

# 2022年度診療報酬改定 速報版 (Ver. 0.9)

2022年2月10日

**JIRA** 一般社団法人 日本画像医療システム工業会  
経済部会 診療報酬委員会 鍵谷 昭典

# **2022年度診療報酬改定 画像診断関連**

# 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、**画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する**取組について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) **報告書管理体制加算(退院時1回)** 7点



### [対象患者]

画像診断又は病理診断が行われた入院患者

### [算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に**第4部画像診断**又は**第13部病理診断**に掲げる診療料を算定したもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、**退院時1回に限り**、所定点数に加算する。

# 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

診療放射線技師の役割が  
非常に重要となってくる！

新

## [施設基準]

- (1)放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3)画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4)医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
- (5)組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。
- (6)当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
- (7)報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。
- (8)報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

## E 画像診断

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)

1～3(略)

注1～9(略)

10 MRI撮影について、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、肝エラストグラフィを行った場合は、

肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

新

## D 検査

D206 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

1・2(略) 注1~4(略)

5 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、**冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)**として、**7,200点を所定点数に加算**する。

新

(新設)D215-4 **超音波減衰法検査 200点**

注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定又は区分番号D215-3に掲げる超音波エラストグラフィーを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

新

D217 骨塩定量検査

(新設) 2 **REMS法(腰椎) 140点** 注 同一日にREMS法により大腿たい骨の骨塩定量検査を行った場合には、**大腿たい骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算**する。

新

D413 前立腺針生検法 1,400点

(新設)1 **MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点**

(新設)2 **その他のもの 1,540点**

注 1については、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。

新

D415-4 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点

注 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、**ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算**する。

新

## K 手術

### K939 画像等手術支援加算

1 (略)

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444-2までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

改

3 (略)

注 区分番号K082、K082-3、K437からK439まで及びK444に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

K939-2~K939-8 (略)

K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点

新

# **2022年度診療報酬改定 放射線治療関連**

## M 放射線治療

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1~5 (略)

(新設) 6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点

(新設) 7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点



注1~4 (略)

注5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

注6 7については、MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫(パラングリオーマを含む。)の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

## M 放射線治療

### M001 体外照射

改定前	改定後
<p>1・2（略） 注1（略） 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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、<u>460点を所定点数に加算</u>する。</p>	<p>1・2（略） 注1（略） 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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、<b>一回線量増加加算</b>として、<b>690点を所定点数に加算</b>する。</p>
<p>3（略） 注1（略） 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、<u>1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射</u>を行った場合は、一回線量増加加算として、<u>1,000点を所定点数に加算</u>する。</p>	<p>3（略） 注1（略） 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、<b>1回の線量が3Gy以上の前立腺照射</b>を行った場合は、一回線量増加加算として、<b>1,400点を所定点数に加算</b>する。</p>

改

改

## M 放射線治療

### (新設)M001－5 ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)

187,500点

新

注1 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

注2 ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する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、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

注3 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、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

注4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

# 放射線治療病室管理加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

質の高い放射線内用療法を提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

放射線治療病室管理加算について、**治療用放射性同位元素**又は**密封小線源**による治療が行われた患者に対する**放射線治療病室管理**をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

### 【放射線治療病室管理加算】

#### 放射線治療病室管理加算(1日につき)

- |                              |        |
|------------------------------|--------|
| 1 <b>治療用放射性同位元素</b> による治療の場合 | 6,370点 |
| 2 <b>密封小線源</b> による治療の場合      | 2,200点 |

放射線治療病室管理加算 2,500点  
を分割評価することとなった！



### 【算定要件】

注1 **1**については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、**治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は**第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。**)について、所定点数に加算する。

注2 **2**については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、**治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は**第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。**)について、所定点数に加算する。

### 【施設基準】

#### 放射線治療病室管理加算の施設基準

##### (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

医療法施行規則第三十条の十二各号に掲げる基準を満たすものであること。

##### (2) 密封小線源による治療の場合の施設基準

医療法施行規則第三十条の十二第一号及び第二号に掲げる基準を満たすものであること。

## B 医学管理料

### B001-2-8 外来放射線照射診療料の算定要件の見直し

改定前	改定後
<p>B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点 注1・2 (略)</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料<u>及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料</u>は、算定しない。</p>	<p>B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点 注1・2 (略)</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。 <u>(抹消)</u></p>

改

# **2022年度診療報酬改定 医療技術評価関連**

# 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

## 第1 基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、**診療ガイドラインの改訂**や、**レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果**を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

改

## 第2 具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、**関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記すること**や、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、**診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう**、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

項目	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	733 件 新規技術 284 件 既存技術 449 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>	714 件
② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>	19 件
③ うち、①及び②に該当する技術	7 件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	175 件 新規技術 77 件 既存技術 98 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>	170 件
② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>	5 件
③ うち、①及び②に該当する技術	5 件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	558 件 新規技術 206 件 既存技術 352 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>	544 件
② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>	14 件
③ うち、①及び②に該当する技術	2 件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案 <sup>※3</sup> 又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論 <sup>※4</sup> された提案	188 件

打率  
2里4分

# 医療技術評価分科会での 先進医療からの技術

1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術技術 ②うち、  
先進医療として実施されているもの

## A 2 陽子線治療

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 4 重粒子線治療

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 14 LDLアフェシス療法

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 17 MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 25 流産検体を用いた染色体検査

評価すべき医学的な有用性が示されている。

※**粒子線治療**については、先進医療会議の結論をそのまま踏襲。2022年度改定で、切除不能な「**大型の肝細胞がん**」「**肝内胆管がん**」「**局所進行膵がん**」「**大腸がん術後局所再発**」「**局所進行子宮頸部腺がん(重粒子線治療のみ検討対象)**」の5種類のがんについて、保険適用の方向。

# 医療技術評価分科会の資料によると 診療報酬改定において 対応する優先度が高い技術 **175件**

**新規技術 77 件**

**既存技術 98 件**

ここに掲載されている医療技術の中で  
対応する優先度が高い技術について  
2022年度診療報酬改定の内容に  
現時点では反映されていないものもありますので、  
あくまでも参考として下さい！

## <画像診断>

**このAI技術について、現時点では  
診療報酬に反映されていません！**

204101 未 日本医学放射線学会

**人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算(単純・コンピューター断層撮影)  
提案について妥当性が示されている。**

214101 未 日本核医学会

**M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの  
提案について妥当性が示されている。**

214102 未 日本核医学会

**M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの  
提案について妥当性が示されている。**

214204 既 日本核医学会

**ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層  
・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影 (薬剤師配置)  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。**

214205 既 日本核医学会

**内用療法用放射性医薬品を院内調製する場合、「放射性同位元素内用療法管理料  
における薬剤師配置が望ましい」を適用要件追加  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。**

## <画像診断>

218101 未 日本肝臓学会

**超音波減衰法による肝脂肪化定量**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

261202 既 日本心血管インターベンション治療学会

**血流予備量比コンピューター断層撮影**

提案について妥当性が示されている。

329102 未 日本磁気共鳴医学会

**先進画像加算 肝エラストグラフィ**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

364103 未 日本脳神経外科学会

**画像等手術支援加算 術中MRIによるもの**

保険医療材料制度等に準じて、対応を行う。

367101 未 日本泌尿器科学会

**核磁気共鳴画像-経直腸的超音波画像融合画像に基づいた前立腺生検**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## <画像診断>

403201 既 日本顎顔面インプラント学会

**広範囲顎骨支持型装置埋入手術における画像等手術支援加算**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

426103 未 日本歯科放射線学会

**歯科部分パノラマ断層撮影**

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

433201 既 日本歯内療法学会

**歯科用3次元エックス線断層撮影の撮影要件に根管形態の明記**  
評価すべき医学的な有用性が示されている。

501204 既 日本薬学会

**ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## <放射線治療関連>

719201 既 日本放射線腫瘍学会  
**「1回線量増加加算」の増点**  
提案について妥当性が示されている。

719203 既 日本放射線腫瘍学会  
**陽子線治療の適応拡大**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

719204 既 日本放射線腫瘍学会  
**重粒子線治療の適応拡大**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

※**粒子線治療**については、先進医療会議の結論をそのまま踏襲。2022年度改定で、切除不能な**「大型の肝細胞がん」「肝内胆管がん」「局所進行膵がん」「大腸がん術後局所再発」「局所進行子宮頸部腺がん(重粒子線治療のみ検討対象)」**の5種類のがんについて、保険適用の方向。

ここ技術について、現時点では診療報酬に反映されていません！

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
204101	人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピュータ断層撮影）	日本医学放射線学会

人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアはすでに複数登場しており、今後、多数の臨床導入が予想される。これらを臨床現場で運用する際は、適切な管理や運用支援が必要である。

### 診療使用の際の問題点例①

個々の人工知能ソフトウェアは薬機法上の承認等を得ており、臨床上の使用方法等を準拠すれば、臨床使用上は問題ない。一方で、これらの人工知能ソフトウェアの使用時に利用する情報（画像情報等）の規格等は、製品ごとに異なり、出力される結果の解釈方法や運用方法等もそれぞれ異なっている。多数のソフトウェアが使用されるため、それぞれが適切に運用されるように管理する必要がある。



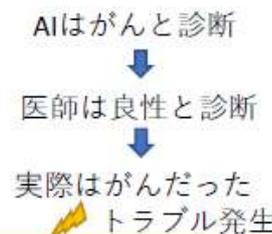
### AI臨床使用指針

これらのことから医学放射線学会ではガイドライン等を作成し、臨床上の運用の管理、精度管理等を実施することとなった。

- 日本医学放射線学会の指針  
臨床医の運用支援を目的
- ・ 事前教育活動の実施
  - ・ 患者への説明方法
  - ・ 適正利用
  - ・ 精度管理
  - ・ 責任医師の配置 等

### 診療使用の際の問題点例②

また、結果の解釈は、医師が最終的に責任をもち判断することとなるが、画像レポート未確認問題と同様に、その際の医師の判断の妥当性に関して、法的な責任を問われる恐れがあり、事前に適切な説明が必要である。



逆のケースも

人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断を実施した際に、人工知能臨床使用指針を遵守する場合の加算として、人工知能技術加算（30点）の創設を要望する<sup>35</sup>



<p>⑤ ④の根拠となる研究結果等</p>	<p>研究結果</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>	<p>3</p> <p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p>	<p>日本医学放射線学会では、薬機法で承認された画像診断補助ソフトウェアを臨床で使用する場合の注意点や管理方法等について、診断の質を担保するため、「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」を策定することになっている。</p>
<p>⑥普及性</p>	<p>年間対象患者数(人)</p> <p>国内年間実施回数(回)</p>	<p>443,213人</p> <p>443,213回</p>	
<p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>		<p>※本加算案は、画像診断管理加算3の施設基準を満たす施設を対象とする。</p> <p>◆胸部X線診断でのAI画像診断ソフトウェアを使用する回数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院 写真診断 画像診断管理加算1 + 基本的エックス線診断料 画像診断管理 加算1 算定回数 22,334回+721回=23,055回/6月度 ※令和元年社会医療診療行為別統計(6月分)のデータより</li> <li>・ 年間回数: 23,055回 × 12ヶ月 = 276,660回/年…①</li> <li>・ 画像診断管理加算3 算定施設数: 42施設 (2020年11月1日現在)</li> <li>・ 特定機能病院数: 87施設 (2020年12月1日現在)</li> <li>・ 特定機能病院数のうち画像診断管理加算3 算定施設の割合: 42施設/87施設=48%…②</li> <li>・ 画像診断管理加算3 算定施設の画像診断管理加算1の算定回数: ① × ② = 276,660 × 48% = 132,797回…③</li> <li>・ 胸部X線の割合を70% (久留米大学病院の発表より)、AIを活用する割合を50%と仮定すると、胸部X線診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、③ × 70% × 50% = 46,478回…④ と推計。</li> </ul> <p>◆胸部CT・頭部MRI診断でAI画像診断補助ソフトウェアを使用する回数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院 画像診断管理加算3 (コンピューター断層撮影診断) 算定回数: 101,727回/6月度</li> <li>・ 年間回数: 101,727回 × 12ヶ月 = 1,220,724回/年…⑤</li> <li>・ CTとMRIの割合は3:1であり、CTにおける胸部を含む部位の検査割合は70%、MRIにおける頭部を含む部位の検査割合は 50% (いずれも金沢大学附属病院の発表より)、AIを活用する割合を50%と仮定すると、胸部CT診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、⑤ × 75% × 70% × 50% = 320,440回…⑥</li> <li>・ 頭部MRI診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、⑤ × 25% × 50% × 50% = 76,295回…⑦</li> <li>・ 胸部X線、胸部CT、及び頭部MRI診断で、AI画像診断ソフトウェアを使用する回数を合計すると ④+⑥+⑦=443,213回</li> </ul>	
<p>⑦医療技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学会等における位置づけ</li> <li>・ 難易度 (専門性等)</li> </ul>			<p>日本医学放射線学会は、「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」を策定し、その準拠を、本要望の加算要件とする位置づけにある。</p>
<p>・ 施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>	<p>画像診断管理加算3の施設基準を満たすこと 「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」に準拠すること。</p> <p>人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断の安全管理、精度管理を行う、専任の画像診断専門医が1名配置されていること。</p> <p>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン。</p>	

人工知能技術を活用した  
放射線画像診断補助ソフトウェアの  
臨床使用に関する管理指針

公益社団法人  
日本医学放射線学会

公益財団法人日本医学放射線学会より、2022年1月7日付で  
「人工知能技術を活用した 放射線画像診断補助ソフトウェアの  
臨床使用に関する管理指針」が公表された！

[http://www.radiology.jp/member\\_info/guideline/20220107\\_01.html](http://www.radiology.jp/member_info/guideline/20220107_01.html)

# **2022年度診療報酬改定 医療安全・感染防止関連**

# 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

## 第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、**令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。**

## 第2 具体的な内容

1. **新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。**
2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)」(令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
3. **令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置(※1)を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。**  
(※1)具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
4. **令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応(※2)も終了する。**  
(※2)新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年(平成31年)の実績(年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度(平成31年度)の実績)を用いても差し支えないこととしている。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策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体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. **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**



### [算定要件]

組織的な感染防止対策につき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(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

※次頁へ続く

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

前頁からの続き

(※)以下を算定する場合において算定可能とする(ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。)

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

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## [施設基準]

- (1) **専任の院内感染管理者が配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
- (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
- (5) **診療所**であること。
- (6) **感染防止に係る部門**(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (7) (6)に掲げる部門内に、**専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置**されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (8) **感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備**されていること。
- (9) (7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、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(マニュアル)**を作成し、各部署に配布していること。なお、**手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂**すること。
- (10) (7)に掲げる院内感染管理者により、**職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修**を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する**安全管理の体制確保のための職員研修とは別**に行うこと。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## [施設基準](続き)

(11)(7)に掲げる**院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。**なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、**全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。**また、感染対策向上加算1に係る届出を行った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ついて、**少なくとも年1回参加していること。**

(12)院内の抗菌薬の適正使用について、連携する**感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。**また、細菌学的検査を外部委託している場合は、**薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「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」に沿った対応を行っていること。**

(13)(7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(14)当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(15)**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外来診療等を実施する体制を有し、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。**

(16)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こと。**

(17)「**抗微生物薬適正使用の手引き**」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

(18)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の対応について、連携する**感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。**

(19)区分番号A234-2に掲げる**感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。**

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

2. **外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関**が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) **連携強化加算** **3点**



[算定要件]

感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき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診療を行った場合は、**連携強化加算**として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

[施設基準]

- (1) **他の保険医療機関**(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との**連携体制を確保**していること。
- (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**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**を行っていること。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

(新) サーベイランス強化加算 1点



## [算定要件]

感染防止対策に資する情報を提供する体制につき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診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

## [施設基準]

- (1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
  - (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
  - (3) **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。**
- (※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

3. 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観点から、「**感染防止対策加算**」の名称を「**感染対策向上加算**」に改める。
4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、**より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価**として、**感染対策向上加算3**を新設する。
5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、**感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算**の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。
6. **感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3**に係る届出を行った医療機関が、**感染対策向上加算1**に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

改定前	改定後
<b>【感染防止対策加算】</b> 1 感染防止対策加算1 390点 2 感染防止対策加算2 90点	<b>【感染対策向上加算】</b> 1 <u>感染対策向上加算1</u> 710点 2 <u>感染対策向上加算2</u> 175点 3 <u>感染対策向上加算3</u> 75点

改

新

## 〔算定要件〕

注1 組織的な感染防止対策につき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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り(3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回)、それぞれ所定点数に加算する。

注2 感染対策向上加算1を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき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入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

新

注3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき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入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

新

注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき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入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。

新

## 及び感染防止対策加算の見直し

### [施設基準]

#### 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等

(1) **感染対策向上加算1**の施設基準 ←**感染防止対策加算1**に代えて

イ～ハ(略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

ホ 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

ヘ 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。

(2) **感染対策向上加算2**の施設基準 ←**感染防止対策加算2**に代えて

イ～ハ(略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(3) **感染対策向上加算3**の施設基準 ←**感染防止対策地域連携加算**に代えて

イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(4) **指導強化加算**の施設基準 ←**抗菌薬適正使用支援加算**に代えて

他の医療機関(感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。

(5) **連携強化加算**の施設基準

他の医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携体制を確保していること。

(6) サーベイランス強化加算の施設基準地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

# 歯科診療における院内感染防止対策の推進

## 第1 基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

改定前		改定後	
歯科初診料	261点	歯科初診料	<u>264点</u>
歯科再診料	53点	歯科再診料	<u>56点</u>

改

### 【初診料】

#### [施設基準]

#### 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) (略)
- (2) 感染症患者に対する**歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。**
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る**標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。**
- (4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる**標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。**
- (5)・(6) (略)
- (7) 令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

### 【再診料】

#### [算定要件]

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき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、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

# 2022年度診療報酬改定 ICT・遠隔・オンライン関連

# A 基本診療料

## 第1節 初診料

区分A000 初診料 288点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、**情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。**

注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)の数が200未満であるものを除く。))及び**外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。))**に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合には、186点)を算定する。

注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が**400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。))**に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合には、186点)を算定する。  
(以下省略)

改

# 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

対面では288点！

**(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点**

**新**

### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

### [算定要件]

(1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、**251点**を算定する。

(2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

(3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

(続く)

## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

(続き)

(4)情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア 当該患者に「**かかりつけの医師**」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「**かかりつけの医師**」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意。

(5)当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

(6)情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「**オンライン診療の初診に適さない症状**」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「**オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤**」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7)情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(8)情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

(続き)

### [施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「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を有する保険医療機関であること。

# ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

## 第1 基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

### 【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】

#### [算定要件]

注4 別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者(特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。)について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、

遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。



#### [施設基準]

七 訪問看護ターミナルケア療養費の注4に規定する基準

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

# 医療機関における ICT を活用した 業務の効率化・合理化

## 第1 基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

改定前	改定後
<p>【入退院支援加算】 〔施設基準〕</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、<u>対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。</u>なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p>	<p>【入退院支援加算】 〔施設基準〕</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて<b>実施しても差し支えない</b>。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ 感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。 ※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</p>

改

# 標準規格の導入に係る取組の推進

## 第1 基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

## 第2 具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及び HL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである **HL7 FHIR** (Fast Healthcare Interoperability Resources) の**導入状況について報告を求めることとする。**

改定前	改定後
<p>【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p>	<p>【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 (1) <b>診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</b> (2) <b>毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式17により届け出ること。</b></p>

改

# 在宅腹膜灌流に係る 遠隔モニタリングの評価の新設

## 第1 基本的な考え方

腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。

### 【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

#### [算定要件]

注3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、**遠隔モニタリング加算**として、**月1回に限り115点**を所定点数に加算する。

(4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 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こと。

イ 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を行うこと。

ウ 当該加算を算定する月にあつては、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すること。

エ 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**」等に対応すること。



# 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及びオンライン診療料の廃止

## 第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、**オンライン診療料を廃止**する。

(新) **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**



### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

### [算定要件]

(1) 保険医療機関(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合(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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。)に算定する。

(2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

(3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

....

# 診療録管理体制加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を踏まえ、診療録管理体制加算について**非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件**を見直す。

## 第2 具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、**許可病床数が400床以上の保険医療機関**について、**医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施**を診療録管理体制加算の**要件に加える**。

また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

改

### [施設基準]

#### 1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

(1) (略)

(2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。(3)～(9) (略)

(10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、**少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修**を行っていること。

さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、**令和5年3月31日までの間**、当該基準を満たしているものとみなす。

#### 2 診療録管理体制加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。(2)～(5) (略)

#### 3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添7の様式●により届け出ること。

# オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

**オンライン資格確認システムの活用**により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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ついて、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. **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	注14	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>7点</u>
再診料	注18	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4点</u>
外来診療料	注10	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4点</u>



### [対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

### [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を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、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は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

(※)初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、**当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等**にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、**3点を所定点数に加算**する。

[施設基準] **患者情報等の活用に係る評価の新設**

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する**電子情報処理組織の使用による請求**を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する**電子資格確認を行う体制を有している**こと。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2. 保険薬局において、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調剤等を実施することに係る評価を新設する。

(新) **調剤管理料** 注5 **電子的保健医療情報活用加算 3点**



[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[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薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

(※)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、**3月に1回に限り1点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する**電子情報処理組織の使用による請求**を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する**電子資格確認を行う体制を有している**こと。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

## B 医学管理料

### 遠隔連携診療料の見直し

改定前	改定後
<p>B005-11 遠隔連携診療料 500点 (新設)</p>	<p>B005-11 遠隔連携診療料</p> <p>1 <u>診断を目的とする場合 750点</u></p> <p>2 <u>その他の場合 500点</u></p> <p>注1 1については、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、<b>対面診療を行っている入院中の患者以外の患者</b>であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<b>診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。</b></p> <p>2 2については、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、<b>てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。</b></p>



# 2022年度診療報酬改定 プログラム医療機器関連

# プログラム医療機器に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、**プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設**する。

## 第2 具体的な内容

医科診療報酬点数表の第2章第1部(医学管理等)に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料の節を新設する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### 第1節 医学管理料等

#### 第2節 **プログラム医療機器等医学管理加算**

#### 第3節 **特定保険医療材料**

**プログラム医療機器に関する  
新たな節が設けられた！**

**新**

### 【第1部 医学管理等】 通則

1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。

2 医学管理等に当たって、**プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。**

#### 第1節 医学管理料等 (略)

#### 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算 (略)

#### 第3節 特定保険医療材料

##### 区分B200 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

# プログラム医療機器等医学管理加算

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等医学管理

#### 第2節 **プログラム医療機器等医学管理加算**

(新設)

区分B100 **禁煙治療補助システム指導管理加算 140点**

新

注1 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届け出た保険医療機関において、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、**禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。**

注2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、**禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。**

禁煙補助管理アプリのCureAppの評価として、  
禁煙治療補助システム加算が認められた！

## B 医学管理料

### B001-3-2 ニコチン依存症管理料の算定要件の見直し

改定前	改定後
<p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料 1・2（略） 注1・2（略） 3 1の口の（2）を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料</u>、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>	<p>001-3-2 ニコチン依存症管理料 1・2（略） 注1・2（略） 3 1の口の（2）を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>（抹消）</u> 区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>

改

# **2022年度診療報酬改定 働き方改革関連**

# 勤務医の負担軽減の取組の推進

## 第1 基本的な考え方

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る「**時間外加算1**」等の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

### [施設基準]

6 当該加算を算定している全ての診療科において、**予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮**として、次のいずれも実施していること。

(2) 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。)に当直、夜勤及び緊急呼出し当番(以下「当直等」という。)を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日

(3) (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について**年間4日以内**であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について**年間4回以内**であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。 現行年間12日以内→**4日以内**、現行年間24日以内→**4日以内**



# 医師事務作業補助体制加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、**医師事務作業補助者の経験年数**に着目した評価に見直す。

改定前	改定後
<b>1 医師事務作業補助体制加算 1</b>	<b>1 医師事務作業補助体制加算 1</b>
イ 15 対 1 補助体制加算 970 点	イ 15 対 1 補助体制加算 <b>1,050点</b>
ロ 20 対 1 補助体制加算 758 点	ロ 20 対 1 補助体制加算 <b>835点</b>
ハ 25 対 1 補助体制加算 630 点	ハ 25 対 1 補助体制加算 <b>705点</b>
ニ 30 対 1 補助体制加算 545 点	ニ 30 対 1 補助体制加算 <b>610点</b>
ホ 40 対 1 補助体制加算 455 点	ホ 40 対 1 補助体制加算 <b>510点</b>
ヘ 50 対 1 補助体制加算 375 点	ヘ 50 対 1 補助体制加算 <b>430点</b>
ト 75 対 1 補助体制加算 295 点	ト 75 対 1 補助体制加算 <b>350点</b>
チ 100 対 1 補助体制加算 248 点	チ 100 対 1 補助体制加算 <b>300点</b>
<b>2 医師事務作業補助体制加算 2</b>	<b>2 医師事務作業補助体制加算 2</b>
イ 15 対 1 補助体制加算 910 点	イ 15 対 1 補助体制加算 <b>975点</b>
ロ 20 対 1 補助体制加算 710 点	ロ 20 対 1 補助体制加算 <b>770点</b>
ハ 25 対 1 補助体制加算 590 点	ハ 25 対 1 補助体制加算 <b>645点</b>
ニ 30 対 1 補助体制加算 510 点	ニ 30 対 1 補助体制加算 <b>560点</b>
ホ 40 対 1 補助体制加算 430 点	ホ 40 対 1 補助体制加算 <b>475点</b>
ヘ 50 対 1 補助体制加算 355 点	ヘ 50 対 1 補助体制加算 <b>395点</b>
ト 75 対 1 補助体制加算 280 点	ト 75 対 1 補助体制加算 <b>315点</b>
チ 100 対 1 補助体制加算 238 点	チ 100 対 1 補助体制加算 <b>260点</b>



※加算1の施設基準を**3年以上の勤務経験**を有する医師事務作業補助者が、**配置区分毎に5割以上配置**。

\*中医協総会第516回(2022年2月9日)答申書等資料より抜粋

# 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

## 第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

改

## 第2 具体的な内容

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。
2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。
3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。
4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

# 2022年度診療報酬改定 その他

## 高度かつ専門的な急性期医療の 提供体制に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

#### (新)急性期充実体制加算(1日につき)

- |   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| 1 | <u>7日以内の期間</u>       | 460点 |
| 2 | <u>8日以上11日以内の期間</u>  | 250点 |
| 3 | <u>12日以上14日以内の期間</u> | 180点 |

新

精神科充実体制加算 30点

# 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

## 第1 基本的な考え方

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を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

## 第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

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について、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床以上の病院にも拡大する。**

(※)令和3年改正後の医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

# 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

改定前	改定後
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>

## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

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

【初診の場合】

医科:200点 / 歯科:200点

【再診の場合】

医科: 50点 / 歯科: 40点



3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科:7,000円 / 歯科:5,000円

【再診の場合】

医科:3,000円 / 歯科:1,900円



## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

改定前	改定後
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 5,000円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合 3,000円</p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合 2,500円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合 1,500円</p>	<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 <b>7,000円</b></p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合 <b>5,000円</b></p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合 <b>3,000円</b></p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <b>1,900円</b></p>

改

改

## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

4. **除外要件**(定額負担を求めないことができる患者の要件)について、以下のとおり見直す。

### 【初診・再診共通】

○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

### 【初診の場合】

○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

### 【再診の場合】

○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。

### [施行日等]

(1) **令和4年10月1日から施行・適用**する。

(2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

# 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

## 第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

「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)」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) **紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800点**



### [算定要件]

(1) 外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、**入院初日に限り所定点数に加算**する。

(2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

# 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

## 第1 基本的な考え方

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、要件を見直す。



## 第2 具体的な内容

1. 紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、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。

### 【初診料】

#### [算定要件]

注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)の数が200未満であるものを除く。)及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**214点**を算定する。

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 第1 基本的な考え方

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「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料(Ⅲ)について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、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当該提供料の算定上限回数を月に1回までに変更する。

改

2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 【連携強化診療情報提供料】

### [算定要件]

注1 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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した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(区分番号A000に掲げる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ない。)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。

改

注2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した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(区分番号A000に掲げる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人につき月1回に限り算定する。

注3 注1又は注2に該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した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(区分番号A000に掲げる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人につき月1回に限り算定する。

注4 (略)

(続く)

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 【連携強化診療情報提供料】

### [算定要件]

(続き)

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した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(区分番号A000に掲げる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**(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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回)に限り算定する。

改

### [施設基準]

#### 十の一の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準次のいずれかに係る届出を行っていること。

イ～ホ(略)(削除)

(3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準

イ・ロ(略)

(4) (略)

(5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準(**歯科点数表においては注3**)

当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

# 処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の仕組み)

## 第1 基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、**一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。**

## 第2 具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する(別紙)。



### [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。

.....

## 地域医療体制確保加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

改定前	改定後
<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 520点</p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の十一</p> <p>地域医療体制確保加算の施設基準</p> <p>(1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。</p>	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 <b>620点</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の十一</p> <p>地域医療体制確保加算の施設基準</p> <p>(1) 救急搬送、<b>周産期医療又は小児救急医療に係る実績</b>を相当程度有していること。</p>

改

# 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

## 第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、**後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等**について見直しを行う。

## 第2 具体的な内容

1. **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価**とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改定前	改定後
<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 28点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して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薬局において調剤した場合には、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>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制<b>加算1 21点</b></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制<b>加算2 28点</b></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制<b>加算3 30点</b></p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（<b>注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数</b>）を所定点数に加算する。</p>

改

# 医薬品の給付の適正化

## 第1 基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

## 第2 具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更する。



**終わり**