

# 新潟県保険医会 FAXニュース

第52号

新潟県保険医会

〒950-0865

新潟市中央区本馬越2-17-5

TEL (025)241-8625

FAX (025)241-4959

開所時間 月～金 9:00～17:30

## 医科診療報酬改定速報

「2月7日中医協答申」及び「個別改定項目資料」より抜粋したものです。詳細は3月に公表される告示、通知等で確認してください。

### ■初・再診料に関する改定

#### 1、初診料・機能強化加算に関する患者への説明

(1)「かかりつけ医機能」の説明として、院内掲示に下記の事項を追加する。

①必要に応じて、専門医、専門医療機関への紹介を行っていること。

②医療機能情報提供制度(にいがた医療情報ネット)を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関として検索できること。

(2) 院内に掲示している事項と同様の内容を記載した書面を、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。併せて、患者の求めがあった場合には当該書面を交付する。

#### 2、再診料・地域包括診療加算の施設基準緩和

時間外の対応に係る要件として「時間外対応加算3」(時間外における患者からの問い合わせ等に対し、複数の診療所と連携して午後10時まで輪番で対応)の届出でも可とする。

#### 3、電話再診時の診療情報提供料(I)の算定

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医療機関(下記①②③に限定)の受診を指示した上で、受診先に対して同日に診療情報の提供を行った場合は診療情報提供料(I)を算定可能とする。

(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医療機関)

①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)

②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

③「救急医療対策の整備事業について」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

#### 4、妊婦加算の廃止

#### 5、オンライン診療料

- (1) 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- (2) 緊急時に速やかに対面診療を受けられる医療機関を患者に説明した上で、診療計画に記載しておく。
- (3) 対象疾患に定期的に通院が必要な「慢性頭痛」を追加する。
- (4) へき地、医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、医師の急病等により診療継続が困難となる場合、二次医療圏内においてオンライン診療を届出ている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ことを認める。
- (5) へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、「当該他の保険医療機関内」でオンライン診療を行うことができる。この場合の診療報酬の請求は、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において行う。

### ■医学管理等の改定

#### 1、オンライン医学管理料を通則から削除

オンライン診療の際に下記の医学管理を行った場合は、個別の医学管理料の所定点数に代えて、「情報通信機器を用いた場合 100点」として、月1回に限り「オンライン診療料」と併せて算定する。

| 医学管理料        | オンライン診療の際に医学管理を行った場合           |
|--------------|--------------------------------|
| 特定疾患療養管理料    | 特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）100点    |
| 小児科療養指導料     | 小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）100点     |
| てんかん指導料      | てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）100点      |
| 難病外来指導管理料    | 難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）100点    |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）100点 |
| 地域包括診療料      | 地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）100点      |
| 認知症地域包括診療料   | 認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）100点   |
| 生活習慣病管理料     | 生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）100点     |

#### 2、「診療情報提供料（Ⅲ） 150点」の新設

##### (1) 対象患者

- ① 「かかりつけ医機能を有する医療機関」から紹介された患者

※ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」とは

▼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（共に在宅療養支援診療所・病院に限る）を届け出ている医療機関

(想定される事例)

A眼科医院が、かかりつけ医機能を有するB内科クリニックから紹介を受けた糖尿病患者について、糖尿病網膜症と診断し継続的な診療を行うとともに、紹介元であるB内科クリニックの求めに応じて、当該患者に対する指導内容や今後の治療方針等の情報をB内科クリニックに提供したような場合

②妊娠中であって、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  
(想定される事例)

A内科医院が、血糖値の異常を認めた妊婦についてB産婦人科医院から紹介を受け、妊娠糖尿病と診断し継続的な診療を行うとともに、紹介元であるB産婦人科医院の求めに応じて、当該患者に対する指導内容や今後の治療方針等についてB産婦人科医院に情報提供したような場合

③別の保険医療機関から「かかりつけ医機能を有する医療機関」に紹介された患者  
(想定される事例)

かかりつけ医機能を有するAクリニックが、B大学病院から治療を終えた患者の逆紹介を受け、紹介元であるB大学病院の求めに応じて、当該患者に対する自院での治療内容等についてB大学病院に情報を提供したような場合

## (2) 算定要件

- ①紹介元の保険医療機関からの求めに応じ、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産科若しくは産婦人科医療機関から紹介された妊娠中の患者について、頻回の情報提供の必要性を認め、紹介元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。

## (3) 診療情報提供料（Ⅲ）を算定する医療機関の施設基準

- ①敷地内禁煙である。
- ②妊娠中の患者については、当該保険医療機関内に妊婦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。

## 3、小児かかりつけ診療料の見直し

### (1) 算定対象年齢

- ①従前どおり未就学児までを対象とするが、「算定開始年齢」を3歳未満から6歳未満に拡大。
- ②6歳以上の患者にあつては、6歳未満から当該診療料を算定していることが条件。

(2) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は「処方箋を交付する場合」の点数で算定する。⇒「常態として院外処方箋を交付する保険医療機関」が同一月内に投薬を行わなかった場合の例外規定を廃止。

(3) 小児抗菌薬適正使用支援加算の算定は「月1回限度」とする。

## 4、小児科外来診療料の見直し

- (1) 対象患者を3歳未満から6歳未満に拡大する。
- (2) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「処方箋を交付する場合」の点数

で算定する。⇒「常態として院外処方箋を交付する保険医療機関」が同一月内に投薬を行わなかった場合の例外規定を廃止

(3) 小児抗菌薬適正使用支援加算の算定は「月1回限度」とする。

(4) 施設基準に係る届出を求めることとする。

## 5、小児特定疾患カウンセリング料の見直し

(1) 「公認心理師による場合 200点」を新設

①一連のカウンセリングの初回は医師が実施。

②当該医師による治療計画に基づき、公認心理師が20分以上カウンセリングを行う。

③継続的にカウンセリングを行う場合は、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行う。

(2) 対象に被虐待児等を含むことを明確化する。

## 6、外来栄養食事指導料の見直し

(1) 2回目以降の栄養食事指導について、電話又は情報通信機器を用いた場合を評価。

(2) 診療所における栄養指導について、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行った場合を評価する。(在宅患者訪問栄養食事指導料も同様)

| イ 外来栄養食事指導料 1<br>(当該保険医療機関の管理栄養士により実施した場合に算定)    | ロ 外来栄養食事指導料 2<br>(他施設の管理栄養士と連携して実施した場合・診療所のみ算定) |
|--|---|
| (1) 初回 260点                                      | (1) 初回 250点                                     |
| (2) 2回目以降<br>対面で行った場合 200点<br>情報通信機器を使用する場合 180点 | (2) 2回目以降 190点                                  |

## 7、在宅療養指導料の算定要件緩和

医師が療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師に行った指示内容を、診療録に記載する規定を削除。(糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料についても同様)

## 8、生活習慣病管理料の見直し

(1) 糖尿病患者に対して、年1回程度の眼科受診を行うよう指導することを算定要件に追加。

(2) 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。

## 9、外来リハビリテーション診療料の要件緩和

医師とリハビリを提供したスタッフとのカンファレンスを必須とする算定要件を削除。

①医師はスタッフからの報告を受け、診療録に必要事項を記載する。

②スタッフからの報告はカンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。

## 10、ニコチン依存症管理料の見直し

(1) 2回目から4回目に情報通信機器を用いた場合の点数を新設する。

(情報通信機器を使用した場合の算定要件)

- ①再診料、オンライン診療料、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)は別に算定不可。
- ②初回に対面診察を行った医師と同一の医師が当該保険医療機関内において行う。
- ③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。

(2) 初回から5回目までの一連の治療を評価する「ニコチン依存症管理料2」を新設する。

(ニコチン依存症管理料2の算定要件)

- ①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。
- ②患者が2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、電話等によって受診を指示する。
- ③患者が受診を中断する場合には、中断理由を聴取して診療録等に記載する。
- ④2回目から4回目の指導については情報通信機器を用いて実施することができる。

(3) 加熱式たばこの喫煙者も対象とする。

| ニコチン依存症管理料1           |      | ニコチン依存症管理料2 |      |
|-----------------------|------|-------------|------|
| イ 初回                  | 230点 | (一連につき)     | 800点 |
| ロ 2回目から4回目まで          |      |             |      |
| (1)対面で診察を行った場合        | 184点 |             |      |
| (2)情報通信機器を用いて診察を行った場合 | 155点 |             |      |
| ハ 5回目                 | 180点 |             |      |

## 11、「婦人科特定疾患治療管理料 250点(3月に1回)」の新設

ホルモン剤を投与している器質性月経困難症を有する患者に対して、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婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合に算定する。

## ■在宅医療の改定

### 1、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「2」の見直し

(主治医から依頼を受けた保険医療機関が算定する訪問診療料)

- (1) 診療状況を把握し、医学的に必要と判断した主治医から新たに診療の求めがあった場合には、6月を超えても引き続き算定できることを明確化。
- (2) 6月を超えて算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に継続的な訪問診療の必要性について記載を求める。

### 2、小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の制限緩和

保険医療機関の退院日から小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の宿泊サービスを利用する患者に限り、サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

### 3、訪問看護における特定保険医療材料の見直し

訪問看護における特定行為等で用いる可能性のある医療材料を、在宅医療で算定可能な特定

保険医療材料に追加する。(下線部の材料を追加)

【訪問看護師等が使用する場合に医療機関で算定可能な特定保険医療材料】

001 腹膜透析液交換セット、002 在宅中心静脈栄養用輸液セット、003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ、004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル、005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル、006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)、007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ、008 皮膚欠損用創傷被覆材、009 非固着性シリコンガーゼ、010 水循環回路セッ、011 膀胱瘻用カテーテル、012 交換用胃瘻カテーテル、013 局所陰圧閉鎖処置用材料、014 陰圧創傷治療用カートリッジ

#### 4、オンライン在宅管理料

- (1) 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- (2) 「連続する3月は算定できない」とする制限を廃止。
- (3) 月2回以上の訪問診療を行っている場合についても算定可能とする。
- (4) 医師が5人以下のチームで在宅診療を行っている場合で、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医学管理を行うことを認める。

#### 5、在宅自己注射指導管理料の見直し

- (1) 「バイオ後続品導入初期加算 150点」(初回処方日の属する月から起算して3月を限度)を新設。
- (2) オンライン診療の際に在宅自己注射指導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「在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた場合)100点(月1回)」として算定する。
- (3) 「血糖自己測定器加算・間欠スキャン式持続血糖測定器によるもの 1,250点」(新設)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、間欠スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に加算。

#### 6、在宅自己腹膜灌流指導管理料の見直し

- (1) 当該管理料を算定している患者が他保険医療機関において血液透析を実施した場合、診療報酬明細書の摘要欄に他保険医療機関名、他保険医療機関での実施の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可能とする。
- (2) 人工透析を実施する他保険医療機関では、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、週1回を限度として人工腎臓を算定可能とする。

#### 7、在宅自己導尿指導管理料の見直し

- (1) 在宅自己導尿指導管理料の引き下げ 1,800点 ⇒ 1,400点

## (2) 特殊カテーテル加算の見直し

- ①当該管理料に含まれていた「再利用型カテーテル」を「特殊カテーテル加算」として評価。
- ②「親水コーティングを有するもの」の点数を使用頻度に応じて区分。「脊髄障害、二分脊椎、他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱、その他」の患者に使用した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にいずれかの要件を満たす医学的根拠の記載を求める。
- ③3月に3回に限り算定できることを明記

|   |         |
|---|---------|
| 1 再利用型カテーテル                               | 400 点   |
| 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル<br>イ 親水性コーティングを有するもの |         |
| (1) 60 本以上の場合                             | 1,700 点 |
| (2) 90 本以上の場合                             | 1,900 点 |
| (3) 120 本以上の場合                            | 2,100 点 |
| ロ イ以外のもの                                  | 1,000 点 |
| 3 間歇バルーンカテーテル                             | 1,000 点 |

## 8、「在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2」の新設

分娩後12週間以内も算定可能とする「在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2 150 点」を新設。妊娠中に「在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1」を算定した患者について、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に「在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2」（分娩後12週間以内に1回）を算定する。

## 9、情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

### (1) 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算

モニタリング項目から血圧を削除し、「機器の使用時間及び酸素流量等の状態」を追加する。

### (2) 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

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。

### (3) 両加算における「緊急時の対応に係る施設基準」を削除する。

## ■投薬・注射の改定

### 1、調剤料、処方箋料の一般名処方加算、調剤技術基本料の引き上げ

| 調剤料（外来）                    | 処方箋料の一般名処方加算           | 調剤技術基本料                       |
|----------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 内服薬、浸煎薬及び屯服薬<br>9 点 ⇒ 11 点 | 一般名処方加算 1<br>6 点 ⇒ 7 点 | その他の患者に投薬を行った場合<br>8 点 ⇒ 14 点 |
| 外用薬<br>6 点 ⇒ 8 点           | 一般名処方加算 2<br>4 点 ⇒ 5 点 |                               |

### 2、点滴注射の手技料

6歳未満児（100ml以上）、6歳以上（500ml以上）の手技料を1点引き上げる。

## ■検査の改定

### 1、血液化学検査・アルブミン

BCG法の算定は2022年3月31日までとする。

### 2、超音波検査の見直し

- (1) 断層撮影法に「訪問診療時に行った場合 400点(月1回)」を新設する。
- (2) パルスドプラ法加算を引き下げる。 200点 ⇒ 150点
- (3) 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に記載した場合に算定できることとする。
- (4) 胸腹部等の断層撮影法を実施した場合は、検査した臓器や領域の該当項目を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

### 3、認知機能検査その他の心理検査

- (1) 「操作が容易なもの」を「イ 簡易なもの 80点」と「ロ その他のもの 80点」に区分。
- (2) 「イ 簡易なもの」は原則3月に1回の算定とする。(MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、EAT-26、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール、MMSE)
- (3) 「イ 簡易なもの」を医学的な必要性から3月に2回以上検査を実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に医学的根拠を記載する。

## ■リハビリテーションの改定

### 1、専従従事者の他業務兼務について

当該保険医療機関において、疾患別リハ(心大血管疾患リハを除く)、障害児(者)リハ及びがん患者リハが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハの実施時間以外に他の業務に従事することを認める。

### 2、「リハビリテーション実施計画」の位置づけの明確化

- (1) 疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内にリハビリテーション実施計画書を作成し、診療録に添付する。
- (2) 当該計画書の作成前に行われる疾患別リハについては、医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できる。
- (3) リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、ADL項目としてBI又はFIMのいずれかを用いる。

### 3、維持期リハビリテーション

①要介護被保険者以外、②入院中の要介護被保険者については、引き続き算定が可能であることを明確化する。

## ■処置の改定

### 1、人工腎臓

HIF-PhD阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、「院内で処方すること」「その費用は所定点数に含まれ別に算定できないこと」とされてきたが、院外処方も可能とし、院内で処方する場合と処方箋で交付する場合とで点数を区分する。

### 2、治療装具の項目の整理

|                           |        |                           |        |
|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
| 義肢採型法                     |        | 練習用仮義足又は仮義手採型法            |        |
| 1 四肢切断の場合（1肢につき）          | 700点   | 1 四肢切断の場合（1肢につき）          | 700点   |
| 2、股関節、肩関節離断の場合<br>（1肢につき） | 1,050点 | 2、股関節、肩関節離断の場合<br>（1肢につき） | 1,050点 |

|                     |      |               |      |
|---------------------|------|---------------|------|
| 治療用装具採寸法<br>（1肢につき） | 200点 | 治療用装具採型法      |      |
|                     |      | 1 体幹装具        | 700点 |
|                     |      | 2 四肢装具（1肢につき） | 700点 |
|                     |      | 3 その他（1肢につき）  | 200点 |

## ■その他の改定

### 1、紹介状なし大病院受診

- （1）定額負担の徴収義務医療機関の対象範囲を「特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）」に拡大
- （2）定額負担を徴収しなかった場合の事由について報告を求める。

### 2、自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く）に対する明細書発行

- （1）明細書を常に交付できない正当な理由がある診療所においても、「患者からの求めがあった場合」には明細書発行を義務とする。
- （2）明細書発行のための機器改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、2年間の経過措置を設ける。

### 3、禁煙を求めている施設基準の見直し

健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関は原則「敷地内禁煙」となることから、屋内禁煙については個別点数の施設基準から削除する。

### 4、介護老人保健施設におけるがん診療の充実

悪性新生物に罹患している介護老人保健施設入所患者に対しては、薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤も医療保険による給付とする。