

入院外の医療

基本診療料

基本診療料の引き上げはなかった。機能強化加算の施設基準について、一部で実績要件が加えられるとともに、算定要件として、必要に応じ、患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行った上でカルテに記載することなどが加えられた。

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付し診療を実施した場合の「電子的保健医療情報活用加算」が新設された。初診料に7点、再診料・外来診療料に4点を月1回加算できる。

感染対策に加算

「外来感染対策向上加算」(6点)が新設された。届出を行った診療所において、初・再診料、小児科外来診療料、在宅患者訪問診療料等に月1回加算できる。施設基準では、▼専任の院内感染管理者の設置、▼地域の医師会等と連携しカンファレンスや訓練に参加すること、▼新型コロナのような新興感染症の発生時には、行政の要請で発熱外来等の設置や、その旨をホームページ等で公表、といった対応が求められる。

医学管理等

地域包括診療加算、(地域包括診療料含む)の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)が加えられた。

生活習慣病管理料は、点数を下げた上で投薬は包括評価の対象外とした。

前回改定で新設された診療情報提供料(Ⅲ)が連携強化診療情報提供料に名称変更された。算定上限が3か月に1回から1か月に1回と緩和された。また、指定難病患者又はてんかん患者の紹介を受けた専門医療機関や、患者の紹介を受けた紹介受診重点医療機関が、紹介元からの求めに応じて情報提供をした場合も算定の対象となった。

在宅医療

「外来在宅共同指導料」が新設された。外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、外来を担当する医療機関と在宅を担当する医療機関が共同して指導を行う場合に算定できる。在宅側は「1」400点を、外来側は「2」の600点を患者1人につき1回算定できる。

緊急往診加算の要件の「緊急の往診を要する病態」に関して、15歳未満の小児については低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合も対象となる。

在宅がん医療総合診療料では、15

医科 2022年 診療報酬改定の主な内容

歳未満の小児に対する小児加算(週1回1000点)が新設された。

血糖自己測定器加算の、「間歇スキャン式持続測定器によるもの」について、強化インスリン療法の実施などが要件から外れ、インスリン製剤の自己注射を1日1回以上行っている患者が対象とされた。

検査

検査実施料については、全体的に引き下げが多いが、細菌培養同定検査、SPO₂などは引き上げられた。また、関節液検査(50点)が新設された。

検体採取料では血液採取の「静脈」が2点引き上げられ37点、「動脈血採取」は5点増の55点、「鼻腔・咽頭拭い液採取」については20点増の25点と大幅に引き上げられた。

投薬

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が設けられた。医師が指示による1枚のリフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとされた。ただし、湿布薬や投薬量に限度のある薬剤についてはリフィル処方箋ができない。

湿布薬の上限枚数については現行の1処方70枚から63枚へと減らされた。なお、医師が必要と判断し、制限枚数を超過して処方する場合にはこれまで通りその理由を処方箋及びレセプトに記載して算定できる。

注射

注射実施料は、「皮内、皮下及び筋肉内注射」、「静脈内注射」、「点滴注射」の「6歳未満」がそれぞれ2点、「点滴注射」の「6歳以上」と「その他の場合」も1点ずつ引き上げられた。

リハビリテーション

疾患別リハビリテーション料で、算定日数上限を超過して疾患別リハを実施する患者のうち、治療継続により改善が期待できると医学的に判断できる場合は、これまでの1か月に1回以上の実施計画書の作成と交付に加えて、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定することが要件化された。

精神科専門療法

通院・在宅精神療法について、精神保健指定医が行った場合と、それ以外で評価が分けられた。精神保健指定医が行った場合は、従来より10～20点の引き上げ又は据置き、その他の場合は据置き又は10～15点の引き下げとなる。

依存症集団療法に、「アルコール依存症の場合」(300点)が新設された。

処置

耳処置、鼻処置、口腔・咽頭処置がそれぞれ2点ずつ引き上げられた。また、6歳未満の乳幼児への耳鼻咽喉科処置を対象とした、「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算」(60点)と「耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算」(80点)が新設された。

「下肢創傷処置」が新設。糖尿病等を起因とした下肢潰瘍に対する処置は、一般的な創傷処置点数でしか算定できなかったが下肢潰瘍に対する処置を行った場合に、潰瘍の部位や深さにより135点、147点、270点が算定できる。

オンライン診療関連

「オンライン診療料」の名称が廃止され、基本診療料の各項目に「情報通信機器を用いた場合」が設定され、初診料(情報通信機器を用いた場合)は251点とされた。ただし、初診から対応できる患者については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき判断する。

情報通信機器を用いた場合の医学管理等はこれまで100点で統一されてきたが、今次改定からは基となる医学管理の約9割となる点数を算定する。算定できる項目については、新たに14の医学管理等が追加されたが、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は算定できなくなった。

データ提出加算

生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等にデータ提出に係る加算として月1回50点が新設された。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に届出・算定ができる。提出されたデータは今後の診療報酬改定等で、分析活用されることが見込まれる。

不妊治療が保険適用

不妊治療が保険適用されることに伴い、医学管理等に「一般不妊治療管理料」(250点)、「生殖補助医療管理料1・2」(300・250点)が新設された。検査や手術でも、「抗ミューラー管ホルモン(AMH)」、「採卵術」等の不妊治療に関する評価が新設された。

入院医療

重症度、医療・看護必要度の見直し
一般病棟用の重症度、医療・看護必

要度の評価項目から「心電図モニターの管理」が削除される等、項目が変更され、併せて、急性期一般入院料1～5や地域包括ケア病棟入院料での患者割合が見直された。また、許可病床数200床以上病院の急性期一般入院基本料1では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが義務付けられた。

急性期一般入院料6が廃止(半年の経過措置あり)となり、患者割合要件の無い急性期一般入院料7は6に名称変更された。

夜間の看護配置、医師事務補助体制の加算引き上げ

夜間の看護配置に対する加算点数の引き上げが行われた。看護職員夜間配置加算、看護補助加算等の加算についてそれぞれ5点ずつ引き上げられた。

医師事務補助体制加算についても、全ての区分で点数が引き上げられた。施設基準も一部変更となり、加算1は自院での3年以上の勤務経験のある医師事務作業補助者が5割以上配置されていることが要件となる。

地域包括ケア病棟の要件厳しく

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料は、在宅復帰率や実績要件が厳格化され、自院の一般病棟からの転棟について初期加算を引き下げるなど、厳しい改定となった。

入院料「1」・「2」では、在宅復帰率70%から72.5%に引き上げ。「3」・「4」は新たに在宅復帰率70%以上とし、満たせない場合に入院料を減算する。他にも、自宅等からの入院患者割合の引き上げ、入退院支援加算1を届出していない場合等の減算規定も設けた。

また、一般病棟(200床以上)で地域包括ケア病棟を算定する場合は救急医療等の要件の必須化、療養病棟で算定する場合は自宅等からの入院患者割合等の要件が満たせない場合の減算規定の導入も行われた。

回復期リハを要する状態が追加

回復期リハビリテーション病棟入院料では、対象患者に「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」が追加された。算定日数は90日以内。

施設基準では、重症患者割合が入院料「1」・「2」で「3割以上」から「4割以上」へ、入院料「3」・「4」で「2割以上」から「3割以上」へ引き上げられた。また入院料「5」が廃止となり、これまでの「6」が新たな「5」となる。なお、3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定している場合は、1年間の経過措置がある。