

新潟県保険医会 FAXニュース 第72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

《令和4年度 医科診療報酬改定速報》

「2月9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。

1. 感染症対策に係る評価

■ 外来感染対策向上加算 6点(月1回)(新設・要届出、診療所に限る)

(1) 患者1人につき月1回に限り下記点数に加算する。

ア 初診料 イ 再診料 ウ 小児科外来診療料 エ 外来リハビリテーション診療料
 オ 外来放射線照射診療料 カ 地域包括診療料 キ 認知症地域包括診療料
 ク 小児かかりつけ診療料 ケ 外来腫瘍化学療法診療料 コ 救急救命管理料
 サ 退院後訪問指導料 シ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)
 ス 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
 セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
 ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
 チ 在宅患者訪問栄養食事指導料 ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
 テ 精神科訪問看護・指導料

(2) 専任の院内感染管理者や感染防止対策部門の設置、年2回程度の定期的な研修、新興感染症の発生時等に発熱患者の動線を分ける体制を有すること等の施設基準要件が設けられている。

(3) 外来感染対策向上加算への加算として、以下の点数が新設。

・連携強化加算 3点(月1回)(新設・要届出)

感染対策向上加算1の届出を行う他の保険医療機関との連携体制の確保等が要件。

・サーベイランス強化加算 1点(月1回)(新設・要届出)

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が要件。

2. 初・再診料

■ 初診料「機能強化加算」の要件見直し

(1) 必要に応じ次の対応を行い、その旨を院内及びホームページ等に掲示することとされた。

(イ) 患者が受診する他の医療機関及び処方されている医薬品を把握・管理し、診療録に記載する。

(担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能)

(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行う。

(ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる。

(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じる。

(ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行う。

(2) 次の点数で機能強化加算の届出を行っている場合に実績要件(過去1年間)が設けられた。それぞれ①又は②の要件を満たす必要がある。

[地域包括診療加算(診療料)2]

① 地域包括診療料(診療料)2の算定患者が3人以上

② 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)「1」と(Ⅱ)、往診料の算定患者の合計が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(「機能強化型」以外の支援診・支援病)]

① 緊急往診の実績が3件以上

② 在宅での看取り又は15歳未満の超・準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応を行う常勤の医師を配置することとされた。

■ 再診料「地域包括診療加算」への対象疾患追加(地域包括診療料も同取扱)

対象疾患に慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る)が追加された。

3. 医学管理等

■ 外来在宅共同指導料(新設)

・ 外来在宅共同指導料1 400点 (在宅での療養を担う医療機関が算定)

・ 外来在宅共同指導料2 600点 (外来医療を担う医療機関が算定)

(1) 外来で継続的に診療(4回以上受診)を受けている患者が対象。

(2) 在宅療養を担う保険医と、外来で継続的に診療を行っている保険医が、共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行い、文書で情報提供した場合に患者1人につき1回に限り算定。

■ 小児かかりつけ診療料 時間外対応で点数を区分

・ 小児かかりつけ診療料1(10点引上げ):時間外対応加算1又は2を届け出ている。

・ 小児かかりつけ診療料2(1点引下げ):次のいずれかを満たす。

ア. 時間外対応加算3を届け出ている。

イ. 在宅当番医制等で初期小児救急医療に参加し、休日・夜間の診療を年6回以上実施。

■ 生活習慣病管理料 「投薬」を点数の包括外に

(1) 投薬に係る費用が点数の包括評価の対象範囲から除外され「処方箋を交付する場合」と「それ以外の場合」の区分が廃止された。

(2) 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、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ことが明記された。

(3) 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こととされた。

■ 診療情報提供料(Ⅰ) 対象患者等が拡大

「アレルギー疾患を有する児童」「小児慢性特定疾病支援の対象患者」について学校医等へ診療情報を提供した場合も算定可能とされた。

■ 診療情報提供料(Ⅲ) → 連携強化診療情報提供料(名称変更)

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であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の算定上限回数が「3月に1回」から「月に1回」に変更された。

■ アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(月1回)(新設・施設基準有)

イ 1月目 280点 ロ 2月目以降 25点

アレルギー性鼻炎の患者に対し、文書で治療内容等に係る説明を行い、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算定する。

■ 下肢創傷処置管理料 500点(月1回)(新設・要届出)

下肢の潰瘍を有する患者に対し、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、下肢創傷処置(新設)を算定した月に算定する。

■ 一般不妊治療管理料 250点(新設・要届出)

一般不妊治療を実施している不妊症の患者に対し、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

■ こころの連携指導料(新設・要届出)

・ (Ⅰ) 350点(月1回) (精神科・心療内科へ患者を紹介した場合)

・ (Ⅱ) 500点(月1回) (精神科・心療内科が紹介元の医師へ情報提供した場合)

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又は精神科・心療内科への紹介が必要であると判断された患者(SAD Personsスケール、EPDS、PHQ9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる者)に対し、

かかりつけ医等が精神科・心療内科を標榜する医師と連携して指導や情報提供を実施した場合に算定する。

4. 在宅医療

■ 在宅時(施設入居時等)医学総合管理料の「継続診療加算」→「在宅療養移行加算」(名称変更) 「1」 216点 「2」 116点(新設)

24時間の往診・連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、従来の「1」に加え、市町村・医師会と連携して必要な在宅医療体制を確保した場合の評価「2」が新設された。

■ 訪問看護指示料 手順書加算 150点(6月に1回)(新設)

訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価が新設された。

5. 検査

■ 採取料の引上げ

- ・鼻腔・咽頭拭い液採取 5点→25点
- ・動脈血採取(1日につき) 50点→55点

6. 投薬

■ 湿布薬の処方上限が1処方につき70枚までから63枚までに引下げ。

■ リフィル処方の新設

症状が安定している患者について、医師の処方により、一定期間内に処方箋を反復利用できる仕組み。

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィル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。→処方箋様式も変更となる。
- (2) 総使用回数の上限は3回まで。1回当たり投薬期間及び総投薬期間は、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) 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は対象外。
- (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は、通常の場合と同様。2回目以降の調剤については、原則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。

7. 注射

■ 注射手技料の引上げ

- ・皮内、皮下及び筋肉内注射 20点→22点
- ・静脈内注射 32点→34点
- ・点滴注射
 - 「1」6歳未満の乳幼児に対するもの(100mL以上/1日) 99点→101点
 - 「2」「1」に掲げる者以外の者に対するもの(500mL以上/1日) 98点→99点
 - 「3」その他の場合 49点→50点

8. リハビリテーション

■ 標準的算定日数を超えたリハビリにFIM測定を要件化

月1回以上の機能的自立度評価法(FIM)の測定を要件化し、1年間に算定した人数、FIM等について報告を要件化する。(令和4年9月30日まで経過措置有)。

9. 精神科専門療法

■ 通院・在宅精神療法

「精神保健指定医による場合」の区分が新設され、点数が見直された。

■ 通院精神療法 「療養生活継続支援加算」 350点（月1回）（新設・要届出）

重点的な支援を要する患者に対し、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、患者が地域生活を継続するための面接・関係機関との連絡調整を行った場合、1年を限度に加算。

10. 処置

■ 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）（新設）

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、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J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合に所定点数に加算する。

■ 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回）（新設・施設基準有）

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎の6歳未満の乳幼児に対して、診察の結果抗菌薬投与の必要性を認めず、抗菌薬を使用せずに区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行い、療養上必要な指導及び当該処置の結果説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に加算する。

■ 耳鼻咽喉関係の処置に係る引上げ

耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む） 25点→27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→16点

口腔、咽頭処置 14点→16点

■ 下肢創傷処置（新設）

1 足部（踵を除く）の浅い潰瘍 135点

2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点

3 足部（踵を除く）の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍 270点

■ 人工腎臓

(1) HIF-PH阻害剤の院外処方の有無による評価区分を廃し、当該薬剤に係る費用を包括した点数として再編された。

(2) 人工腎臓を実施している患者に対し、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合に算定できる**透析時運動指導等加算（75点）**が新設された。

11. 手術

■ 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン等の点数引上げ（一部抜粋）

創傷処理：「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満） 1,250点→1,400点 など

皮膚切開術：「1」長径10cm未満 570点→640点 など

■ バルーン内視鏡加算 450点（新設）

一部手術・内視鏡検査に、バルーン内視鏡を用いて実施した場合の加算が新設された。

■ 不妊治療に係る手技の新設（一部抜粋）

人工授精 1,820点

体外受精・顕微授精管理料 1 体外受精 4,200点

2 顕微授精 イ. 1個 4,800点 ロ. 2～5個 6,800点

ハ. 6～9個 10,000点 ニ. 10個以上 12,800点

12. 情報通信機器を用いた診療・ICTの利活用について

■ 初・再診料に情報通信機器を用いた場合の点数が新設（要届出）。**オンライン診療料は廃止**された。

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

■ 情報通信機器を用いて行った医学管理等

(1) 以下の医学管理の点数に新たに「情報通信機器を用いた場合」の点数が新設された。(要届出)
いずれも従来の対面による評価の約 87%の点数となる。

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、薬剤総合評価調整管理料

(2) 下記は「情報通信機器を用いた場合」の評価対象から除外された。

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

(3) 下記点数の「情報通信機器を用いた場合」の点数が引上げられた。

- ・ 特定疾患療養管理料 「1」診療所の場合 100点→196点（「2」「3」省略）
- ・ 小児科療養指導料 100点→235点
- ・ 難病外来指導管理料 100点→235点
- ・ てんかん指導料 100点→218点
- ・ 糖尿病透析予防管理料 100点→305点

■ 在医総管・施設総管におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設(要届出)

以下 2 つの「訪問(対面)診療と情報通信機器を用いた診療を組合わせた場合」の評価が新設された。

- ・ 月 2 回以上訪問診療等を行い、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- ・ 月 1 回訪問診療等を行い、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

■ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設(新設・要届出)

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加算が新設された。(いずれも 50 点)

- ・ 生活習慣病管理料 … 「外来データ提出加算」
- ・ 在宅時(施設入居時等)医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料 … 「在宅データ提出加算」
- ・ 疾患別リハビリテーション料 … 「リハビリテーションデータ提出加算」

■ オンライン資格確認システムを用いた診療の評価

初診料 「電子的保健医療情報活用加算」 7 点(月 1 回)(新設・施設基準有)
再診料 「電子的保健医療情報活用加算」 4 点(月 1 回)(新設・施設基準有)

電子資格確認(オンライン資格確認システム)により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合、月 1 回に限り所定点数に加算する。

13. その他

■ 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

(1) 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲が、現行の特定機能病院及び一般病床 200 床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関(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)」のうち一般病床 200 床以上の病院へ拡大される。

(2) 定額負担を求める患者の初再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診】 医科：200 点 / 歯科：200 点 【再診】 医科：50 点 / 歯科：40 点

(3) 定額負担の金額が以下のとおり変更される。

【初診】 医科：7,000 円 / 歯科：5,000 円 【再診】 医科：3,000 円 / 歯科：1,900 円