

令和 4 年度診療報酬改定対応 お知らせ 2

この資料では新しい診療行為コードや操作方法等を抜粋して記載しています

目次

1 基本診療料(初診料・再診料等).....	2
1.1 地域包括診療料等の対象疾患等の見直し.....	2
1.2 機能強化加算の見直し【再届出】.....	3
1.3 感染症対策.....	4
1.4 オンライン診療(情報通信機器を用いた診療).....	6
1.5 オンライン資格確認システムの活用【届出不要】.....	8
1.6 不妊治療.....	9
1.6.1 一般不妊治療.....	9
2 医学管理.....	10
2.1 オンライン診療(情報通信機器を用いた診療)に係る管理料.....	10
2.2 外来栄養食事指導指導料.....	10
2.3 二次性骨折予防継続管理料【新設】【届出】【月1回】.....	11
2.4 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料【新設】【月1回】.....	11
2.5 下肢創傷処置管理料(500点)【新設】【届出】.....	12
2.6 小児かかりつけ診療料.....	12
2.7 外来腫瘍化学療法治療料【新設】【届出】.....	13
2.8 生活習慣病管理料.....	14
2.9 認知症専門診断管理料.....	14
2.10 遠隔連携診療料.....	14
2.11 こころの連携指導料【新設】.....	15
2.12 禁煙治療補助システム指導管理加算(140点)【新設】.....	16
2.13 診療情報提供料(I)の見直し.....	16
2.14 診療情報提供料(III)の名称変更.....	17
2.15 特定薬剤治療管理料1の算定要件追加.....	17
2.16 傷病手当金の通算化.....	17
3 在宅.....	18
3.1 在宅時医学総合管理料(月1回).....	19
3.2 施設入居時等医学総合管理料(月1回).....	20
3.3 在宅がん医療総合診療料(1日につき).....	20
3.4 救急搬送診療料.....	20
3.5 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき).....	20
3.6 訪問看護指示料.....	20
3.7 外来在宅共同指導料【新設】【患者1人につき1回】.....	21
3.8 在宅自己注射指導管理料.....	21
3.9 血糖自己測定器加算.....	21
3.10 在宅自己腹膜灌流指導管理料.....	22
3.11 在宅ハイフローセラピー指導管理料【新設】.....	22
3.12 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料.....	22
3.13 在宅喉頭摘出患者指導管理料.....	22
3.14 在宅抗菌薬吸入療法治療用ネブライザ加算.....	22
4 投薬.....	23
4.1 リフィル処方箋.....	23
4.1.1 様式の変更.....	23
4.1.2 リフィル処方箋の指示.....	24
4.2 湿布薬.....	25
4.3 外来後発医薬品使用体制加算の割合引き上げ(診療所のみ)【再届出】.....	25
5 注射.....	26
5.1 注射手技料の見直し.....	26
5.2 外来化学療法治療.....	26
5.2.1 バイオ後続品導入初期加算【新設】.....	26
6 処置.....	27
6.1 人工腎臓.....	27
6.1.1 人工腎臓の点数区分の再編.....	27
6.1.2 透析時運動指導等加算の新設.....	27
6.1.3 導入期加算の再編.....	27
6.1.4 管理料の点数変更.....	27
6.2 下肢創傷処置の新設.....	27
7 手術.....	28
7.1 創傷処理.....	28
7.2 小児創傷処理(6歳未満).....	28
7.3 皮膚切開術.....	28
7.4 眼科領域手術の変更点.....	28
8 検査.....	29
8.1 包括項目算定.....	29
8.2 関節液検査【新設】.....	29
8.3 染色体検査(全ての費用を含む).....	29
8.4 超音波減衰法検査(200点)【新設】.....	29
8.5 平衡機能検査.....	30
8.6 屈折検査.....	30

8.7 骨塩定量検査 REMS 法(腰椎)【新設】	30
8.8 白癬菌抗原定性【新設】	30
8.9 病理診断	30
9 画像診断	31
10 リハビリテーション	32
10.1 算定要件の見直し	32
10.2 リハビリテーションデータ提出加算の新設	32
10.3 リハ実施計画書・リハ実施総合計画書の署名欄の取扱いの見直し	33
11 精神科専門療法	34
11.1 通院・在宅精神療法(1回につき)	34
11.2 依存症集団療法(1回につき)【要届出】	36
11.3 療養・就労両立支援指導料【要届出】	36
11.4 こころの連携指導料	36
12 入院料等	37
12.1 療養病棟入院基本料	37
12.1.1 中心静脈栄養を実施している状態にある患者の算定要件見直し	37
12.1.2 疾患別リハ料算定患者に FIM の測定を要件化	37
12.1.3 夜間の看護配置評価の見直し	37
12.2 入院基本料等加算	38
12.2.1 救急医療管理加算の見直し	38
12.2.2 医師事務作業補助体制加算の見直し	38
12.2.3 看護職員夜間配置加算	39
12.2.4 看護補助加算	39
12.2.5 感染対策向上加算	40
12.2.6 重症患者初期支援充実加算	40
12.2.7 報告書管理体制加算	40
12.2.8 術後疼痛管理チーム加算	41
12.2.9 入退院支援加算(退院時1回)	41
12.2.10 地域医療体制確保加算(入院初日)	41
12.2.11 データ提出加算対象入院料の拡大	41
12.3 特定入院料	42
12.3.1 地域包括ケア病棟入院料	42

本資料について

本資料では新しい診療行為コードやオルカの操作方法等を抜粋して記載しています。

これまでと診療行為コードに変更がないものでも算定要件等が変更となっている場合がありますのでご確認ください。

算定項目に簡単な説明が書かれている場合がありますが、算定要件の説明ではありません。

算定要件は届出先が発行する資料や点数本、下記のウェブサイト等でご確認ください。

令和4年度診療報酬改定について（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

引用元

○日本医師会 ORCA 管理機構 日医標準レセプトソフト

<https://www.orca.med.or.jp/receipt/index.html>

令和4年度診療報酬改定資料

<https://www.orca.med.or.jp/receipt/revision/202204.html>

○有限会社メディカル・サポート・システムズ」様の Web サイト改定資料

<https://www.medsus.jp/category/caluculation/mod%e2%88%922022/>

診療報酬改定 セミナー資料

令和4年度診療報酬改定（クリニック外来編）

<https://drive.google.com/file/d/1CBAUqAteXYEKIPktONSIM933ygZi3xM7/view?usp=sharing>

令和4年度診療報酬改定（入院編）

https://drive.google.com/file/d/1Zknm1tJrxd49waH9LnNE_5NNqwr2kSah/view?usp=sharing

1 基本診療料（初診料・再診料等）

1.1 地域包括診療料等の対象疾患等の見直し

1. 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
2. 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

◆地域包括診療加算（診療所のみ）、地域包括診療料（診療所、病院（200床未満））

〔対応内容〕

患者登録画面の「その他」タブ画面に「慢性心不全」及び「慢性腎臓病」を追加しました。

地域包括診療対象疾病	
☐ 高血圧症	☐ 糖尿病
☐ 脂質異常症	☐ 認知症
☒ 慢性心不全	☒ 慢性腎臓病
☐ 認知症地域包括診療料算定	
☐ 小児かかりつけ診療料算定	

1.2 機能強化加算の見直し【再届出】

地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能が明確化されました。

外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能が評価されます。

〔算定要件〕

- ・（新）かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること

〔施設基準〕

- ・（新）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している（経過措置項目）
- ・（新）適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること
- ・ 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、自院の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること（経過措置項目）

1.3 感染症対策

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が新設されました。

◆外来感染対策向上加算（6点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

〔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。

（※）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

〔施設基準〕

略

111014870	外来感染対策向上加算（初診）	6点
112024370	外来感染対策向上加算（再診）	6点
113033790	外来感染対策向上加算（医学管理等）	6点
114055090	外来感染対策向上加算（在宅医療）	6点
180068770	外来感染対策向上加算（精神科訪問看護・指導料）	6点

〔算定方法〕

施設基準の設定により自動発生します。

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。

◆連携強化加算（3点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

〔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**。

111014970	連携強化加算（初診）	3 点
112024470	連携強化加算（再診）	3 点
113033890	連携強化加算（医学管理等）	3 点
114055190	連携強化加算（在宅医療）	3 点
180072670	連携強化加算（精神科訪問看護・指導料）	3 点

〔算定方法〕

施設基準の設定により自動発生します。

◆サーベイランス強化加算（1点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

〔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（JSIPHE）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。

111015070	サーベイランス強化加算（初診）	1 点
112024570	サーベイランス強化加算（再診）	1 点
113033990	サーベイランス強化加算（医学管理等）	1 点
114055290	サーベイランス強化加算（在宅医療）	1 点
180072770	サーベイランス強化加算（精神科訪問看護・指導料）	1 点

〔算定方法〕

施設基準の設定により自動発生します。

1.4 オンライン診療（情報通信機器を用いた診療）

「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。

〔算定要件〕（初診の場合）

- （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、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。
- （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。

〔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。

111014210	初診料（情報通信機器）	251 点
111014310	初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器）	186 点
111014410	特定妥結率初診料（情報通信機器）	186 点
111014510	初診料（同一日複数科受診時の 2 科目）（情報通信機器）	125 点
111014610	初診料（同一日 2 科目・注 2 から 4 に規定する場合）（情報通信機器）	93 点
111014710	特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の 2 科目）（情報通信機器）	93 点
112024210	再診料（情報通信機器）	73 点
112024710	外来診療料（情報通信機器）	73 点
112024950	同日再診料（情報通信機器）	73 点
112025010	特定妥結率再診料（情報通信機器）	54 点
112025150	同日特定妥結率再診料（情報通信機器）	54 点
112025210	再診料（同一日複数科受診時の 2 科目）（情報通信機器）	37 点
112025310	特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の 2 科目）（情報通信機器）	27 点
112025450	同日外来診療料（情報通信機器）	73 点
112025510	外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）	55 点
112025650	同日外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）	55 点
112025710	特定妥結率外来診療料（情報通信機器）	55 点
112025850	同日特定妥結率外来診療料（情報通信機器）	55 点
112025910	外来診療料（同一日複数科受診時の 2 科目）（情報通信機器）	37 点
112026010	外来診療料（同日複数科 2 科目・文書紹介申出患者）（情報通信機器）	27 点
112026110	特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時 2 科目）（情報通信機器）	27 点

1.5 オンライン資格確認システムの活用【届出不要】

（新）電子的保健医療情報活用加算（月1回）

○初診料の場合 7点

特例措置 3点（令和6年3月31日まで）

- ・ オンライン資格確認システムでの当該患者の診療情報等の取得が困難な場合
- ・ 他院から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合

○再診料の場合 4点

同月初診時に算定した場合には再診時には算定不可（特例措置を除く）

※「7点、4点」を算定する場合、PDFを閲覧するための初回設定作業が必要です。弊社までご連絡ください

[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]

- ・ 届出不要だが要件を満たすこと
- ・ 電子資格確認システムを利用して当該患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得した上で診療を行った場合

[施設基準]

- ・ オンライン請求を行っていること
- ・ 電子資格確認を行う体制を有していること（オンライン資格確認システムが稼働している）
- ・ 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
 - 周知ポスター（厚労省から送付されたポスター又は以下の厚労省のページからダウンロード）

オンライン資格確認に関する周知素材について https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

- 個人情報保護法に規定される掲示物に利用目的を追加

（例）【患者への医療の提供に必要な利用目的】〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕

- ・ 医療保険事務のうち、審査支払機関又は保険者への照会（←追加部分）

詳細については以下厚労省資料をご確認ください

「オンライン資格確認」を導入する医療機関等における個人情報の利用目的の例示について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000757681.pdf>

111015170	電子的保健医療情報活用加算（初診）	7点
111015270	電子的保健医療情報活用加算（初診）（診療情報等の取得が困難等）	3点
112024610	電子的保健医療情報活用加算（再診）	4点

※算定する場合、診療料の下に手入力してください（個別判断が必要なため自動算定不可）

1.6 不妊治療

1.6.1 一般不妊治療

1. 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設されました。

◆一般不妊治療管理料（250点）【新設】【届出】【3月に1回】

【対象患者】

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

【算定要件】

- (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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、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。
ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (4) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (5) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- (6) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

【経過措置】

令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

113036210	一般不妊治療管理料	250点
-----------	-----------	------

【算定方法】

施設基準の設定により算定可能となります。

2. 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設されました。

◆人工授精（1820点）【新設】

150431510	人工授精	1820点
-----------	------	-------

2 医学管理

2.1 オンライン診療（情報通信機器を用いた診療）に係る管理料

1. 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外されました。

2. 情報通信機器を用いた場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類が追加されました。

- ・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

対面と情報通信機器を用いた場合の点数比較

項目		対 面	情報通信機器	項目		対 面	情報通信機器
特定疾患療養管理料	診療所	225点	196点	移植後患者指導管理料イ		300点	261点
	100床未満	147点	128点	移植後患者指導管理料ロ		300点	261点
	100以上200床未満	87点	76点	糖尿病透析予防指導管理料		350点	305点
ウイルス疾患指導料 1		240点	209点	腎代替療法指導管理料		500点	435点
ウイルス疾患指導料 2		330点	287点	乳幼児育児栄養指導料		130点	113点
小児科療養指導料		270点	235点	療養・就労両立支援指導料	1 初回	800点	696点
てんかん指導料		250点	218点		2 2回目以降	400点	348点
難病外来指導管理料		270点	235点	がん治療連携計画策定料 2		300点	261点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)		250点	218点	外来がん患者在宅連携指導料		500点	435点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)		100点	87点	肝炎インターフェロン治療計画料		700点	609点
外来栄養食事指導料1	初回	260点	235点	薬剤総合評価調整管理料		250点	218点
	2回目以降	200点	180点				
外来栄養食事指導料2 (診療所のみ)	初回	250点	225点	在宅自己注射指導管理料		対 面	情報通信機器
	2回目以降	190点	170点	複雑な場合		1,230点	1,070点
がん患者指導管理料イ		500点	435点	月27回以下の場合		650点	566点
がん患者指導管理料ロ		200点	174点	月28回以上の場合		750点	653点
がん患者指導管理料ハ		200点	174点				
がん患者指導管理料ニ		300点	261点	令和4年度改定で算定不可となった医学管理料			
小児悪性腫瘍患者指導管理料		550点	479点	地域包括診療料		—	—
がん性疼痛緩和指導管理料		200点	174点	認知症地域包括診療料		—	—
外来緩和ケア管理料		290点	252点	生活習慣病管理料		—	—

有限会社メディカル・サポート・システムズ」様の Web サイト改定資料より

2.2 外来栄養食事指導指導料

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設されました。

113035010	外来栄養食事指導料（がん専門管理栄養士による栄養食事指導）	260 点
113044410	外来栄養食事指導料（外来化学療法実施患者・月2回以上の指導）	200 点

〔算定方法〕

施設基準の設定により算定可能となります。

2.3 二次性骨折予防継続管理料【新設】 【届出】 【月1回】

- イ 二次性骨折予防継続管理料1 (1000点)
- ロ 二次性骨折予防継続管理料2 (750点)
- ハ 二次性骨折予防継続管理料3 (500点)

〔算定要件〕

イについて

- ・施設基準の届け出
- ・入院患者
- ・大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆しょう症の計画的な評価及び治療等を行った場合
- ・当該入院中1回に限り算定

ロについて

- ・施設基準の届け出
- ・入院患者
- ・他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆しょう症の計画的な評価及び治療等を行った場合
- ・当該入院中1回に限り算定

ハについて

- ・施設基準の届け出
- ・外来患者
- ・イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆しょう症の計画的な評価及び治療等を行った場合
- ・初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定

113036510	二次性骨折予防継続管理料1	1000点
113036610	二次性骨折予防継続管理料2	750点
113036710	二次性骨折予防継続管理料3	500点

〔算定方法〕

施設基準の設定により算定可能となります。

2.4 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料【新設】 【月1回】

- イ 1月目 (280点)
- ロ 2月目以降 (25点)

〔算定要件〕

- ・施設基準を満たせば届出は不要
- ・入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者
- ・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
- ・月1回に限り算定

〔施設基準〕(省略)

113036810	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(1月目)	280点
113036910	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(2月目以降)	25点

2.5 下肢創傷処置管理料(500 点)【新設】【届出】

[算定要件]

- ・施設基準の届け出
- ・外来患者
- ・下肢の潰瘍を有するものに対して、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、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ・区分番号 J 0 0 0 - 2 に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月 1 回に限り算定
- ・区分番号 B 0 0 1 の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない

[施設基準]

以下の要件を全て満たす常勤の医師が 1 名以上勤務

整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を 5 年以上有している

下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している

113037010	下肢創傷処置管理料	500 点
-----------	-----------	-------

[算定方法]

施設基準の設定により算定可能となります。

2.6 小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とされました。

1 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)

2 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)

[算定要件]

- ・施設基準の届け出
- ・未就学児 (6 歳以上の患者にあっては、6 歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者
- ・外来患者

[施設基準] (省略)

113037210	小児かかりつけ診療料 1（処方箋を交付）初診時	641 点
113037310	小児かかりつけ診療料 1（処方箋を交付）再診時	448 点
113037410	小児かかりつけ診療料 1（処方箋を交付しない）初診時	758 点
113037510	小児かかりつけ診療料 1（処方箋を交付しない）再診時	566 点
113037610	小児かかりつけ診療料 2（処方箋を交付）初診時	630 点
113037710	小児かかりつけ診療料 2（処方箋を交付）再診時	437 点
113037810	小児かかりつけ診療料 2（処方箋を交付しない）初診時	747 点
113037910	小児かかりつけ診療料 2（処方箋を交付しない）再診時	555 点

〔算定方法〕

施設基準の設定により算定可能となります。

2.7 外来腫瘍化学療法診療料【新設】 【届出】

1. 必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設されました。

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

- イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合（700 点）
- ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合（400 点）

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

- イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合（570 点）
- ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合（270 点）

〔対象患者〕

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの（1）及びロの（1）並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

2.8 生活習慣病管理料

- 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を、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。
 - 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する。
 - 生活習慣病患者は、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する。**
- 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）

113041710	生活習慣病管理料（脂質異常症を主病）	570 点
113041810	生活習慣病管理料（高血圧症を主病）	620 点
113041910	生活習慣病管理料（糖尿病を主病）	720 点
113042070	外来データ提出加算（生活習慣病管理料）	50 点

2.9 認知症専門診断管理料

認知症専門診断管理料 2 の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

- 認知症専門診断管理料 1
 - 基幹型又は地域型の場合（700 点）
 - 連携型の場合（500 点）
- 認知症専門診断管理料 2【新設】
 - 基幹型又は地域型の場合（300 点）
 - 連携型の場合（280 点）

[施設基準]

 - 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成 26 年 7 月 9 日老発 0709 第 3 号）の別添 2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。

113014610	認知症専門診断管理料 2（基幹型又は地域型）	300 点
113042610	認知症専門診断管理料 2（連携型）	280 点

2.10 遠隔連携診療料

- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化されました。
 - 知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設されました。
- 診断を目的とする場合（750 点）
 - その他の場合（500 点）

113032110	遠隔連携診療料（診断を目的）	750 点
113042910	遠隔連携診療料（その他）	500 点

2.11 こころの連携指導料【新設】

1. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、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患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設されました。

こころの連携指導料（Ⅰ）（350 点）

〔算定要件〕

- （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、入院中の患者以外の患者であって、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されたものに対して、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に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。
- （２）精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は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された患者とは、SADPersons スケール、EPDS、PHQ9 又は K6 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患者をいう。
- （３）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すること。
- （４）当該患者に対する２回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。
また、２回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- （５）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。
- （６）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

〔施設基準〕

- （１）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を構築していること。
 - （２）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。
2. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設されました。

こころの連携指導料（Ⅱ）（500 点）

〔算定要件〕

- （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、入院中の患者以外の患者であって、区分番号Ｂ００５－１２に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、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に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。
- （２）当該指導料は、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、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- （３）当該患者に対する２回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- （４）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。
- （５）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

〔施設基準〕

- （１）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- （２）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

113043010	こころの連携指導料（１）	350 点
113043110	こころの連携指導料（２）	500 点

2.12 禁煙治療補助システム指導管理加算（140 点）【新設】

〔算定要件〕

- （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、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。
- （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。

113033070	禁煙治療補助システム指導管理加算	140 点
113033170	禁煙治療補助システム加算	2400 点

※呼気一酸化炭素濃度測定器使用管理加算（ニコチン依存症管理料）及び呼気一酸化炭素濃度測定器加算（ニコチン依存症管理料）のマスタが名称変更されました。

2.13 診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

○歯科医療機関連携加算 1（100 点）の要件見直し

保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載する

ア、歯科を標榜していない病院が算定可能

イ、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

○情報提供先の追加

保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校、専修学校（18 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日以前の患者）

○対象患者の追加

- ・ 児童福祉法に規定する障害児である患者
- ・ 児童福祉法に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者
- ・ アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者
 - 生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり(除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及び IgE 抗体等検査陽性に該当する患者に限る)に該当する患者

2.14 診療情報提供料（Ⅲ）の名称変更

診療情報提供料（Ⅲ）⇒ **連携強化診療情報提供料**

○算定回数の見直し

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~~ **月 1 回** に限り算定

○算定要件

（新）紹介受診重点医療機関が他院（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院からの求めに応じ、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も算定可能

（新）施設基準を満たす保険医療機関で、他院から紹介された指定難病患者又はてんかん患者（疑い患者を含む）について、当該患者を紹介した他院からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料算定日を除く。ただし、当該保険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

2.15 特定薬剤治療管理料 1 の算定要件追加

（新）（ネ）統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの

- ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬とはクロザピンをいう

2.16 傷病手当金の通算化

○傷病手当金の支給期間が「支給開始日から通算して 1 年 6 か月」に

- ・ 支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には支給開始日から起算して 1 年 6 か月を超えても、繰り越して支給可能になる

○令和 4 年 1 月 1 日から施行

- ・ 令和 3 年 12 月 31 日時点で支給開始日から 1 年 6 か月を経過していない傷病手当金が対象

令和 2 年 7 月 2 日以降に支給開始された傷病手当金

3 在宅

在宅時医学総合管理料等の加算新設

(在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料)

(新) 在宅データ提出加算 (50 点) (要届出)

[算定の留意事項]

- ・ 厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したもので、提出されたデータは、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるもの
- ・ 当該加算はデータ提出の実績が認められた医療機関で、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定患者について、データを提出する診療に限り算定

(データ提出の実績が認められた保険医療機関とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課で確認され、その旨を通知された医療機関)

- ・ データ提出が遅延などした場合

データの提出を行っていない場合又はデータの提出(データの再照会に係る提出も含む)に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降は算定できない
算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降の算定ができる

- ・ 「外来医療等のデータ」については、**令和 5 年 10 月診療分**をめぐにデータ提出を受け付ける方向で対応する

[施設基準]

- ・ 外来医療等調査に適切に参加できる体制を有する
- ・ 厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず 1 名指定
- ・ 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出
- ・ 診療記録(過去 5 年間のカルテ及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等)の全てを保管・管理
- ・ 診療記録の保管・管理が厚生労働省「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が望ましい
- ・ 診療記録の保管・管理のための規定を明文化
- ・ 患者の疾病統計は、ICD 大分類程度以上の疾病分類がされている
- ・ 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる

3.1 在宅時医学総合管理料(月1回)

114055310	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機1人）	3029点
114055410	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機2～9人）	1685点
114055510	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機10人～）	880点
114055610	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機1人）	1515点
114055710	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機2～9人）	843点
114055810	在医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機10人～）	440点
114055910	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機1人）	2789点
114056010	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機2～9人）	1565点
114056110	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機10人～）	820点
114056210	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機1人）	1395点
114056310	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機2～9人）	783点
114056410	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機10人～）	410点
114056510	在医総管（在支診等・月2回以上・通信機1人）	2569点
114056610	在医総管（在支診等・月2回以上・通信機2～9人）	1465点
114056710	在医総管（在支診等・月2回以上・通信機10人～）	780点
114056810	在医総管（在支診等・月1回・通信機1人）	1285点
114056910	在医総管（在支診等・月1回・通信機2～9人）	733点
114057010	在医総管（在支診等・月1回・通信機10人～）	390点
114057110	在医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機1人）	2029点
114057210	在医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機2～9人）	1180点
114057310	在医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機10人～）	660点
114057410	在医総管（在支診等以外・月1回・通信機1人）	1015点
114057510	在医総管（在支診等以外・月1回・通信機2～9人）	590点
114057610	在医総管（在支診等以外・月1回・通信機10人～）	330点
114043770	在宅療養移行加算1（在医総管・施医総管（在支診等以外））	216点
114057870	在宅療養移行加算2（在医総管・施医総管（在支診等以外））	116点
114057970	在宅データ提出加算（在医総管・施医総管）	50点

3.2 施設入居時等医学総合管理料(月1回)

114058010	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機1人）	2249点
114058110	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機2～9人）	1265点
114058210	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月2回以上・通信機10人～）	880点
114058310	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機1人）	1125点
114058410	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機2～9人）	633点
114058510	施医総管（機能強化在支診等・病床有・月1回・通信機10人～）	440点
114058610	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機1人）	2069点
114058710	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機2～9人）	1175点
114058810	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・通信機10人～）	820点
114058910	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機1人）	1035点
114059010	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機2～9人）	588点
114059110	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・通信機10人～）	410点
114059210	施医総管（在支診等・月2回以上・通信機1人）	1909点
114059310	施医総管（在支診等・月2回以上・通信機2～9人）	1105点
114059410	施医総管（在支診等・月2回以上・通信機10人～）	780点
114059510	施医総管（在支診等・月1回・通信機1人）	955点
114059610	施医総管（在支診等・月1回・通信機2～9人）	553点
114059710	施医総管（在支診等・月1回・通信機10人～）	390点
114059810	施医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機1人）	1549点
114059910	施医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機2～9人）	910点
114060010	施医総管（在支診等以外・月2回以上・通信機10人～）	660点
114060110	施医総管（在支診等以外・月1回・通信機1人）	775点
114060210	施医総管（在支診等以外・月1回・通信機2～9人）	455点
114060310	施医総管（在支診等以外・月1回・通信機10人～）	330点
114060470	在宅データ提出加算（施設入居時等医学総合管理料）	50点

3.3 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

114060570	小児加算（在宅がん医療総合診療料）	1000点
114060670	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	50点

3.4 救急搬送診療料

114060770	重症患者搬送加算（救急搬送診療料）	1800点
-----------	-------------------	-------

3.5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

114060870	専門管理加算（専門の研修を受けた看護師）	250点
114060970	専門管理加算（特定行為研修を修了した看護師）	250点

3.6 訪問看護指示料

114061070	手順書加算（訪問看護指示料）	150点
-----------	----------------	------

3.7 外来在宅共同指導料【新設】【患者1人につき1回】

外来在宅共同指導料1（400点） 在宅担当医療機関が算定

外来在宅共同指導料2（600点） 外来担当医療機関が算定

[対象患者]

- ・ 外来で継続して4回以上外来を受診していた患者が在宅へ移行する場合
- ・ 在宅担当医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、家等を訪問し、在宅療養上必要な説明及び指導を、外来担当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

114061110	外来在宅共同指導料1	400点
114061210	外来在宅共同指導料2	600点

3.8 在宅自己注射指導管理料

外来腫瘍化学療法診療料を併算定不可に追加

「情報通信機器を用いた場合」を新設

114063110	在宅自己注射指導管理料（複雑な場合）（情報通信機器を用いた場合）	1070点
114062910	在宅自己注射指導管理料（1以外）（月27回以下）（情報通信機器）	566点
114063010	在宅自己注射指導管理料（1以外）（月28回以上）（情報通信機器）	653点

3.9 血糖自己測定器加算

[留意事項見直し]

間歇スキャン式持続血糖測定器によるものは、インスリン製剤の**自己注射**を1日2回**1回**以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、所定点数に加算する

（新）血中ケトン体自己測定器加算（40点）（3月に3回）

[算定要件]

- ・ SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対し、糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ、在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定
- ・ 血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合の費用その他血中ケトン体自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ別に算定不可

114062010	血中ケトン体自己測定器加算（血糖自己測定器加算）	40点
-----------	--------------------------	-----

3.10 在宅自己腹膜灌流指導管理料

114061370	遠隔モニタリング加算（在宅自己腹膜灌流指導管理料）	115 点
-----------	---------------------------	-------

3.11 在宅ハイフローセラピー指導管理料【新設】

114061510	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2400 点
114062510	在宅ハイフローセラピー材料加算	100 点
114062610	在宅ハイフローセラピー装置加算	1600 点

3.12 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料

「舌下神経電気刺激療法指導管理料」から名称変更

3.13 在宅喉頭摘出患者指導管理料

「在宅気管切開患者指導管理料（人工鼻材料使用）」から名称変更

3.14 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

「在宅超音波ネブライザ加算」から名称変更

4 投薬

4.1 リフィル処方箋

〔改定内容〕

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。

〔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費担当規則において、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。

4.1.1 様式の変更

プログラム更新を行うことで（クラウドオルカは不要）、**交付年月日が令和４年４月１日以降から自動的に新様式に変更します。**（別紙１）参照

- ・ 「処方」欄の行数を２行分削減し、最下行に「リフィル可 □（回）」を追加します。
- ・ 「備考」欄の行数を１行分削減します。
- ・ 「調剤実施回数」欄を「備考」欄の下に追加します。

※新様式の処方箋が作成されない場合は弊社までご連絡ください

オリジナル帳票（（正/控）形式等）をご使用の場合は、新様式に対応するのに時間を要する場合があります

4.1.2 リフィル処方箋の指示

リフィル処方箋を発行する場合、「21 診療行為」入力画面にて以下のコードを入力します。

099208102	【リフィル】 回
-----------	----------

処方単位に回数を指定して入力します。**回数は1または2または3**とします。

[入力方法]

例1 投薬をすべてリフィル処方とする場合

アテノロール25mg錠 1錠/日 28日分 1日1回朝食後
 チアトンカプセル5mg 2錠/日 28日分 1日2回朝夕食後
 利用可能回数 3回（合計84日分）

診療日 令和4年4月1日

入力コード	名称
.212	*内服薬剤（院外処方）
610461002 1	【般後】アテノロール25mg錠
001000106*28	【1日1回朝食後に】
.212	*内服薬剤（院外処方）
620002525 2	【般後】チアトンカプセル5mg
001000206*28	【1日2回朝夕食後に】
.980	*コメント（処方せん備考）
099208102 3	【リフィル】3回

例2 リフィル処方有無が混在する場合

リフィル処方

アテノロール25mg錠 1錠/日 28日分 1日1回朝食後
 利用可能回数 3回（合計84日分）

今回のみ

チアトンカプセル5mg 2錠/日 14日分 1日2回朝夕食後

診療日 令和4年4月1日

入力コード	名称
.212	*内服薬剤（院外処方）
610461002 1	【般後】アテノロール25mg錠
099208102 3	【リフィル】3回
001000106*28	【1日1回朝食後に】
.212	*内服薬剤（院外処方）
620002525 2	【般後】チアトンカプセル5mg
001000206*14	【1日2回朝夕食後に】

※リフィル処方の有無別に処方箋が出力されます（リフィル可とした処方箋を先に出力します）

4.2 湿布薬

- ・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 枚までに変更されました。

「医師が医学的必要性を認めた場合を除く。」はそのまま適用されます。

- ・リフィル処方箋による投薬はできません。

リフィル処方箋指示及び湿布薬の入力がある場合は、登録時に警告メッセージを表示します。

「警告！湿布薬はリフィル処方箋による投薬はできません。」

なお、湿布薬以外でも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もリフィル処方箋による投薬はできません。〔ノンチェック〕

〔療養担当規則〕

4 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- ① 投薬量又は投与量が 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 1 号に規定する麻薬等を定めたものである。
- ② 投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
- ③ 投薬量が 90 日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

4.3 外来後発医薬品使用体制加算の割合引き上げ（診療所のみ）【再届出】

- ・ 加算 1 85% ⇒ 90%
- ・ 加算 2 75% ⇒ 85%
- ・ 加算 3 70% ⇒ 75%

5 注射

5.1 注射手技料の見直し

- 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点⇒22点
- 静脈内注射（1回につき） 32点⇒34点
 - 乳幼児加算 45点⇒48点
- 点滴注射（1日につき）
 - 6歳未満の乳幼児（100mL以上の場合） 99点⇒101点
 - 500mL以上の場合 98点⇒99点
 - その他の場合 49点⇒50点
 - 乳幼児加算 45点⇒46点

5.2 外来化学療法加算

[定義の見直し]

入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。

130013890	外来化学療法加算 1（15歳未満）	670点
130013990	外来化学療法加算 1（15歳以上）	450点
130014090	外来化学療法加算 2（15歳未満）	640点
130014190	外来化学療法加算 2（15歳以上）	370点

※ 抗悪性腫瘍剤の場合は「外来腫瘍化学療法診療料【新設】【届出】(P.13)」

5.2.1 バイオ後続品導入初期加算【新設】

[概要]

- 外来化学療法加算に対する加算
- 当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。
- 外来腫瘍化学療法診療料(新設)についても同様の加算を設ける。

130013790	バイオ後続品導入初期加算	150点
-----------	--------------	------

6 処置

6.1 人工腎臓

6.1.1 人工腎臓の点数区分の再編

慢性維持透析 1、慢性維持透析 2、慢性維持透析 3 が再編、引き下げされました。

6.1.2 透析時運動指導等加算の新設

(新) 透析時運動指導等加算 75 点 (90 日限度)

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指導開始日から起算して 90 日を限度に加算 (算定の留意事項あり)

6.1.3 導入期加算の再編

- 導入期加算 1 200 点
- 導入期加算 2 500 点 ⇒ 400 点
- (新) 導入期加算 3 800 点

導入期加算 1 の施設基準を満たしている、当該療法を行うにつき十分な実績を有している

6.1.4 管理料の点数変更

- 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250 点 ⇒ 2,211 点
- 在宅血液透析指導管理料 8,000 点 ⇒ 10,000 点

6.2 下肢創傷処置の新設

140062110	下肢創傷処置 (足部 (踵を除く) の浅い潰瘍)	135 点
140062210	下肢創傷処置 (足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)	147 点
140062310	下肢創傷処置 (足部 (踵を除く) の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)	270 点

[算定の留意事項]

- 対象部位：足部、足趾又は踵
- 浅い潰瘍：潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないもの
- 深い潰瘍：潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るもの
- 創傷処置、爪甲除去 (麻酔を要しないもの)、刺排膿後薬液注入、多血症血小板処置、局所陰圧閉鎖処置 (入院外) は併算定不可
- 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定
- 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定不可

7 手術

7.1 創傷処理

- 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 未満） 1,250 点 ⇒ 1,400 点
- 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 以上 10cm 未満） 1,680 点 ⇒ 1,880 点
- 筋肉、臓器に達するもの（長径 10cm 以上）
 - イ 頭頸部のもの（長径 20cm 以上のものに限る） 8,600 点 ⇒ 9,630 点
 - ロ その他のもの 2,400 点 ⇒ 2,690 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 未満） 470 点 ⇒ 530 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 以上 10cm 未満） 850 点 ⇒ 950 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 10cm 以上） 1,320 点 ⇒ 1,480 点

7.2 小児創傷処理（6 歳未満）

- 筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 未満） 1,250 点 ⇒ 1,400 点
- 筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 以上 5cm 未満） 1,400 点 ⇒ 1,540 点
- 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 以上 10cm 未満） 2,220 点 ⇒ 2,490 点
- 筋肉、臓器に達するもの（長径 10cm 以上） 3,430 点 ⇒ 3,840 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 2.5cm 未満） 450 点 ⇒ 500 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 2.5cm 以上 5cm 未満） 500 点 ⇒ 560 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 以上 10cm 未満） 950 点 ⇒ 1,060 点
- 筋肉、臓器に達しないもの（長径 10cm 以上） 1,740 点 ⇒ 1,950 点

7.3 皮膚切開術

- 長径 10cm 未満 570 点 ⇒ 640 点
- 長径 10cm 以上 20cm 未満 990 点 ⇒ 1,110 点
- 長径 20cm 以上 1,770 点 ⇒ 1,980 点

7.4 眼科領域手術の変更点

- 緑内障手術（流出路再建術） 19,020 点 ⇒
 - （新）眼内法 14,490 点
 - その他のもの 19,020 点
 - （新）濾過胞再建術（needle 法） 3,440 点
- 結膜縫合術 1,260 点 ⇒ 1,410 点

8 検査

8.1 包括項目算定

点数改定

- ・血液化学検査の包括項目
10項目以上 106点
- ・肝炎ウイルス関連検査の包括項目
5項目以上 425点
- ・腫瘍マーカー検査の包括項目
4項目以上 396点
- ・グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定検査の包括項目
2項目以上 412点

新設

- ・悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）1の包括項目
2項目 4,000点
3項目以上 6,000点
- ・悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）2の包括項目
2項目 8,000点

8.2 関節液検査【新設】

関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき1回に限り算定

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査とは主たるもののみ算定

160230710	関節液検査	50点
-----------	-------	-----

8.3 染色体検査（全ての費用を含む）

- 1 FISH法を用いた場合 2,553点
- 2 その他の場合 2,553点

注1 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。

- 2 2については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、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行う場合に限り算定する。

160231010	染色体検査（FISH法）	2,553点
-----------	--------------	--------

8.4 超音波減衰法検査（200点）【新設】

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。

160231410	超音波減衰法検査	200点
-----------	----------	------

8.5 平衡機能検査

160231510	平衡機能検査（ビデオヘッドインパルス検査）	300 点
-----------	-----------------------	-------

8.6 屈折検査

160223270	小児矯正視力検査加算（薬剤使用前後）	70 点
-----------	--------------------	------

8.7 骨塩定量検査 REMS 法（腰椎）【新設】

骨塩定量検査 REMS 法（腰椎） 140 点

8.8 白癬菌抗原定性【新設】

白癬菌抗原定性 233 点

爪白癬が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により爪中の白癬菌抗原を測定し（関連学会の定める指針に従って実施）、以下のいずれかに該当する場合に算定

- KOH 直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合
→ 医学的必要性をレセプトの摘要欄に記載
- KOH 直接鏡検が実施できない場合
→ KOH 直接鏡検を実施できない理由をレセプトの摘要欄に記載

8.9 病理診断

◆組織診断料（520 点）

- ・点数改定 520 点 ← 450 点

◆病理判断料（130 点）

- ・点数改定 130 点 ← 150 点

9 画像診断

◆新設コード

170040210	C T 撮影（6 4 列以上）共同利用施設（画診共同）	1020 点
170040310	C T 撮影（6 4 列以上）共同利用施設・頭部外傷（画診共同）	1020 点
170040410	C T 撮影（6 4 列以上）（その他）（画診共同）	1000 点
170040510	C T 撮影（6 4 列以上）（その他）頭部外傷（画診共同）	1000 点
170040610	C T 撮影（1 6 列以上 6 4 列未満）（画診共同）	900 点
170040710	C T 撮影（1 6 列以上 6 4 列未満）頭部外傷（画診共同）	900 点
170040810	C T 撮影（4 列以上 1 6 列未満）（画診共同）	750 点
170040910	C T 撮影（4 列以上 1 6 列未満）頭部外傷（画診共同）	750 点
170041010	C T 撮影（イ、ロ又はハ以外）（画診共同）	560 点
170041110	C T 撮影（イ、ロ又はハ以外）頭部外傷（画診共同）	560 点
170041210	脳槽 C T 撮影（造影含む）（画診共同）	2300 点
170041310	脳槽 C T 撮影（造影含む）頭部外傷（画診共同）	2300 点

170041410	M R I 撮影（3 テスラ以上）共同利用施設（画診共同）	1620 点
170041510	M R I 撮影（3 テスラ以上）（その他）（画診共同）	1600 点
170041610	M R I 撮影（1. 5 テスラ以上 3 テスラ未満）（画診共同）	1330 点
170041710	M R I 撮影（1 又は 2 以外）（画診共同）	900 点

10 リハビリテーション

10.1 算定要件の見直し

○対象疾患の拡大

運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれました。

○FIMを測定していることを要件化

質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

[算定要件]

- ・ 1か月に1回以上、FIM(機能的自立度評価法)の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する
- ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- ・ 1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする
- ・ FIMの測定については、令和4年9月30日まで経過措置

10.2 リハビリテーションデータ提出加算の新設

リハビリテーションデータ提出加算 50点（月1回）（要届出）

[対象リハビリテーション料]

心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハ、呼吸器リハ

[算定要件]

- ・ 自院の診療報酬の請求状況、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
- ・ 入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合

※「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめぐりにデータ提出を受け付ける方向で対応する

[施設基準]

- ・ 対象のリハビリテーション料は、心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハ、呼吸器リハ
- ・ リハビリテーション実施患者の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
- ・ 病院ではデータ提出加算の届出を行っていない保険医療機関

[対応内容]

マスタの開始日は令和5年10月1日とし（提供済）、令和5年9月にプログラム対応予定

10.3 リハ実施計画書・リハ実施総合計画書の署名欄の取扱いの見直し

- 計画書に署名欄が設けられており、患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要
- やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととする

11 精神科専門療法

11.1 通院・在宅精神療法（1回につき）

[改定内容]

- ・通院精神療法及び在宅精神療法のロ及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれ評価されました。
- ・児童思春期精神科専門管理加算のうち、16歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から2年を超えて行った場合についても評価されました。
- ・精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価を新設されました。

1 通院精神療法

イ （略）

ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

（1）精神保健指定医による場合 560点

（2）（1）以外の場合 540点

ハ イ及びロ以外の場合

（1）30分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 410点

② ①以外の場合 390点

（2）30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 330点

② ①以外の場合 315点

2 在宅精神療法

イ （略）

ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

（1）精神保健指定医による場合 620点

（2）（1）以外の場合 600点

ハ イ及びロ以外の場合

（1）60分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 550点

② ①以外の場合 530点

（2）30分以上60分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 410点

② ①以外の場合 390点

（3）30分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 330点

② ①以外の場合 315点

180070310	通院精神療法（初診日に60分以上）（精神保健指定医による場合）	560点
180067110	通院精神療法（初診日に60分以上）（（1）以外）	540点
180070410	通院精神療法（30分以上）（精神保健指定医による場合）	410点
180067410	通院精神療法（30分以上）（1以外）	390点
180070510	通院精神療法（30分未満）（精神保健指定医による場合）	330点
180067310	通院精神療法（30分未満）（1以外）	315点
180070610	在宅精神療法（初診日に60分以上）（精神保健指定医による場合）	620点
180068010	在宅精神療法（初診日に60分以上）（（1）以外）	600点
180070710	在宅精神療法（60分以上）（精神保健指定医による場合）	550点
180068210	在宅精神療法（60分以上）（1以外）	530点
180070810	在宅精神療法（30分以上60分未満）（精神保健指定医による場合）	410点
180067910	在宅精神療法（30分以上60分未満）（1以外）	390点
180070910	在宅精神療法（30分未満）（精神保健指定医による場合）	330点
180068310	在宅精神療法（30分未満）（1以外）	315点
180071010	家族通院精神療法（30分以上）（精神保健指定医による場合）	410点
180069150	家族通院精神療法（30分以上）（1以外）	390点
180071110	家族通院精神療法（30分未満）（精神保健指定医による場合）	330点
180071210	家族在宅精神療法（60分以上）（精神保健指定医による場合）	550点
180069250	家族在宅精神療法（60分以上）（1以外）	530点
180069050	家族通院精神療法（30分未満）（1以外）	315点
180071310	家族在宅精神療法（30分以上60分未満）（指定医）	410点
180069750	家族在宅精神療法（30分以上60分未満）（1以外）	390点
180071410	家族在宅精神療法（30分未満）（精神保健指定医による場合）	330点
180069650	家族在宅精神療法（30分未満）（1以外）	315点
180071530	通院精神療法（初診日に60分以上・要件減算）（指定医）	280点
180067230	通院精神療法（初診日に60分以上・要件減算）（（1）以外）	270点
180071630	通院精神療法（要件減算）（30分以上）（指定医）	205点
180067630	通院精神療法（要件減算）（30分以上）（1以外）	195点
180071730	通院精神療法（要件減算）（30分未満）（指定医）	165点
180067530	通院精神療法（要件減算）（30分未満）（1以外）	158点
180068130	在宅精神療法（初診日に60分以上・要件減算）（（1）以外）	300点
180071830	在宅精神療法（初診日に60分以上・要件減算）（指定医）	310点
180068630	在宅精神療法（要件減算）（30分以上60分未満）（1以外）	195点
180071930	在宅精神療法（要件減算）（30分以上60分未満）（指定医）	205点
180068530	在宅精神療法（要件減算）（30分未満）（1以外）	158点
180072030	在宅精神療法（要件減算）（30分未満）（指定医）	165点
180072130	家族通院精神療法（要件減算）（30分以上）（指定医）	205点
180068930	家族通院精神療法（要件減算）（30分以上）（1以外）	195点
180072230	家族通院精神療法（要件減算）（30分未満）（指定医）	165点
180068830	家族通院精神療法（要件減算）（30分未満）（1以外）	158点
180072330	家族在宅精神療法（要件減算30分以上60分未満）（指定医）	205点
180069530	家族在宅精神療法（要件減算30分以上60分未満）（1以外）	195点
180069430	家族在宅精神療法（要件減算）（30分未満）（1以外）	158点
180072430	家族在宅精神療法（要件減算）（30分未満）（指定医）	165点

3 療養生活継続支援加算【月1回】【要届出】

[算定要件]

- ・ 通院精神療法を算定する患者で、重点的な支援を要するものに対して、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、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合
- ・ 初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定
- ・ 療養生活環境整備指導加算を算定した場合は算定不可

11.2 依存症集団療法（1回につき）【要届出】

アルコール依存症の患者で、入院中の患者以外のものに対して集団療法を実施した場合、週1回かつ計10回に限り算定可能。

180069870	依存症集団療法（アルコール依存症）	300 点
-----------	-------------------	-------

11.3 療養・就労両立支援指導料【要届出】

○相談支援加算（50点）の対象職種の追加

当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合算定可能

11.4 こころの連携指導料

P.15 「こころの連携指導料【新設】」 参照

12 入院料等

12.1 療養病棟入院基本料

12.1.1 中心静脈栄養を実施している状態にある患者の算定要件見直し

当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定

[経過措置]

- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる

12.1.2 疾患別リハ料算定患者にFIMの測定を要件化

療養病棟入院基本料の注11に規定する場合に疾患別リハ料を算定する患者に対して、FIMの測定を月に1回以上実施しない場合は、1日につき2単位まで出来高で算定

医療区分2の患者で疾患別リハ料を算定する患者に対し、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定

[経過措置]

- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす

12.1.3 夜間の看護配置評価の見直し

看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価を新設

イ 夜間看護加算 45点⇒50点（要届出）

ロ 看護補助体制充実加算 55点（要届出）

[イ 夜間看護加算の施設基準]

①～③（略）

[ロ 看護補助体制充実加算の施設基準]

① イの①及び②を満たすものであること

② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

12.2 入院基本料等加算

12.2.1 救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算 1 950 点 ⇒ 1,050 点

救急医療管理加算 2 350 点 ⇒ 420 点

[対象となる状態の追加]

- ・ 広範囲熱傷、顔面熱傷、気道熱傷
- ・ (新) 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
- ・ (新) 蘇生術を必要とする重篤な状態

[レセプト記載]

以下の場合には緊急入院が必要であると判断した医学的根拠をレセプトに記載

- ・ 「意識障害又は昏睡に該当する場合」は JCS 0 の状態
- ・ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合は NYHA1 又は P/F 比 400 以上の状態
- ・ 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」の状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く)に該当する場合は BurnIndex 0 の状態

12.2.2 医師事務作業補助体制加算の見直し

【点数の見直し】

1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15 対 1 補助体制加算	970 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	758 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	630 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	545 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	455 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	375 点
ト	75 対 1 補助体制加算	295 点
チ	100 対 1 補助体制加算	248 点

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15 対 1 補助体制加算	910 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	710 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	590 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	510 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	430 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	355 点
ト	75 対 1 補助体制加算	280 点
チ	100 対 1 補助体制加算	238 点



1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15 対 1 補助体制加算	1,050 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	835 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	705 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	610 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	510 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	430 点
ト	75 対 1 補助体制加算	350 点
チ	100 対 1 補助体制加算	300 点

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15 対 1 補助体制加算	975 点
ロ	20 対 1 補助体制加算	770 点
ハ	25 対 1 補助体制加算	645 点
ニ	30 対 1 補助体制加算	560 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	475 点
ヘ	50 対 1 補助体制加算	395 点
ト	75 対 1 補助体制加算	315 点
チ	100 対 1 補助体制加算	260 点

[施設基準]

大幅に緩和されました

○医師事務作業補助体制加算 1

自院での勤務経験が3年以上の医師事務作業補助者を、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置

○医師事務作業補助体制加算 2

それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者を配置

12.2.3 看護職員夜間配置加算

【点数の見直し】

1 看護職員夜間12対1配置加算

イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 105点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2 85点

2 看護職員夜間16対1配置加算

イ 看護職員夜間16対1配置加算 1 65点

ロ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 40点



1 看護職員夜間12対1配置加算 1

イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 110点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2 90点

2 看護職員夜間16対1配置加算

イ 看護職員夜間16対1配置加算 1 70点

ロ 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 45点

12.2.4 看護補助加算

【点数の見直し】

◆夜間 75 対 1 看護補助加算 50点 => 55点

【注4の追加】

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

◆看護補助体制充実加算 5点

[新設]

190243370	看護補助体制充実加算（看護補助加算）	5点
-----------	--------------------	----

12.2.5 感染対策向上加算

【名称の見直し】

◆感染防止対策加算 ⇒ ◆感染対策向上加算

A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日）	A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算（入院初日）
◆1 感染防止対策加算 1 390点	◆1 感染対策向上加算 1 710点
◆2 感染防止対策加算 2 90点	◆2 感染対策向上加算 2 175点
	◆3 感染対策向上加算 3 75点

【新設】

190243810	感染対策向上加算 3	75 点
190243770	指導強化加算（感染対策向上加算 1）	30 点
190243970	連携強化加算（感染対策向上加算 2 又は 3）	30 点
190244070	サーベイランス強化加算（感染対策向上加算 2 又は 3）	5 点

【廃止】

190147470	感染防止対策地域連携加算	100 点
190206870	抗菌薬適正使用支援加算	100 点

12.2.6 重症患者初期支援充実加算

【新設】

◆重症患者初期支援充実加算（1 日につき） 300点

【新設】

190244110	重症患者初期支援充実加算	300 点
-----------	--------------	-------

12.2.7 報告書管理体制加算

【新設】

◆報告書管理体制加算（退院時 1 回） 7点

【新設】

190244210	報告書管理体制加算	7 点
-----------	-----------	-----

12.2.8 術後疼痛管理チーム加算

【新設】
◆術後疼痛チーム管理加算（１日につき） 100点

注 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、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（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、術後疼痛管理チーム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、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

[新設]

190244410	術後疼痛管理チーム加算	100 点
-----------	-------------	-------

12.2.9 入退院支援加算（退院時１回）

1 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料の場合 600点 ロ 療養病棟入院基本料の場合 1,200点 2・3（略）	⇒	1 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料の場合 1,300点 2・3（略）
---	---	---

12.2.10 地域医療体制確保加算（入院初日）

◆地域医療体制確保加算 520点	⇒	◆地域医療体制確保加算 620点
------------------	---	------------------

12.2.11 データ提出加算対象入院料の拡大

以下の入院料で新たにデータ提出加算が要件となります

地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対 1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料

[経過措置]

- 令和 4 年 3 月 31 日時点で次の届出医療機関は以下に示すまでの間、令和 4 年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない
地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対 1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料
- 許可病床数が 200 床以上：令和 5 年 3 月 31 日までの間
- 許可病床数が 200 床未満：令和 6 年 3 月 31 日までの間

12.3 特定入院料

12.3.1 地域包括ケア病棟入院料

○地ケア入院料 2、地ケア入院料 4、地ケア管理料 2、地ケア管理料 4 の要件追加

(新) ハ 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること（満たせない場合 100 分の 90 で算定）

- ・ 当該病棟の入院患者に占める自宅等から入院したものの割合が 20%以上
- ・ 当該病棟の自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前 3 月間において 9 人以上
- ・ 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(II)を前 3 月間において 30 回以上算定
- ・ 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、精神科訪問看護・指導料(I)、精神科訪問看護・指導料(III)を前 3 月間において 60 回以上算定
- ・ 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前 3 月間において 300 回以上算定している訪問看護ステーションが併設されている
- ・ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前 3 月間において 30 回以上算定
- ・ 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が併設されている
- ・ 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前 3 月間において 6 回以上算定

○一般病床で地ケア入院料又は地ケア医療管理料を算定する場合の要件の見直し

- ・ ア、イ又はオのいずれ ※1 か及びウ又はエ ※2 の基準を満たしていること

- ・ 許可病床数が 200 床未満の保険医療機関の一般病床の場合

ウ又はエ ※2 は院内に救急外来を有している又は 24 時間の救急受け入れにより当該基準を満たすものとみなす

※1 ア 在宅療養支援病院の届出

イ 在宅療養後方支援病院の届出直近 1 年間の在宅患者の受入実績

オ 訪看護ステーションを自院の同一敷地内に設置

※2 ウ 医療計画に記載される第二次救急医療機関

エ 省令に基づき認定された救急病院

[経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出病棟又は病室は、令和 5 年 3 月 31 日までの間の限り、なお従前の例による