施設入居時等医学総合管理料 □ 在宅療養支援病院(3)	➤ 過去1年間の緊急往診、緊急受入実績合計3件以上 ➤ 過去1年間の看取り、15歳未満の超(準)重症児の在宅実績が1件以上
■ 小児かかりつけ診療料	➤ 届出のみ

👉 **今後、算定には診療実績が必要**

地域包括診療料・地域包括診療加算

対象疾患の追加

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）

のうち、**2つ以上**を有する患者



予防接種の相談等

患者からの**予防接種に係る相談**に対応
院内掲示で当該対応が可能なることを周知

生活面の指導要件の見直し

患者に対する生活面の指導については、**医師の指示**を受けた**看護師、管理栄養士、薬剤師**が行っても差し支えない

地域包括診療料1 1,660点/月
地域包括診療料2 1,600点/月

【対象】

- * 病院（200床未満）
- * 診療所

【特徴】

- * 再診料や医学管理等が包括される点数

地域包括診療加算1 25点/回
地域包括診療加算2 18点/回

【対象】

- * 診療所

【特徴】

- * 再診料に加算される点数

どちらかを
届出可能

小児かかりつけ診療料の見直し

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す

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 631点
ロ 再診時 438点
- 2 処方箋を交付しない場合
イ 初診時 748点
ロ 再診時 556点

小児かかりつけ診療料 1

- イ 処方箋を交付する場合
(1) 初診時 641点
(2) 再診時 448点
- ロ 処方箋を交付しない場合
(1) 初診時 758点
(2) 再診時 566点

- **小児科を標榜**している医療機関
- 時間外対応加算 1 又は 2 の届出
- 専ら小児科、小児外科を担当する常勤医 1 名
- 上記医師が下記のいずれかのうち 2 つ以上該当していること
 - ① 乳幼児健診
 - ② 予防接種
 - ③ 過去1年間で15歳未満の超(準)重症児の在宅実績
 - ④ 幼稚園の園医、保育園の嘱託医、**小・中学校の学校医**

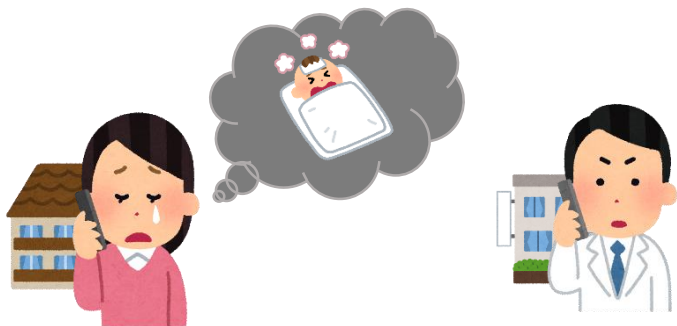
小児科外来診療料
の届出要件は削除

小児かかりつけ診療料 2

- イ 処方箋を交付する場合
(1) 初診時 630点
(2) 再診時 437点
- ロ 処方箋を交付しない場合
(1) 初診時 747点
(2) 再診時 555点

- **小児科を標榜**している医療機関
- **小児科外来診療料の届出**
- 専ら小児科、小児外科を担当する常勤医 1 名
- 下記のいずれかを満たしていること
 - ① **時間外対応加算 3**
 - ② **在宅当番医制の初期小児救急に参加し、休日・夜間診療年 6 回以上**

※赤字は2022年度変更箇所



👉 **時間外対応加算の届出状況により区分が変わる**

生活習慣病管理料の見直し

生活習慣病管理料



現行

- | | |
|-------------------------------|--------|
| 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 | |
| 脂質異常症を主病とする場合 | 650点 |
| 高血圧症を主病とする場合 | 700点 |
| 糖尿病を主病とする場合 | 800点 |
| 2 1 以外の場合 | |
| 脂質異常症を主病とする場合 | 1,175点 |
| 高血圧症を主病とする場合 | 1,035点 |
| 糖尿病を主病とする場合 | 1,280点 |

改定後

【生活習慣病管理料】

- | | |
|---------------|-------------|
| 脂質異常症を主病とする場合 | 570点 |
| 高血圧症を主病とする場合 | 620点 |
| 糖尿病を主病とする場合 | 720点 |

- ◆ 患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外
- ◆ 生活習慣に関する総合的な治療管理は、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
- ◆ 糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めない

耳鼻科関連 改定ポイント①

新

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算（1日につき） 60点

【算定要件】

耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、区分番号 J 0 9 5 から J 1 1 5 - 2 までに掲げる処置を行った場合
（※この場合、乳幼児加算は別に算定できない。）



新

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（月1回） 80点

【対象患者】

6歳未満の乳幼児でいずれかの疾患の場合

①急性気道感染症 ②急性中耳炎 ③急性副鼻腔炎

【施設基準】

- (1) 抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること

【算定要件】



①療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明

②文書により説明内容を提供

耳鼻科関連 改定ポイント②



【耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について】

改定案		現行	
【 <u>耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む）</u> 】	27点	【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む）】	25点
【 <u>鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）</u> 】	16点	【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）】	14点
【 <u>口腔、咽頭処置</u> 】	16点	【口腔、咽頭処置】	14点

【高度難聴指導管理料】

- イ 区分番号 K 328 に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 500点
- ロ イ以外の場合 420点



改定案

【1 医療機関で1回】から見直し

〔算定要件〕

注 2 区分番号 K 3 2 8 に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月 1 回に限り、その他の患者については年 1 回に限り算定する。

〔施設基準〕

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

(1) (略)

(2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。(中略)

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

研修要件が追加



アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	イ 1月目	280点
	ロ 2月目以降	25点



算定要件

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、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、**治療内容等に係る説明を文書**を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、**月1回に限り算定**する。

人工腎臓 改定ポイント①

人工腎臓においてHIF-PH阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改定案	現行
人工腎臓（1日につき） 慢性維持透析を行った場合 1	人工腎臓（1日につき） 慢性維持透析を行った場合 1
イ <u>4時間未満の場合</u> 1,845点	イ 4時間未満の場合（厚労相が定める患者） 1,924点
ロ <u>4時間以上5時間未満の場合</u> 2,005点	ロ 4時間以上5時間未満の場合（厚労相が定める患者） 2,084点
ハ <u>5時間以上の場合</u> 2,135点	ハ 5時間以上の場合（厚労相が定める患者） 2,219点
ニ <u>（削除）</u>	ニ 4時間未満の場合（イを除く） 1,798点
ホ <u>（削除）</u>	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く） 1,958点
ヘ <u>（削除）</u>	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く） 2,093点

※慢性維持透析を行った場合2・3も同様に改定されています

削除

※人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤 ~~（院内処方されたものに限る）~~

人工腎臓 改定ポイント②

【導入期加算（人工腎臓）の見直し】

改定案	現行
<p>[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> <p>イ（略） <input type="checkbox"/> 導入期加算2 400点 <input type="checkbox"/> 導入期加算3 800点</p>	<p>[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> <p>イ（略） <input type="checkbox"/> 導入期加算2 500点 （新設）</p>

○導入期加算2（一部抜粋／全て満たす）

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者を配置

ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講している

エ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を**過去1年間で24回以上算定**している

オ（略）腎移植に向けた手続きを行った患者（※）が前年に**2人以上**いること。

※日本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、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者

○導入期加算3（一部抜粋／全て満たす）

イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法の研修修了者が連携して診療を行っている

ウ 導入期加算1・2の算定先と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて移植医療等に係る情報提供を行っている

エ **在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定**していること。

オ 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**前年に5人以上**いること。

カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者（※）が前年に**2人以上**いること。

※日本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、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者

人工腎臓 改定ポイント③

新

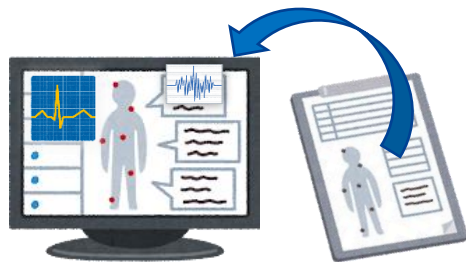
遠隔モニタリング加算 115点/月1回

※在宅自己腹膜灌流指導管理料の加算として新設

【算定要件】



- ①自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行う



- ③モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載



- ②モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応



- ④モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応する

人工腎臓 改定ポイント④

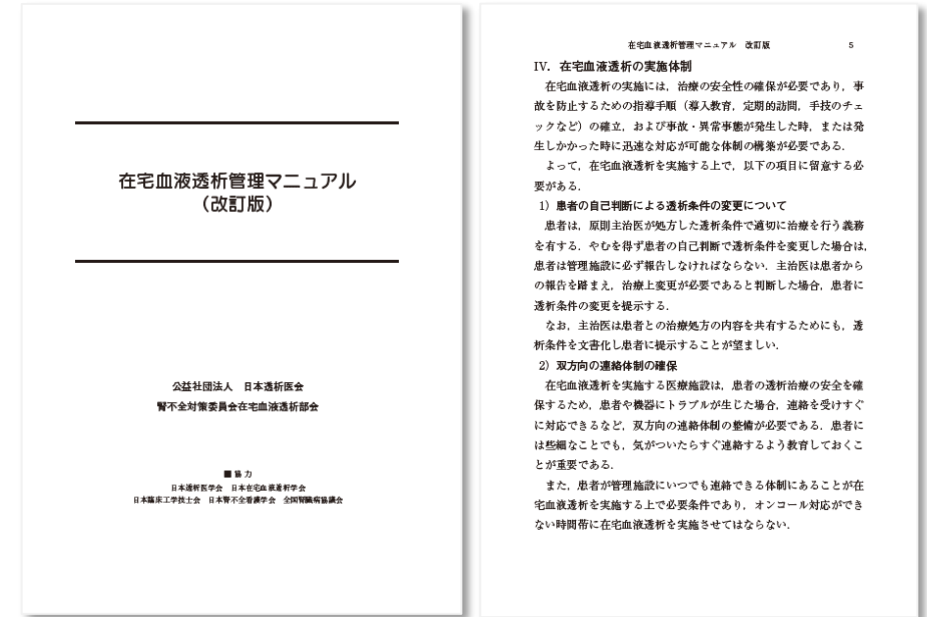
8000点から増点

在宅血液透析指導管理料

10,000点

【算定要件（一部見直し）】

(5) **日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」**に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。



新

透析時運動指導等加算

75点

透析中に患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合

【算定要件】

人工腎臓を実施している患者に対して、**医師、看護師、理学療法士または作業療法士**が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、当該指導を開始した日から起算して**90日を限度**として加算



外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、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の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[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、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 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。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

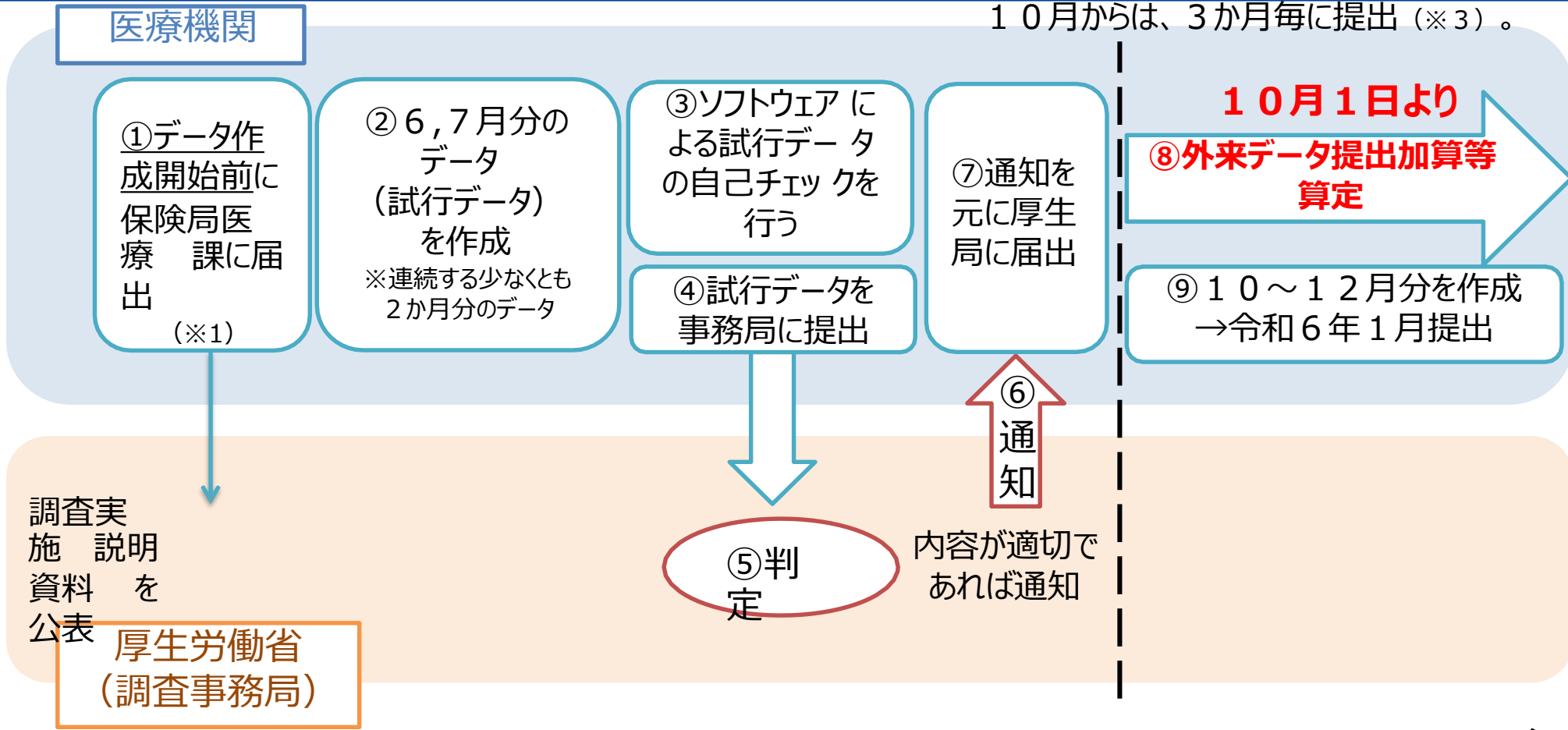
疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

10月からは、3か月毎に提出（※3）。



令和5年5月 6~7月 8月 9月 10月

※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状態により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

対象患者

（１）医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者



留意事項

- （１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- （２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- （３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬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投薬を行うことはできない。
- （４）リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- （５）保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- （６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- （７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- （８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

リフィル処方箋（様式）

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (注書)							
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日 年 月 日 男・女			電話番号							
	区分 被保険者 被扶養者			保険医氏名							
交付年月日 令和 年 月 日				処方箋の使用期間 令和 年 月 日				<small>特に記載のない場合は、処方箋の交付日から起算し、処方箋の有效期間が満了するまで有効である。</small>			
処方	変更不可 <small>【POINT】 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
	<input type="checkbox"/> リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)										
備考	保険医署名 <small>【「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。】</small>										
	<small>保険薬局が調剤時に情報を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）</small> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ送付回金した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ直接提供										
<small>調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）</small> <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）											
調剤済年月日 令和 年 月 日				公費負担番号							
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							

変更不可

【POINT】
保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、
処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入

リフィル可 (回)

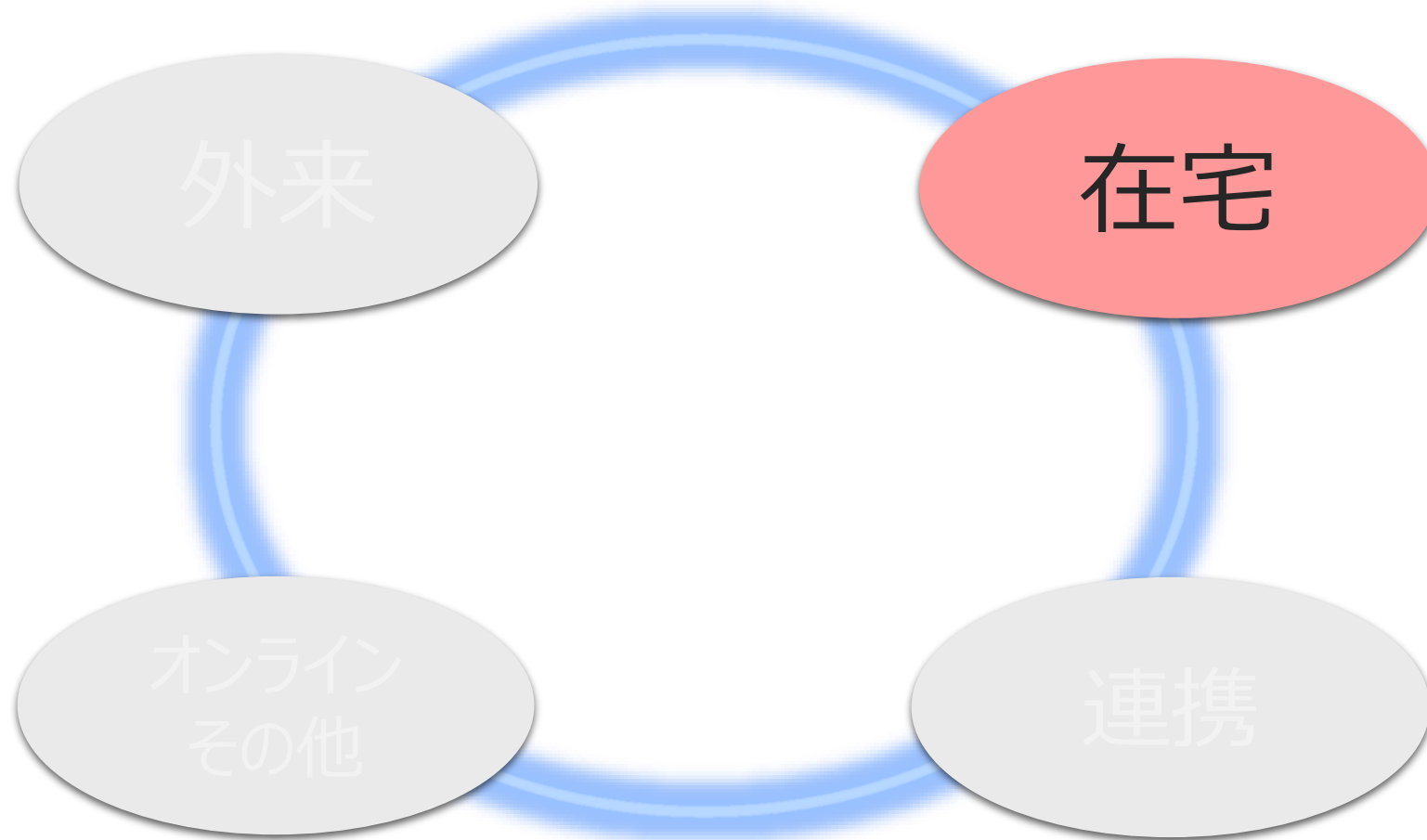
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

1回目調剤日（ 年 月 日） 2回目調剤日（ 年 月 日） 3回目調剤日（ 年 月 日）

次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

保険薬局は、**調剤日及び次回調剤予定日**を記載するとともに、調剤を実施した**保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名**を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管

2022年度診療報酬改定



在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

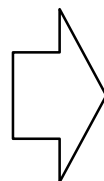
【継続診療加算】

継続診療加算 216点

[施設基準]

継続診療加算

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明



改定後

(新)【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点

在宅療養移行加算 2 116点

[施設基準]

在宅療養移行加算 1

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算 2

- ア **当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制**を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算等における要件の一覧

			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
○ : どちらでもよい ◎ : 必ず満たす必要がある × : 要件を満たさない - : 施設基準上の要件ではない								
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他	◎	×	○		◎	×	
(新) 在宅療養移行加算 1			○ ※ 1		-		○ ※ 1	
(新) 在宅療養移行加算 2			※ 2		-		○ ※ 1	

※ 1 : 地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。(協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在宅診療等と同様に満たす必要がある。)
 ※ 2 : 「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。**
 <10 : 連携医療機関数が10未満であること。

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

- 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について小児に係る加算を新設する。

- 在宅がん医療総合診療料

- **(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)**

- [算定要件]

- 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に算定する。

緊急往診加算の見直し

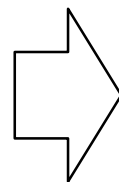
- 緊急往診加算について、小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

〔施設基準〕

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。



改定後

【往診料】

〔施設基準〕

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合 (15歳未満の小児 (児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者) については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合)をいう。

在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料 (1日につき)

1	機能強化型の在支診・在支病	
	イ 病床を有する場合	
	(1) 処方箋を交付する場合	1,800点
	(2) 処方箋を交付しない場合	2,000点
	ロ 病床を有しない場合	
	(1) 処方箋を交付する場合	1,650点
	(2) 処方箋を交付しない場合	1,850点
2	機能強化型以外の在支診・在支病	
	イ 処方箋を交付する場合	1,495点
	ロ 処方箋を交付しない場合	1,685点



小児加算
1,000点(週に1回)

[算定要件] (抜粋)

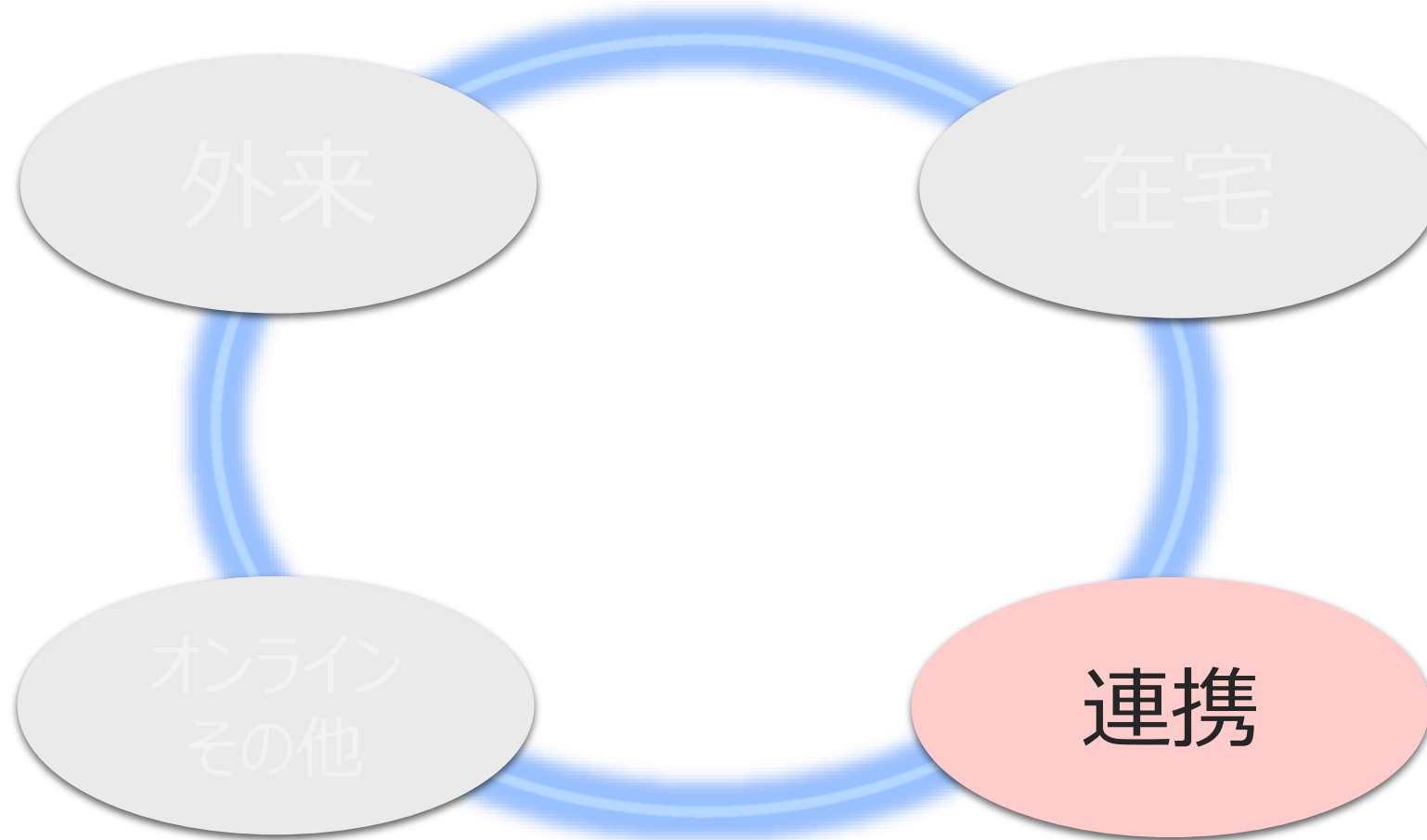
- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上**であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

[施設基準] (抜粋)

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

※小児加算は15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について算定。

2022年度診療報酬改定



外来機能報告制度

外来機能報告制度とは（2022年4月施行）

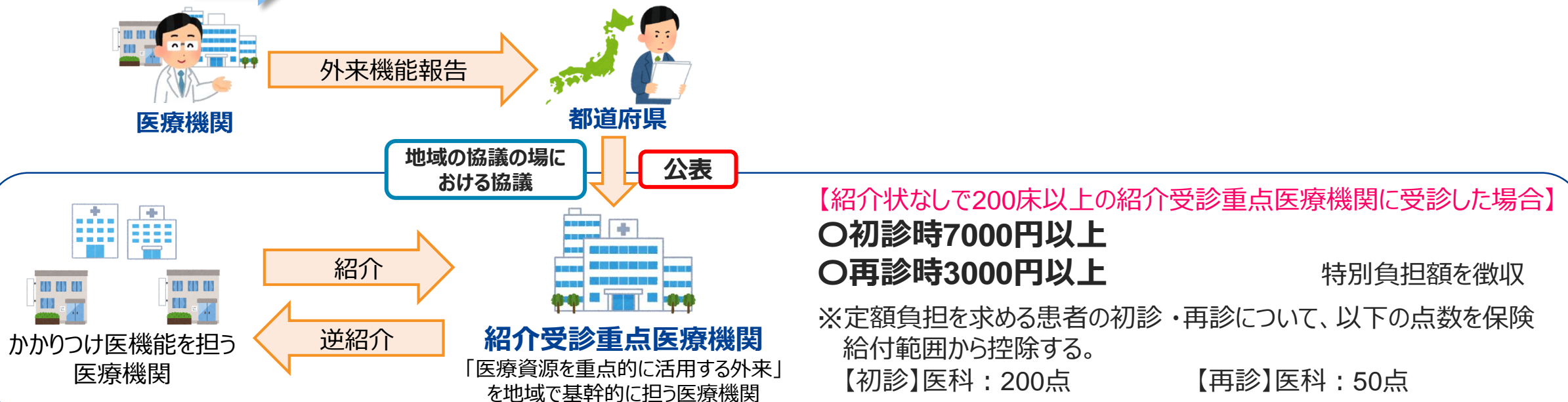
病院・有床診療所から外来医療データの報告を受け、これをもとに地域で「**医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関**」を明確化し、当該医療機関に受診する場合はかかりつけ医等からの紹介受診を原則とするという患者の流れ構築を目指す制度

紹介受診重点医療機関の基準

『重点外来』／初診外来 = **40%以上** 及び 『重点外来』／再診外来 = **25%以上**

『重点外来』：①悪性腫瘍手術前後の外来、②化学療法・放射線治療、③紹介外来

基準を満たした中から『紹介受診重点医療機関』への**意向を示した医療機関**から地域で選定



(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

現在の定額負担
（義務）対象病院

現在の定額負担
（任意）対象病院

病床数（※）	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

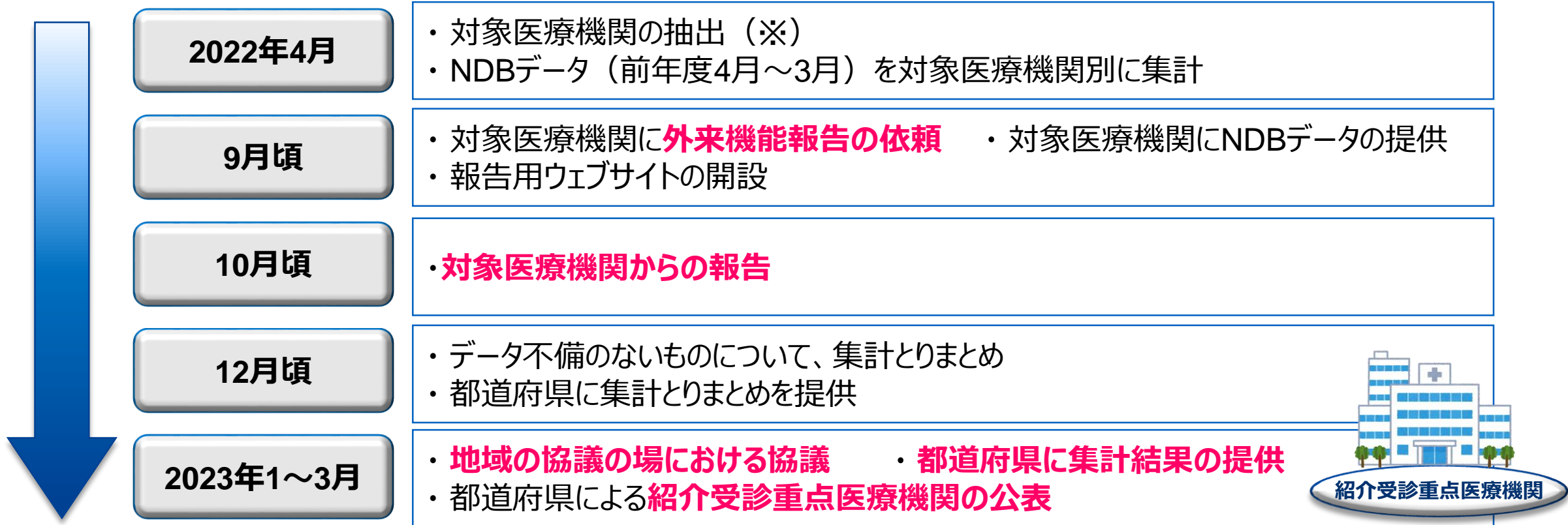
拡大
「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）
※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

外来機能報告制度の流れ

外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行うこととする。

■ 大まかな流れ



（※）無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
 - 対象病院に、一般病床の数が 200 床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】

初診料の注 2、3 **214点**
(情報通信機器を用いた初診については**186点**)

外来診療料の注 2、3 **55点**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	<u>紹介受診重点医療機関</u> (<u>一般病床200床未満を除く</u>)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		<u>紹介割合50%未満 又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>		<u>紹介割合40%未満 又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<u>逆紹介割合(‰)</u>	$\text{逆紹介患者数} / \text{初診} + \text{再診患者数} \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ● 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
<u>再診患者の数</u>	<u>患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。</u> ● <u>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又は B011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ● <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ● <u>B005-11遠隔連携診療料又は B11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ● <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

入院医療の評価 基本部分 + 実績部分

2022年度
改定箇所

- ①看護配置・・・入院患者数と看護職員（看護師及び准看護師）数の実質的な比率
- ②看護師比率・・・看護職員(看護師及び准看護師)数中の看護師割合
- ③平均在院日数・・・病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者を基礎に算出します
- ④入院期間に応じた加算・・・初期加算（30日まで）
- ⑤重症度、医療・看護必要度評価・・・提供した医療の結果やその根拠を評価する基準
- ⑥在宅復帰率・・・自宅や介護施設への退院患者割合

診療実績に応じた段階的な評価

【⑤⑥部分】

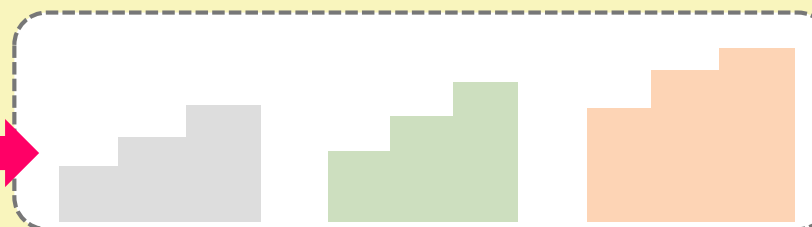
- * 急性期の患者割合
- * リハビリによる機能回復の実績等
- * 自宅等からの受入実績等
- * 医療区分の患者割合

基本部分の評価

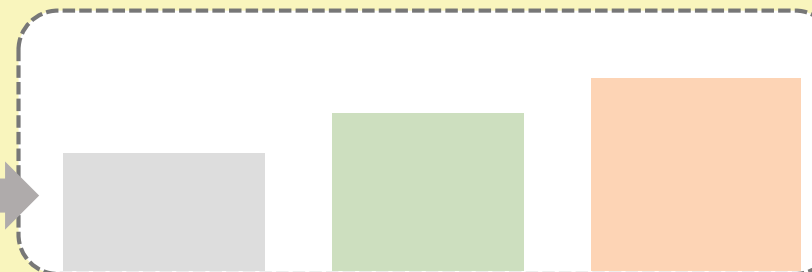
【①～④部分】

それぞれの機能において必須となる、基本的な入院医療の提供に必要な看護職員配置等の医療資源の投入量を反映

診療報酬の評価体系（イメージ）



+



長期療養

急性期医療
～長期療養

急性期医療

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1～6）の内容

			入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員			10対1以上 (7割以上が看護師)					7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度 I / II	200床以上	測定 していること	17%/14%	20%/17%	24%/21%	27%/24%	31%/28%
		200床未満			18%/15%	22%/19%	25%/22%	28%/25%
平均在院日数			21日以内					18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率			-					8割以上
その他			-			・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出に当たり入院料1の届出実績が必要		入院患者数の 100分の10以上
データ提出加算			○					
点数			1,382点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり ⇒ 令和4年9月30日まで改定前の点数を算定できる。

急性期入院医療の評価指標

■ 重症度、医療・看護必要度に係る評価票

※1は重症度、医療・看護必要度 I、※2は II に係る評価票の項目

A モニタリング及び処置等 (0~2点)

- 1 創傷の処置・褥瘡の処置
- 2 呼吸ケア
- 3 点滴ライン同時3本以上の管理
- 4 心電図モニター管理
- 5 シリンジポンプの管理
- 6 輸血や血液製剤の管理
- 7 専門的な治療・処置
- 8 救急搬送後の入院※1
緊急に入院を必要とする状態※2

- ・抗悪性腫瘍剤
注射剤の使用／内服管理
- ・麻薬
注射剤の使用／
内服・貼付・坐剤管理
- ・放射線治療
- ・免疫抑制剤（注射）の管理
- ・昇圧剤（注射）の使用 等

B 患者の状況等 (0~2点)

- 9 寝返り
- 10 移乗
- 11 口腔清潔
- 12 食事摂取
- 13 衣服の着脱
- 14 診療・療養上の指示が通じる
- 15 危険行動

C 手術等の医学的状況 (0~1点)

- 16 開頭手術 (13日)
- 17 開胸手術 (12日)
- 18 開腹手術 (7日)
- 19 骨の手術 (11日)
- 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5日)
- 21 全身麻酔・脊椎麻酔手術 (5日)
- 22 救命等に係る内科的治療 (5日)
- 23 別に定める検査 (2日)
- 24 別に定める手術 (6日)

判定

■ 重症患者基準

- ① A得点が2点以上かつB得点が3点以上
- ② A得点が3点以上
- ③ C得点が1点以上

「急性期一般入院料1」は
31%又は29%以上

議論の状況

「心電図モニター管理」該当患者は
医学的必要性以外での装着もある

急性期の評価指標として適切か検討



患者の重症度と
リンクしない

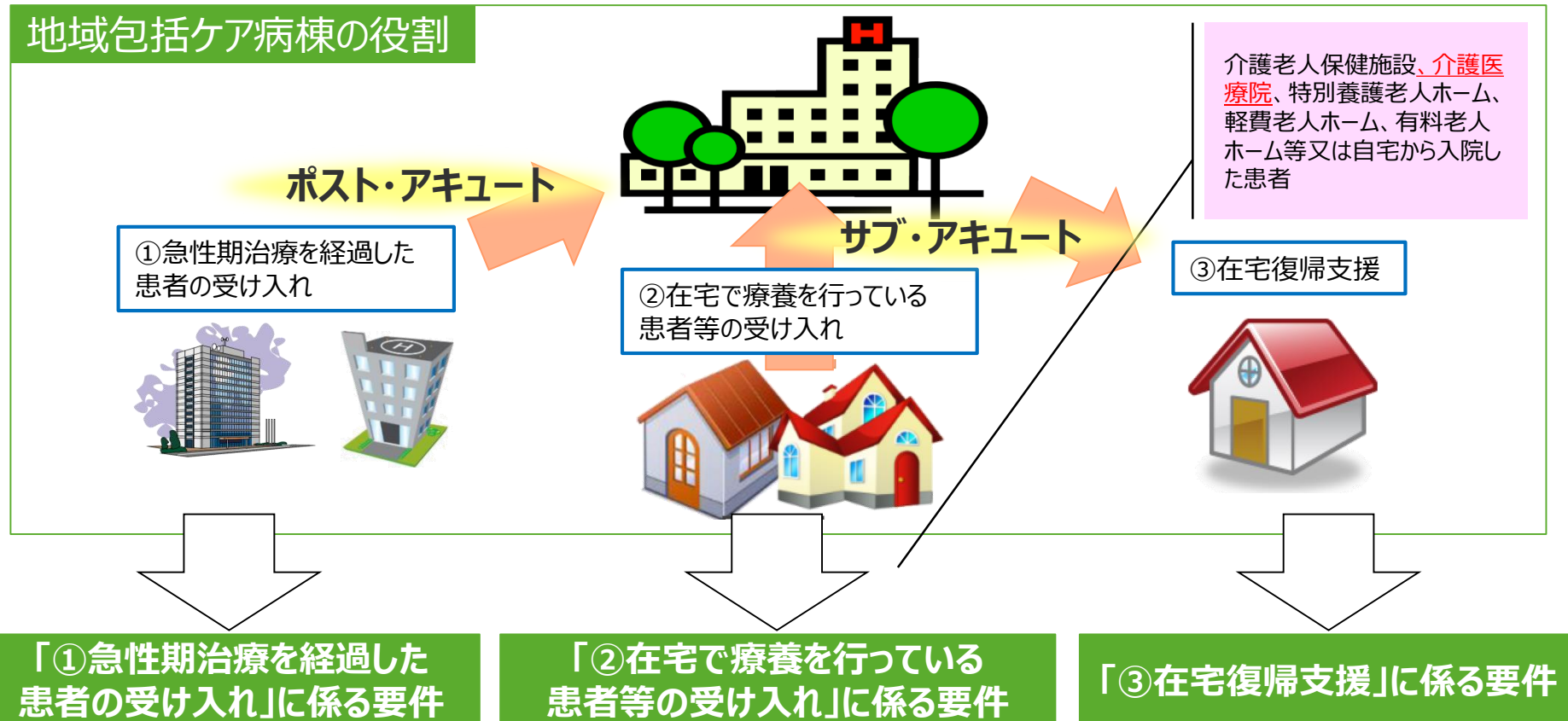
改定内容

- 3 「点滴ライン同時3本以上の管理」
- 4 「心電図モニター管理」
- 6 「輸血や血液製剤の管理」



「注射薬剤 3種類以上の管理」へ変更
削除
1点から2点に変更

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



- 👉 今までより地域包括ケアシステム実現に向けた入院機能を求められる
- 👉 紹介受診重点医療機関と合わせてさらに患者流動が進む！

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1～4の内容

	管理料 4	入院料 4	管理料 3	入院料 3	管理料 2	入院料 2	管理料 1	入院料 1
看護職員	1 3対1以上（7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 12%以上 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
入退院支援加算の届出	-				100床以上は入退院支援加算1の届出			
救急体制	二次救急医療機関又は救急告示病院であること ※200床未満は救急外来又は24時間の救急体制でも可							
リハビリの提供	入棟時に測定したADL等を参考にリハビリの必要性を判断。その結果を診療録に記載し、患者・家族に説明							
在宅復帰率	なし⇒ 7割以上				7割以上⇒ 7割2分5厘以上			
一般病棟から転棟した患者割合	60%未満 ※許可病床数 200床以上		60%未満 ※許可病床数 200床以上		60%未満 ※許可病床数 200床以上		60%未満 ※許可病床数 200床以上	
自宅等から入棟した患者割合	※3 20%以上	なし ⇒ 20%以上	15%以上 ⇒ 20%以上	15%以上 ⇒ 20%以上	※3 20%以上	なし ⇒ 20%以上	15%以上 ⇒ 20%以上	15%以上 ⇒ 20%以上
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上		3月で6人以上 ⇒ 3月で9人以上 (10床未満は3月 8人以上)		3月で9人以上		3月で6人以上 ⇒ 3月で9人以上 (10床未満は3月 8人以上)	
在宅医療等の提供	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を前3ヶ月間で30回以上など		○		在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を前3ヶ月間で30回以上など		○	
意思決定支援に対する指針	-	○	-	○	-	○	-	○
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	-	○	○	○	-	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,076点 (2,060点)		2,285点 (2,270点)		2,620点 (2,605点)		2,809点 (2,794点)	

届先していない場合の減算規定あり ※1

届先していない場合の減算規定あり ※1

届先していない場合の減算規定あり ※2

届先していない場合の減算規定あり ※3

*1：従来の方法による評価 *2：診療実績データを用いた場合の評価

診療情報提供料

患者の紹介やセカンドオピニオンのために診療状況を示す文書（紹介状）での情報提供をおこなった場合などに算定できる項目

診療情報提供料Ⅰ

- 他医療機関での診療の必要があると判断した場合に、患者の同意を得て紹介状を添えて患者の紹介をおこなった場合に紹介先・情報提供先ごとに患者1人につき月1回まで算定可能
ただし、入院中の患者は、他医療機関での検査などのための紹介状を書いても算定はできない

診療情報提供料Ⅱ

- セカンドオピニオンを希望する患者に、必要な情報を添付した紹介状を提供した場合に患者1人につき月1回まで算定可能

2022年度改定

診療情報提供料Ⅲ



新

連携強化診療情報提供料

- 紹介元の医療機関の求めで、患者の同意を得て情報提供をおこなった場合に、紹介先の医療機関が算定可能（＝紹介先医療機関が、紹介元の医療機関へ診療状況の返事をしたときに算定可能な点数）



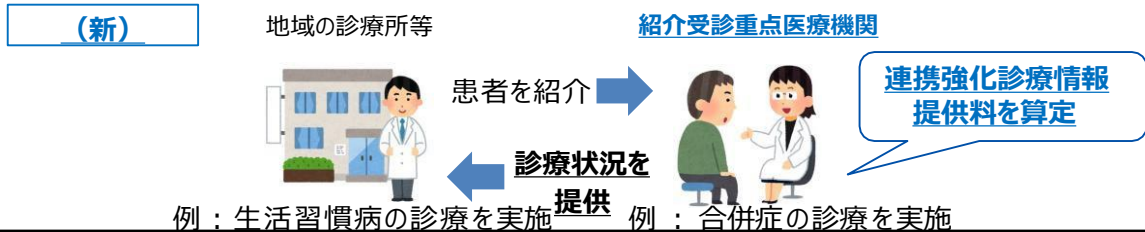
かかりつけ機能を有する医療機関との情報連携から、紹介元への返書を評価した点数へ

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を行う。

現行	改定後
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他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。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none">1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者	<p>(改)【連携強化診療情報提供料】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他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に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none">1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



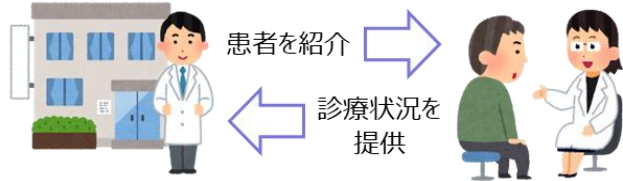
連携強化診療情報提供料

新

連携強化診療情報提供料（月1回）

150点

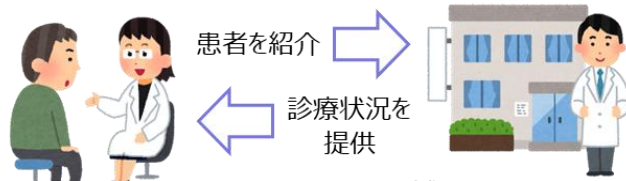
(1) 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



地域包括診療加算等を届け出ている医療機関

診療情報提供料(Ⅲ)を算定
例：合併症の診療を実施

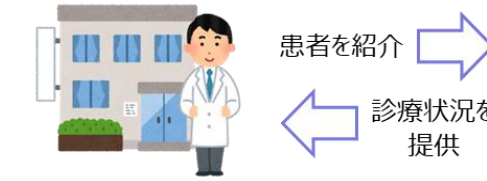
(2) 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



例：体調が悪い時にしばしば受診

地域包括診療加算等を届け出ている医療機関
診療情報提供料(Ⅲ)を算定

(3) 妊娠している患者
かかりつけ医療機関



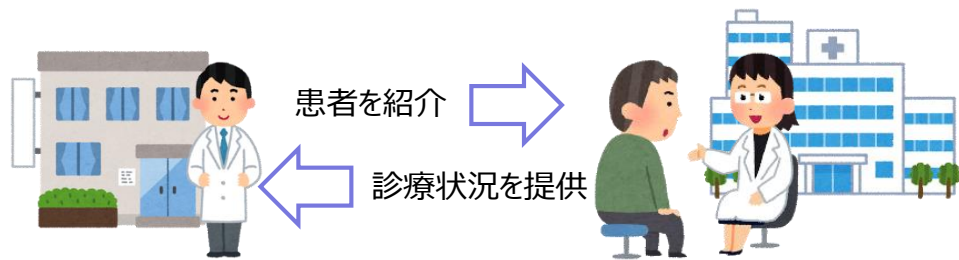
例：妊娠の経過中に、血糖値異常に対して保険診療を実施

診療情報提供料(Ⅲ)を算定
例：妊娠糖尿病等に対して継続的な診療を実施

新

産科・産婦人科以外も対象

新 紹介受診重点医療機関に紹介した患者の情報提供を依頼した場合



医療機関
(許可病床200床未満)

紹介受診重点医療機関(一般200床以上)

診療情報提供料(Ⅲ)を算定

新 指定難病患者又はてんかん患者の情報提供を専門医療機関に依頼した場合



医療機関

専門医療機関

診療情報提供料(Ⅲ)を算定

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 連携強化診療情報提供料が算定可)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	—	禁煙	月1回
2	以下のいずれか ・200床未満の病院 ・診療所	—	以下のいずれも満たす ・紹介受診重点医療機関 ・禁煙	
3	—	—	以下のいずれも満たす ・かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・禁煙	
4	—	難病（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・難病指定拠点病院又は難病診療分野別病院 ・禁煙	
		てんかん（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・てんかん支援拠点病院 ・禁煙	
5	—	妊娠中の患者	—	3月に1回
6	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	—		以下のいずれも満たす ・産科又は産婦人科を標榜 ・妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

外来在宅共同指導料



【算定要件】

- ①外来在宅共同指導料 1 の場合、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- ②外来在宅共同指導料 2 は、指導料 1 の場合において、当該患者に対して外来で継続的に診療を行っている保険医療機関で患者 1 人につき 1 回に限り算定する。
 - ・当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合も算定可

【注】初診料、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定不可

かかりつけ医等と精神科医の連携

- ▶ 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

	<u>(新) こころの連携指導料 (I)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (II)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの</u> 又は <u>精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断</u> されたもの	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (I)</u> を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
	診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、 <u>患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応</u>
施設基準	—	<u>精神科又は心療内科</u>
	<u>精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築	当該保険医療機関内に <u>精神保健福祉士が1名以上</u> 配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

二次性骨折に関する評価

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する

新

二次性骨折予防継続管理料 1	1,000点	… (入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)
二次性骨折予防継続管理料 2	750点	… (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)
二次性骨折予防継続管理料 3	500点	… (1年を限度として月に1回・外来において算定)

【施設基準】

- 下記の職種の診療連携体制整備
 - ア 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師
 - イ 専任の常勤看護師
 - ウ 専任の常勤薬剤師
- 当該医療機関内に薬剤師が配置されていない場合、地域の医療機関等との診療連携体制整備で差し支えない
- 「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の院内研修会を年1回以上実施
- 二次性骨折予防継続管理料 1：急性期一般、地域一般又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料の届出
- 二次性骨折予防継続管理料 2：地域包括ケア病棟・管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の届出

※研修は「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」・「骨折リエゾンサービス（FLS）臨床ガイドライン」を参照

○ 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン

編集：日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団

目的

医師と医療従事者のために骨粗鬆症予防に関する啓発と最新治療法の普及が目的

骨粗鬆症骨折患者に対する際
骨折予防のための診療支援シ
ステムとして紹介

骨粗鬆症の治療等に当たっては
骨粗鬆症の予防と治療ガイドラ
インを参照することとされている

○ 骨折リエゾンサービス臨床ガイドライン

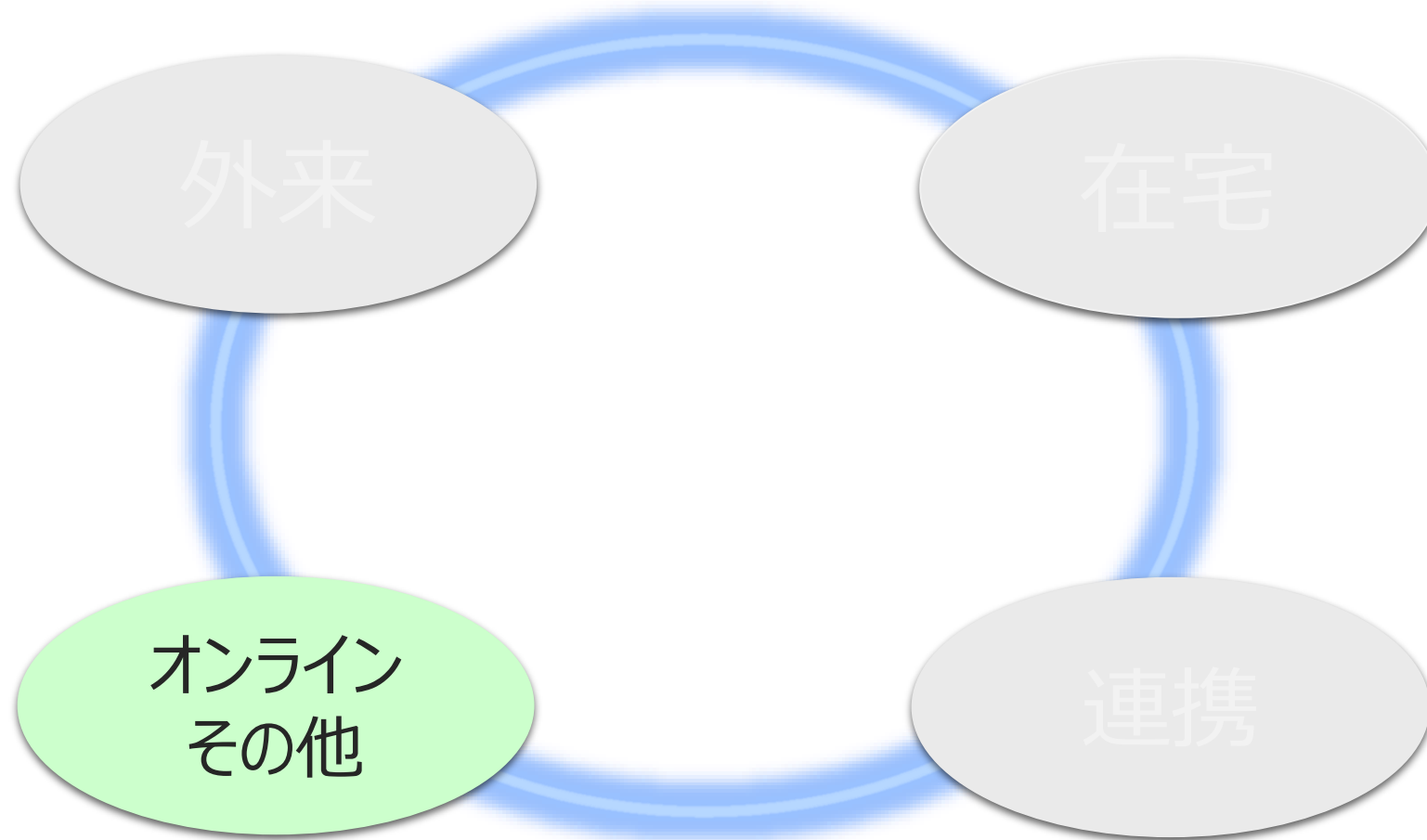
監修：日本骨粗鬆症学会、日本脆弱性骨折ネットワーク
支持：日本骨折治療学会、日本整形外科学会等

目的

骨粗鬆症治療開始率及び治療継続率を
上げること等により、脆弱性骨折患者が二次
骨折を回避し、QOLを維持すること

👉 地域連携パスを活用した二次性骨折予防の評価！

2022年度診療報酬改定



オンライン診療の見直し

現行

オンライン診療料 71点 (月1回)

オンライン診療
名称廃止

改定

初診料 情報通信機器を用いた場合 251点
再診料 情報通信機器を用いた場合 73点
外来診療料 情報通信機器を用いた場合 73点

初診からオンライン可能に！！

【対象患者】

- 以下のいずれかを3カ月対面診療にて算定している患者

特定疾患療養管理料	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
在宅時医学総合管理料	精神科在宅患者支援管理料

- 慢性頭痛患者や在宅自己注の糖尿病・慢性肝疾患の患者



医師要件

指針：かかりつけ医にて行われることが基本
診療報酬：オンライン診療の指針に沿うこと

【対象外患者】

- 入院患者
- 救急患者
- 『オンライン診療の適切な実施に関する指針』で実施不可とされているもの（緊急性が高い・情報量に問題がある）
- 精神医療を受けてる患者
- 検査料等が包括されている医学管理料の算定患者（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）

情報通信機器を用いた場合の評価対象に追加

ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料

『オンライン診療の適切な実施に関する指針』や『オンライン診療の初診に関する提言』に準じて実施

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

- 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

- 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画面料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

コロナ特例とオンライン診療の比較①

		コロナ特例（0410対応）	オンライン診療
	算定項目名	電話等を用いた場合の初診料、電話再診料	令和4年度診療報酬 初診料、再診料、外来診療料（情報通信機器を用いた場合）
算定 頻度	算定頻度	処方箋受付ごと	患者に対して診療行為を行った場合
届出 関連	行政等への届出	毎月実施状況を都道府県へ報告	地方厚生(支)局への施設基準に係る届出が必要
	病院としての条件	規定なし	規定なし
体制 関連	指針	規定なし	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制
	実施場所	規定なし	原則として院内（事後的に確認可能な場所であること）
	対面とオンラインの 同一医師	規定なし	同一医師であることが望ましい
	診療に用いるシステム等	電話や情報通信機器	視覚・聴覚情報が得られる機器
	診療計画の作成	規定なし	策定必須(2年間保存)
	指定の研修受講	必要 ※1	必要※1
	その他体制項目	-	対面診療が提供できる体制の確保 患者の状況等対応困難な場合、他の医療機関と連携して対応できる体制の確保

※1 新型コロナウイルス感染症拡大に伴う時限的・特例的な取扱いが継続している間は、当該研修を受講していなくとも差し支えない。

コロナ特例とオンライン診療の比較②

		コロナ特例（0410対応）	オンライン診療
	算定項目名	電話等を用いた場合の初診料、電話再診料	令和4年度診療報酬 初診料、再診料、外来診療料(情報通信機器を用いた場合)
患者条件	患者条件	初診から可能、対象疾患の規定なし	初診から可能、対象疾患の規定なし
処方	処方薬剤の範囲	【初診の場合】 麻薬、向精神薬：不可 特に安全管理が必要な薬剤 （患者の基礎疾患の情報が把握できない場合）：不可 【再診の場合】 「これまで処方していた医薬品」、「当該疾患により 予測される症状の変化に対して新たに処方する医薬品」	【初診の場合】 麻薬、向精神薬：不可 特に安全管理が必要な薬剤 （患者の基礎疾患の情報が把握できない場合）：不可 【再診の場合】 規定なし
	処方日数の上限	7日間（患者の基礎疾患の情報が把握できない場合のみ）	7日間（患者の基礎疾患の情報が把握できない場合のみ）
	処方箋交付	処方箋備考欄に「0410対応」と記載。患者希望の保険薬局へFAX送信後、医療機関から薬局へ原本を送付可	規定なし
その他	準拠法等	令和2年4月10日付け 厚生労働省医政局医事課 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡	診療報酬
	患者一部負担金の支払方法	銀行振込、クレジットカード決済、電子決済等による方法で差し支えなし	規定なし

オンライン資格確認の活用による評価

オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る 評価を新設する。

新

初診料	電子的保健医療情報活用加算	7 点
再診料	電子的保健医療情報活用加算	4 点
外来診療料	電子的保健医療情報活用加算	4 点

オンライン資格確認システムで診療情報等を取得し診療を行った場合に月 1 回加算

【施設基準】

1. オンライン請求
2. オンライン資格確認を行う体制
3. オンライン資格確認に関する事を院内に掲示していること。



【オンライン請求割合】

点数表	電子レセプト		紙媒体
	オンライン	電子媒体	
医科 (軒数)	69,060 (73.5%)	21,550 (22.9%)	3,382 (3.6%)

令和3年9月処理 (支払基金)

1. 現在の申込状況

オンライン資格確認の導入予定施設数

<顔認証付きカードリーダー申込数>

130,797施設 (57.1%) / 229,243施設

【内訳】

病院	6,435 /	8,218施設	78.3%
医科診療所	39,966 /	89,425施設	44.7%
歯科診療所	34,722 /	70,697施設	49.1%
薬局	49,674 /	60,903施設	81.6%

※ 病院の申込割合は全都道府県で60%超、うち、1県で90%以上、
25府県で80%以上、18都道県で70%以上

医科診療所の申込割合は15県で50%超

歯科診療所の申込割合は3県で70%以上、9県で60%以上

薬局の申込割合は全都道府県で70%超、29都府県で80%以上

※ 公的医療機関等における申込状況は厚生労働省HPに掲載

2. 準備完了施設数

42,588施設 (18.6%)

※ 院内システムの改修など、準備が完了している施設数

病院	2,790 施設	医科診療所	12,118 施設
歯科診療所	9,114 施設	薬局	18,566 施設

3. 運用開始施設数

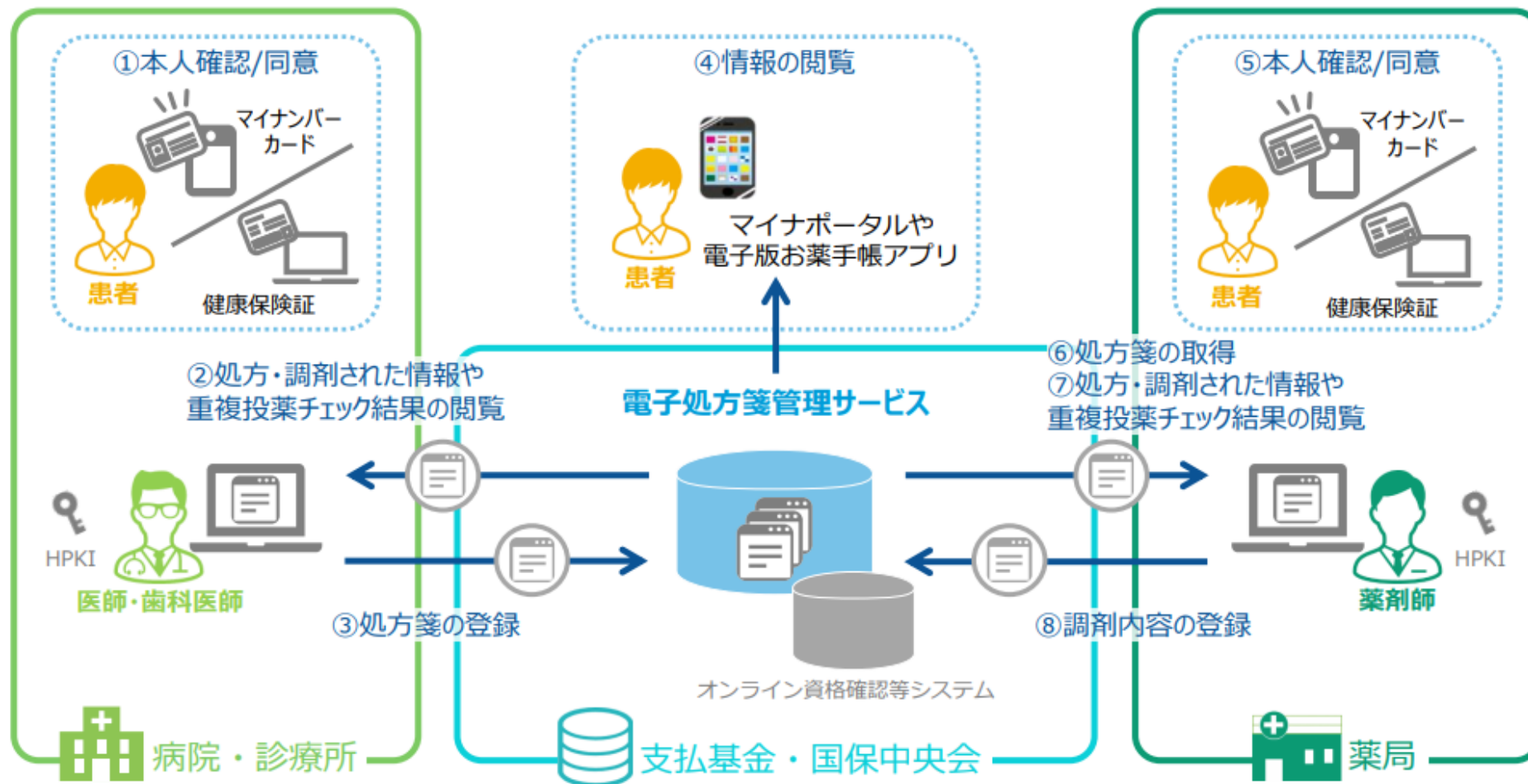
28,927施設 (12.6%)

病院	2,097 施設	医科診療所	7,936 施設
歯科診療所	6,698 施設	薬局	12,196 施設

目標：2023年3月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指す（令和3年6月成長戦略フォローアップ閣議決定）

電子処方箋とは

電子処方箋とは、電子的に処方箋の運用を行う仕組みであるほか、複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の閲覧、それらを活用した重複投薬チェックなどを行えるようになります。



情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進



情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

➤ 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



2022年度改定

カンファレンス実施要件が全てオンラインでの開催も可能へ！

【対象となる項目】

- ・感染対策向上加算
- ・入退院支援加算1
- ・退院時共同指導料 1・2
- ・介護支援等連携指導料
- ・在宅患者訪問看護・指導料
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

プログラム医療機器を使用した診療報酬

新

禁煙治療補助システム指導管理加算 **140点**
※ニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者が対象

【算定要件】

- 禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合
- 当該管理料を算定した日に1回に限り加算

新

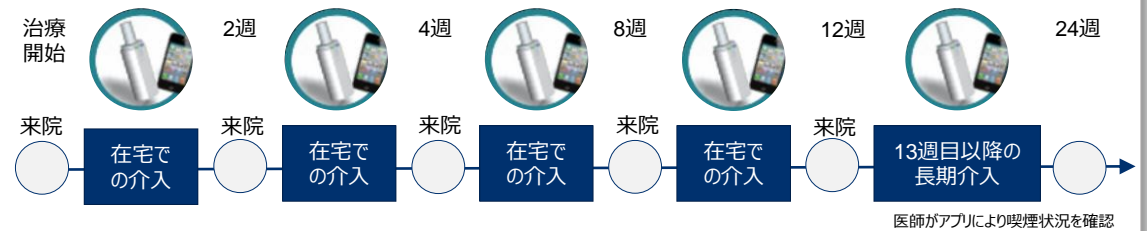
禁煙治療補助システム加算 **2,400点**

【算定要件】

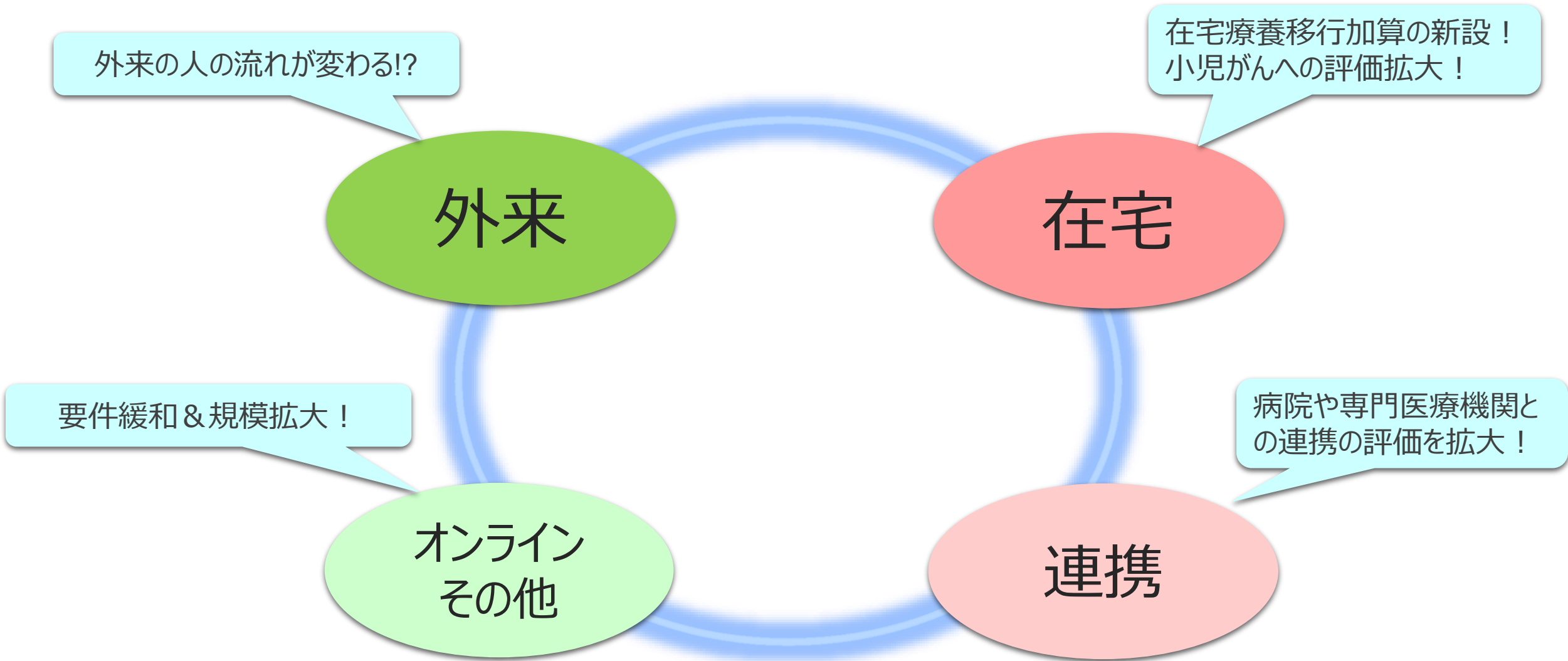
- 禁煙治療補助システムを使用した場合



診療イメージ



まとめ



お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、**令和4年4月20日（水曜日）（必着）**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

alfresa

