

令和4年度 診療報酬改定

と き 令和4年3月26日 土

ところ 毎日新聞オーバルホール
(会場開催中止)

【配布資料1】

眼科関連事項〔主な改定項目〕

(令和4年3月4日厚生労働省告示・通知)

配信期間：令和4年3月28日～4月30日

オンデマンド配信：本会ホームページ会員ページ

一般社団法人大阪府眼科医会

大阪府眼科医会ホームページ内会員ページへの ログインパスワード変更について

大阪府眼科医会のホームページ内会員ページへのログインパスワードは3カ月に1度変更されます。



大阪府眼科医会のホームページの上にある会員ページのボタン(○枠内)をクリックすると、図1のボックスが開きます。

ユーザー名の枠には、図2のごとく皆様へお送りする郵便物の住所ラベルに記載の4桁の番号を参考に、番号が9876なら大文字半角OG9876(オー・ジー・キュー・ハチ・シチ・ロク)と入力して下さい。

図1

図2

また、パスワードは2022年1月1日より2022年3月末までは、SS7L(大文字半角エス・エス・数字の7・大文字半角エル)です。以降、各会報に新しいパスワードを掲載します。

ユーザー名：OG**** (＊：住所ラベルの4桁番号)
パスワード：SS7L (2022年1月1日～3月31日まで有効)

※パスワード：GA5K (2022年4月1日～6月30日まで有効)

会報発行月は6月、9月、12月、3月で、パスワード変更は、翌月7月、10月、1月、4月の1日付になります。お手数ですが、ご協力よろしくお願いします。
なお、今回のシステムでは、個人でのパスワード変更はできません。

不明な点がある方は、事務局(TEL 06-6762-3201 / FAX 06-6762-3757)までお尋ねください。

はじめに

- ◇ 令和4年3月26日の令和4年度診療報酬改定及び健保説明会は、新型コロナウイルス（オミクロン株）の感染拡大防止の観点から、多人数での会場開催は中止となりました。会員の皆様には前回改定と同様、大変ご不便をおかけしますがよろしくご容赦願います。
- ◇ 令和4年3月28日(月)～4月30日(土)の期間中、本会ホームページ会員ページにて「令和4年度診療報酬改定眼科関連事項」、「保険診療の理解のためにレセプト作成の留意点」、「眼科健保ハンドブック症例集」に関する説明をオンデマンド配信し、対応することと致しました。配信期間は長くしておりますので、会員の先生方と従業員の皆様におかれましては、お時間の許す際にご視聴いただきますようお願い申し上げます。
- ◇ 【配布資料1】は、令和4年度診療報酬改定における眼科関連事項を掲載しております。オンデマンド配信スライドと同じ内容です。ご視聴いただく際の資料として、また再確認しやすいように小冊子としました。眼科健保ハンドブックと共にご活用ください。
- ◇ 診療報酬改定につき、2月上旬から情報収集及び準備を開始し、3月初旬の官報告示で再確認し3月中旬に校正と印刷依頼し、3月下旬までに間に合うよう皆様へ送付しております。この関係上、令和4年3月中旬時点で判明している掲載内容となっております。今後の厚労省疑義解釈通知などの詳細をご確認願います。配布資料が適正なレセプト請求の一助となれば幸いです。
- ◇ なお、掲載内容に関するご質問やお問い合わせにつきましては、本会事務局にて対応できかねますのでご了承ください。

令和4年3月

目 次

頁	スライド	項 目	備考
2	4	令和4年度診療報酬改定率	
3	6	令和4年度診療報酬改定の基本方針	
6	11－14	初診料（情報通信機器を用いた場合）	新設
8	15	再診料（情報通信機器を用いた場合）	新設
8	16－18	外来感染対策向上加算	新設
10	19	連携強化加算	新設
10	20	サーベイランス強化加算	新設
12	23－26	電子的保健医療情報活用加算	新設
14	27	紹介状なしで受診した患者等の定額負担等	変更
14	28－29	外来後発医薬品使用体制加算	変更
15	30－34	短期滞在手術等基本料1	追加
18	35－38	短期滞在手術等基本料3	追加
20	39	診療情報提供料（Ⅰ）	追加
20	40－46	処方箋様式の見直し（リフィル処方箋）	変更
24	47－50	連携強化診療情報提供料	新設
26	51－52	眼科学的検査、ロービジョン検査判断料	変更
27	53－56	眼科手術	新設等

※各ページ2枠の構成です。各枠右下の数字順にご覧ください。

一般社団法人大阪府眼科医会 令和4年度診療報酬改定及び 健保説明会〔会員・従業員向け〕

配信期間：令和4年3月28日(月)～4月30日(土)

1. 令和4年診療報酬改定事項 [配布資料1]

2. 保険診療の理解のために
レセプト作成の留意点 [配布資料2]

3. 眼科症例集〔眼科健保ハンドブック・症例〕

注意事項：スクリーンショット、録画・録音、会員、従業員以外への
閲覧を禁止します。

【小括】令和4年度診療報酬改定・眼科関連事項

令和4年度診療報酬改定では、情報通信機器を用いた初再診料、処方箋を反復利用できるリフィル処方箋が導入され、慎重な対応を要する。

新興感染症対策として、外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算が新設された。新興感染症発生時等に都道府県等の要請を受け、発熱患者への外来診療実施体制（動線分離）、ホームページ等による公開等の施設基準となっている。

眼科検査では網膜中心血管圧測定が廃止された。

眼科手術では6項目が新設された。短期滞在手術等基本料1、短期滞在手術等基本料3で対象手術が追加された。

頁	スライド	改定事項	備考
2	4	令和4年度診療報酬改定率	
3	6	令和4年度診療報酬改定の基本方針	
6	11-14	初診料(情報通信機器を用いた場合)	新設
8	15	再診料(情報通信機器を用いた場合)	新設
8	16-18	外来感染対策向上加算	新設
10	19	連携強化加算	新設
10	20	サーベイランス強化加算	新設
12	23-26	電子的保健医療情報活用加算	新設
14	27	紹介状なしで受診した患者等の定額負担等	変更
14	28-29	外来後発医薬品使用体制加算	変更
15	30-34	短期滞在手術等基本料1	追加
18	35-38	短期滞在手術等基本料3	追加
20	39	診療情報提供料(Ⅰ)	追加
20	40-46	処方箋様式の見直し(リフィル処方箋)	変更
24	47-50	連携強化診療情報提供料	新設
26	51-52	眼科学的検査 ロービジョン検査判断料	変更
27	53-56	眼科手術	新設等

令和4年度診療報酬改定事項

総論

3

令和4年度診療報酬改定

令和3年12月22日の予算大臣折衝を踏まえ、令和4年度診療報酬改定は以下のとおりとなった。

1. 診療報酬

+0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分

+0.23%

各科改定率

医科

+0.26%

歯科

+0.29%

調剤

+0.08%

※2 うち、看護の処遇改善(特例的対応)

+0.20%

※3 うち、リフィル処方箋導入・活用促進での効率化

▲0.10%

※4 うち、不妊治療の保険適用(特例的対応)

+0.20%

※5 うち、小児感染防止対策加算措置(医科)の期限到来

▲0.10%

2. 薬価等

① 薬価

▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定

▲1.44%

※2 うち、不妊治療保険適用(特例的対応)

▲0.09%

② 材料価格

▲0.02%

4

改定率の推移

	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度	2020年度	2022年度
合計	▲3.16%	▲0.82%	0.19%	0.00%	▲1.26% (0.10%)	▲0.84% (▲1.03%)	▲0.90% (▲1.19%)	▲0.53% (▲0.46%)	▲0.94%
診療報酬 本体	▲1.36%	0.38%	1.55%	1.38%	0.10% (0.73%)	0.49%	0.55%	0.47% (0.55%)	0.43%
医科	▲1.50%	0.42%	1.74%	1.55%	0.11% (0.82%)	0.56%	0.63%	0.53%	0.26%
歯科	▲1.50%	0.42%	2.09%	1.70%	0.12% (0.99%)	0.61%	0.69%	0.59%	0.29%
調剤	▲0.60%	0.17%	0.52%	0.46%	0.04% (0.22%)	0.17%	0.19%	0.16%	0.08%
薬価等	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲1.38%	▲1.36% (▲0.63%)	▲1.33% (▲1.52%)	▲1.45% (▲1.74%)	▲1.00% (▲1.01%)	▲1.37%

※2014年度のカッコ内は消費増税対応分を含めた数字

※2016、2018、2020年度の薬価等のカッコ内は薬価制度改革の効果を含めた数字

※2020年度の本体のカッコ内は働き方改革への特例的な対応を含めた数字

※2022年度の本体は看護の処遇改善と不妊治療の保険適用によるプラスと、リフィル
処方箋導入と小児の感染防止対策の加算措置終了によるマイナス含めた数字

5

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
 - ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
 - ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
 - ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
- 社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要の対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

6

令和4年度診療報酬改定

眼科関連

7

A000 初診料 [改定後]

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11 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。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。（新設）

A001 再診料 [改定後]

注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。

注15 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。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。（新設）

8

A000 初診料 [改定後]

注12 注11に該当する場合であって、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おいて初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。
(新設)

注13 注11に該当する場合であって、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おいて初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。(新設)

A001 再診料 [改定後]

注16 注15に該当する場合であって、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おいて再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

注17 注15に該当する場合であって、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おいて再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。(新設)

9

A000 初診料 [改定後]

注14 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初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、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、月1回に限り3点を所定点数に加算する。(新設)

A001 再診料 [改定後]

注18 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再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。(新設)

10

(1) 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「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。
- 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)	初診料(情報通信機器を用いた場合)	251点
(新)	再診料(情報通信機器を用いた場合)	73点
(新)	外来診療料(情報通信機器を用いた場合)	73点



【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) 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) (8) 略

【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。

11

(新設) A000 初診料(情報通信機器を用いた場合)

「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。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。

(新設) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点 (要届出)

【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、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。

12

A000 初診料（情報通信機器を用いた場合）

- （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病・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。

13

A000 初診料（情報通信機器を用いた場合）

- （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

〔届出事項〕 別添 7 の様式 1、前年度診療実施状況（毎年 7 月）別添 7 の様式 1 の 2

14

(新設) A001再診料(情報通信機器を用いた場合)及び オンライン診療料の廃止

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。

新設 再診料 A001 再診料(情報通信機器を用いた場合) 73点 (要届出)

* 現行のオンライン診療料(71点)は廃止(削除)

[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)～(8)は、初診料(情報通信機器を用いた場合)と同じ。

[施設基準]

初診料(情報通信機器を用いた場合)の場合と同じ。

15

(新設) 外来感染対策向上加算

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。

新設 初再診 外来感染対策向上加算 6点 (要届出)

[届出事項] 様式1の4

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

16

外来感染対策向上加算

〔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。

〔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。

17

外来感染対策向上加算

- (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 A 2 3 4 - 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。

18

(新設) 連携強化加算

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の評価を新設する。

(新設) 初再診 連携強化加算 3点 (要届出)

(※) 連携強化加算の算定は、外来感染対策向上加算と同様の取扱いとする。

[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。

19

(新設) サーベイランス強化加算

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、地域のサーベイランスに参加している場合の評価を新設する。

(新設) 初再診 サーベイランス強化加算 1点 (要届出)

(※) サーベイランス強化加算の算定は、外来感染対策向上加算と同様の取扱いとする。

[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。

[届出事項] 連携強化加算、サーベイランス強化加算（様式 1 の 5）

20

(1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- 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 (患者1人につき月1回)

【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。

【主な施設基準】

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
- (2) **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**。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**。
- (3) 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**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- (4) 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**。

- 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の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 (患者1人につき月1回)

【施設基準】
(1) 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**。

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

【施設基準】
(1) 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**。

21

(1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

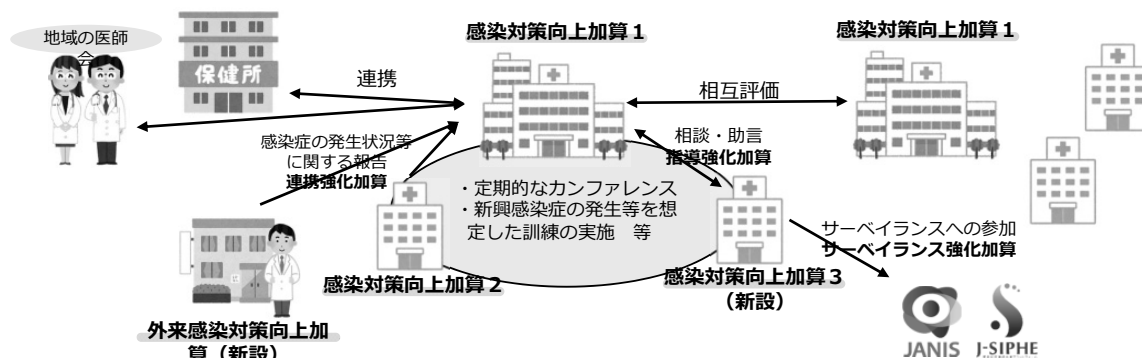
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】 感染防止対策加算1 390点 感染防止対策加算2 (新設) 90点	【(新) 感染対策向上加算】 感染対策向上加算1 710点 (入院初日) 感染対策向上加算2 175点 (入院初日) 感染対策向上加算3 75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算1の保険医療機関が、加算2、加算3又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し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とともに、加算2、加算3の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算1の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算2又は3の保険医療機関)



22

(新設) 電子的保健医療情報活用加算 (月 1 回)

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。

(新設)	A000	初診料	注14	電子的保健医療情報活用加算	7点
			(※)	特例措置 (令和6年3月31日まで)	3点
	A001	再診料	注18	電子的保健医療情報活用加算	4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]

- (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。

[届出事項] 届出を行う必要はない。(当該基準を満たすこと)

23

(参 考) 厚生労働省説明資料

オンライン資格確認の準備作業について

- オンライン資格確認の導入にあたっての補助
 - ・ **顔認証付きカードリーダーの無償提供** (病院3台まで、診療所等1台)
 - ・ それ以外の費用 (①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等) へは**補助金を交付** (令和5年3月末までに設置準備を完了した場合。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる)。
- オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA
 - 医療機関等における**導入状況**・患者向けの**周知広報素材**等
 - その他お問い合わせ

- ➡ 医療機関等向けポータルサイト
- ➡ 厚生労働省ホームページ
- ➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト	厚生労働省ホームページ	オンライン資格確認等コールセンター
 医療機関ポータル 検索	 オンライン資格確認 検索	 contact@iryohokenjyoho-portal.jp  0800-0804583 (通話無料) 月～金 8:00～18:00 (いずれも祝日を除く) 土 8:00～16:00

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

- **まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください!**
これからオンライン資格確認を導入される方は、「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録を行い、同サイトよりご希望の顔認証付きカードリーダーをお申し込みください。
- **システム業者へのご連絡をお願いします。**
顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。
詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。
(右の二次元バーコードよりアクセスいただけます)
- **運用開始の準備ができたら、「運用開始日」の登録を行ってください!**



24

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

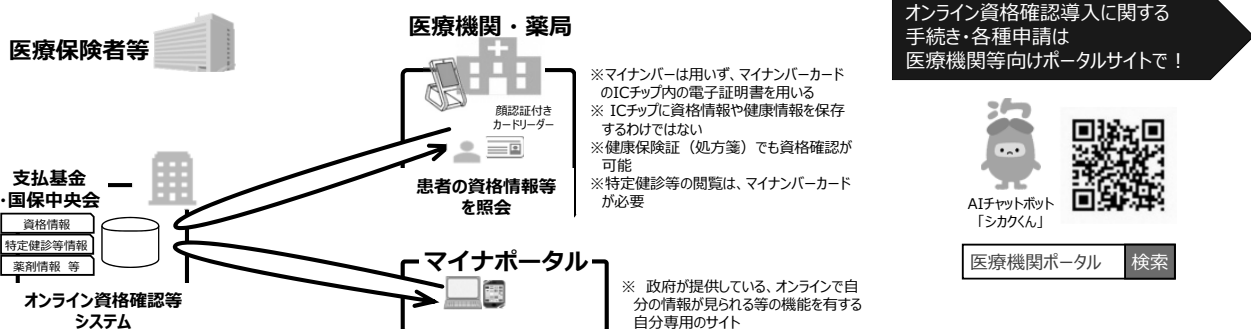
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。
今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築等**を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。
政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

オンライン資格確認を利用するメリット

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
※ マイナンバーカードだけでなく、従来の保険証でも資格の有効性が確認できる。
- ② 医療機関や薬局において、特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を提供できる**。

マイナンバーカードの交付状況

- ・人口に対する交付枚数率は、**41.8%**（令和4年2月1日時点）
- ・マイナポイント第2弾として、マイナンバーカードの健康保険証利用申込を行った方に7,500円相当のポイントを付与する。（令和4年6月頃～）



25

（参考）電子的保健医療情報活用加算 関連

● 顔認証付きカードリーダー【令和4年1月23日時点(厚労省HPより)】

病院・診療所・薬局：22万9271施設
無償提供申し込み：13万0039施設(56.7%)
設置準備完了：3万6014施設(15.7%)
先行利用開始：2万5043施設(10.9%)

● 総務省発表【令和4年2月1日時点】

マイナンバーカード普及率：41.8%

● オンライン資格確認の利用状況件数(令和3年10/20～12/31)

厚労省HPより抜粋要約

合計(件)	マイナンバーカード	保険証	一括照会	特定健診	薬剤情報
41,666,536	259,946	32,313,865	9,092,725	10,159	23,672

● 医療機関

初期費用：顔認証付きカードリーダー、ソフト、専用PC、新機種導入

維持費用：月々の諸経費

補助金増額(関連費用)期限：令和5年(2023年)3月末までの導入が条件

26

【病院】 紹介状なしで受診した患者等の定額負担等

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。

【病院】

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。

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（現行 医科：5,000円 / 歯科：3,000円）

【再診の場合】 医科：3,000円 / 歯科：1,900円（現行 医科：2,500円 / 歯科：1,500円）

27

外来後発医薬品使用体制加算での変更点

改定前

【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】

【施設基準】

(1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年 厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ・ニ（略）

(2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。

ハ・ニ（略）

(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。

ハ・ニ（略）

改定後

【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】

【施設基準】

(1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年 厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ・ニ（略）

(2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ・ニ（略）

(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準

イ（略）

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ・ニ（略）

〔届出事項〕 別添2の様式38の3

28

(参 考)

改定前

【外来後発医薬品使用体制加算】院内処方

外来後発医薬品 使用体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	85% 以上	5点
2	75% 以上	4点
3	70% 以上	2点

【後発医薬品使用体制加算】有床診療所・病院(入院初日)

後発医薬品使用 体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	85% 以上	47点
2	80% 以上	42点
3	70% 以上	37点

【後発医薬品調剤体制加算】保険薬局

後発医薬品調剤 体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	75% 以上	15点
2	80% 以上	22点
3	85% 以上	28点

改定後

【外来後発医薬品使用体制加算】院内処方

外来後発医薬品 使用体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	90% 以上	5点
2	85% 以上	4点
3	75% 以上	2点

【後発医薬品使用体制加算】有床診療所・病院(入院初日)

後発医薬品使用 体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	90% 以上	47点
2	85% 以上	42点
3	70% 以上	37点

【後発医薬品調剤体制加算】保険薬局

後発医薬品調剤 体制加算	後発医薬品の規格単位数量の割合	点数
1	80% 以上	21点
2	85% 以上	28点
3	90% 以上	30点

29

令和4年度診療報酬改定 5. 入院医療 (4) 短期滞在手術等基本料、DPC/PDPS

厚生労働省資料より

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料1の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料1】 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点 【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。	【短期滞在手術等基本料1】 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） (改) イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 (改) ロ イ以外の場合 2,718点 【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術（ <u>全身麻酔を伴うものに限る。</u> ） が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料2の見直し

- 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料2】 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあつては、 5,075点 5,046点）	（削除）

30

A400－1 短期滞在手術基本料 1

短期滞在手術等基本料 1 は対象手術等の追加及び要件や評価が見直された。
麻酔を伴う手術とそれ以外に区別され、麻酔科医の配置に係る要件が変更された。

眼科関連対象：手術水晶体再建術の他に 7 種類が追加された。

注意事項：施設基準、厚生局への届出

包括点数：術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断、麻酔管理等

〔届出事項〕 別添 7 の様式 58

【短期滞在手術等基本料 1 に包括される点数】

- | | |
|-------------------------|-----------|
| ・尿中一般物質定性半定量検査 | ・心電図検査 |
| ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） | ・写真診断 |
| ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） | ・撮影 |
| ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） | ・麻酔管理料（Ⅰ） |
| ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） | ・麻酔管理料（Ⅱ） |
| ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） | |
| ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（CRP等） | |

31

A400－1 短期滞在手術等基本料 1

改定前

改定後

A400－1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）
2,947点

（新設）
（新設）

〔対象手術〕

別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等
一 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術

D 2 8 7～K 0 9 3－2 省略

（追加）
（追加）
（追加）
（追加）
（追加）

（追加）

（追加）

K 2 8 2 水晶体再建術
K 4 7 4～ 省略

A400－1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）

イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点
□ イ以外の場合 2,718点

〔対象手術〕

別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等
一 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術
又は検査

D 2 8 7～K 0 9 3－2（省略）

K 2 0 2 涙管チューブ挿入術

1 涙道内視鏡を用いるもの

K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法

K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの

K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）

K 2 5 4 治療的角膜切除術

1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）

K 2 6 8 緑内障手術

6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

K 2 8 2 水晶体再建術

K 4 7 4～（省略）

32

短期滞在手術等基本料の対象手術等 (参考)

短期滞在手術等基本料1の対象手術等 (38項目)

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
K008 腋臭症手術
K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
K068 半月板切除術
K068-2 関節鏡下半月板切除術
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
K093 手根管開放手術
K093-2 関節鏡下手根管開放手術
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術
K474 乳腺腫瘍摘出術
K508 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K823-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841-2 経尿道的レーザー前立腺・蒸散術

33

A400-1 短期滞在手術等基本料1「施設基準」

改定前

二 短期滞在手術等基本料1の施設基準

- (1) 局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) (3) (略)
- 1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準
- (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
- (2) 看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
- (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
- (5) (略)

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十三 (略)

(新設)

改定後

二 短期滞在手術等基本料1の施設基準

- (1) 手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) (3) (略)
 - 1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準
 - (1) 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
 - (2) 看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること。
 - (3) 手術を行う場合にあっては、当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
 - (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術 (全身麻酔を伴うものに限る。) が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
 - (5) 術前に患者に十分に説明し「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う留意事項について」における別紙様式8を参考として同意を得ること。
- 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十三 (略)
- 二十四 別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者

34

A400 — 2 短期滞在手術等基本料 3

改定前	改定後
A400—2 短期滞在手術基本料2(1泊2日の場合) 5,075点 (生活療養を受ける場合) 5,046点	削除
A400—3 短期滞在手術基本料3(4泊5日までの場合)	A400— 2 短期滞在手術基本料3(4泊5日までの場合)
(追加)	イ～ヨ (略)
(追加)	タ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの 11,312点 (生活療養を受ける場合にあっては、11,238点)
(追加)	レ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法 10,654点 (生活療養を受ける場合にあっては、10,580点)
(追加)	ソ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法 18,016点 (生活療養を受ける場合にあっては、17,942点)

35

A400 — 2 短期滞在手術等基本料 3

改定前	改定後
(追加)	A400— 2 短期滞在手術基本料3(4泊5日までの場合) ツ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの 16,347点 (生活療養を受ける場合にあっては、16,273点)
(追加)	ネ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) 9,431点 (生活療養を受ける場合にあっては、9,357点)
(追加)	ナ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 18,326点 (生活療養を受ける場合にあっては、18,252点)
(追加)	ラ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあっては、22,422点)
(追加)	ム K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザー によるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変 性に係るものに限る。) 20,426点 (生活療養を受ける場合にあっては、20,352点)
(追加)	ウ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点 (生活療養を受ける場合にあっては、37,081点)

36

A400 — 2 短期滞在手術等基本料 3

改定前

ホ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 19,873点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,799点）

ヘ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） 34,416点
（生活療養を受ける場合にあっては、34,342点）

（追加）

（追加）

改定後

A400— 2 短期滞在手術基本料3(4泊5日までの場合)

マ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 17,888点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）

ノ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） 32,130点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）

オ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）

ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）

37

令和4年度診療報酬改定 5. 入院医療 (4) 短期滞在手術等基本料、DPC/PDPS

厚生労働省資料より

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（57項目）

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1 及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1 及び2以外の場合 □ その他のもの
D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足（手に限る。）
K 0 4 6 骨折靱帯の手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術
K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K 2 1 7 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術の 3 その他のもの
K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側）
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側）
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側）
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K 3 1 8 鼓膜形成手術
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリリーブ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K 6 1 7 - 2 大伏在静脈剥去術
K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）
K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）
K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）
K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）
K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）
K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）
K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリリーブ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリリーブ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）の「2」硬化療法(四段階注射法によるもの)
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリリーブ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリリーブ切除術に限る。）
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリリーブ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
K 8 2 3 - 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈手術
K 8 6 7 子宮頸部(腔部)切除術
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリリーブ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリリーブ切除術 2 その他のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療

38

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

改定前

注 1 ～ 6 （略）

7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注8～18 （略）

改定後

注 1 ～ 6 （略）

7 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項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、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又は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について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注8～18 （略）

39

令和4年度診療報酬改定 3. かかりつけ医機能の評価と外来医療の機能分化 等

日本医師会資料より

リフィル処方導入

（参考） 令和4年度診療報酬改定について

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※ 1 うち、※ 2 ～ 5 を除く改定分 + 0. 2 3 %
各科改定率 医科 + 0. 2 6 %
歯科 + 0. 2 9 %
調剤 + 0. 0 8 %

※ 2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※ 3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 1 0 %
（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※ 4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※ 5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲ 0. 1 0 %
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

40

リフィル処方導入

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。

〔対象患者〕

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な患者

〔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。

41

リフィル処方導入

〔留意事項〕

- (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。

42

リフィル処方導入

〔留意事項〕

- (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旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回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。

43

リフィル処方導入

参 考

投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する 麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣 が指定する期間)を経過していないもの (抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タベンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
	○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

44

リフィル処方箋の導入

処方箋様式の見直しについて

- 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、処方箋の様式を見直す。

The diagram illustrates the transition from the old prescription form to the new one. The old form is on the left, and the new form is on the right. The new form includes a 'Refillable' (リフィル) section with a checkbox and a note: 「処方不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。」. Below this, there are checkboxes for 'Refillable' (リフィル) and 'Non-refillable' (リフィル不可). The new form also includes a section for 'Refillable' (リフィル) with checkboxes for 'Refillable' (リフィル) and 'Non-refillable' (リフィル不可). The new form also includes a section for 'Refillable' (リフィル) with checkboxes for 'Refillable' (リフィル) and 'Non-refillable' (リフィル不可).

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行

【処方箋料】
【算定要件】

注2

区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
【算定要件】

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合、**（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

新処方箋様式

日本医師会資料より

処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担番号	保険者番号
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可	「処方不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
リフィル	リフィル 可 □ (図)
保険医署名	「処方不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
備考	保険薬局が調剤時に誤薬を確認した場合(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □ 保険医療機関へ伝達願した上で調剤 □ 保険医療機関へ情報提供
調剤済年月日	令和 年 月 日
公費負担番号	公費負担医療の受給者番号
保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、入門を要する。調剤を要する。
3. 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法令(昭和58年厚生省令第30号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「調剤済年月日」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と読み替えるものとする。

連携強化診療情報提供料

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。
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行う。

〔留意事項〕 (1)～(8) 省略

〔施設基準〕 1～4 省略

47

令和4年度診療報酬改定 3. かかりつけ医機能の評価と外来医療の機能分化 等

厚生労働省資料より

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の新設

- 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、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」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - ・ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行	改定後
【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点 〔算定要件〕 他の保険医療機関から紹介された患者について、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に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。 〔対象患者〕 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者	（改）【連携強化診療情報提供料】 150点 〔算定要件〕 他の保険医療機関から紹介された患者について、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。 〔対象患者〕 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

（新） 地域の診療所等

患者を紹介 → 診療状況を提供 ←

例：生活習慣病の診療を実施 例：合併症の診療を実施

連携強化診療情報提供料を算定

48

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 連携強化診療情報提供料が算定可能)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	—	禁煙	月に1回
2	以下のいずれか ・ 200床未満の病院 ・ 診療所	—	以下のいずれも満たす ・ 紹介受診重点医療機関 ・ 禁煙	
3	—	—	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	—	難病（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・ 難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ・ 禁煙	
		てんかん（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・ てんかん支援拠点病院 ・ 禁煙	
5	—	妊娠中の患者	—	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	—		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

【届出事項】 届出を行う必要はない。（基準を満たすこと）

49

連携強化診療情報提供料

改定前	改定後
診療情報提供料(Ⅲ) 150点 【算定要件】 他の医療機関から紹介された患者について、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に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。 【対象患者】 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者	連携強化診療情報提供料 150点 【算定要件】 他の医療機関から紹介された患者について、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。 【対象患者】 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

50

検査料（眼科学的検査等）

区分	項 目	改定前	改定後
眼科学的検査	D 2 7 6 網膜中心血管圧測定 1 簡単なもの 2 複雑なもの	42点 100点	削除 削除
検体検査 判断料	D 0 0 7 血液化学検査 10項目以上 D 0 1 2 感染症免疫学的検査 38アデノウイルス抗原定性(糞便を除く) D 0 1 8 細菌培養同定検査 5 その他の部位からの検体	109点 189点 160点	106点 184点 170点
検体採取料	D 4 0 0 血液採取(1日に付き) 1 静脈	35点	37点

注射実施料

区分	項 目	改定前	改定後
注射実施料	G 0 0 0 皮内・皮下及び筋肉内注射(1回につき) G 0 0 1 静脈内注射(1回につき) G 0 0 4 点滴注射(1日に付き) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る)	20点 32点 99点 98点 49点	22点 34点 101点 99点 50点

51

D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料

改定前

ロービジョン検査判断料

[施設基準]

厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

改定後

ロービジョン検査判断料

[施設基準]

厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

[届出事項] 別添2の様式29の2

52

眼科手術料 [令和4年度診療報酬改定 新設・点数変更]

区分	項 目	改定前	改定後
皮膚 皮下 組織	K 0 0 0 創傷処理 4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満) 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) K 0 0 0 - 2 小児創傷処理(6歳未満) 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満) 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) 7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	470点 850点 450点 500点 950点	530点 950点 500点 560点 1,060点
眼瞼	K 2 1 7 眼瞼内反症手術 1・2 (略) 3 眼瞼下制筋前転法 [新設]	—	4,230点
結膜	K 2 2 0 結膜縫合術 K 2 2 5 - 4 角結膜悪性腫瘍切除術 [新設]	1,260点 —	1,410点 6,290点
眼球 眼筋	K 2 4 2 斜視手術 1～5 (略) 6 調節糸法 [新設]	—	12,060点

53

眼科手術料 [令和4年度診療報酬改定 新設・点数変更]

区 分	項 目	改定前	改定後
角膜	K 2 5 9 - 2 自家培養上皮移植術 [新設]	—	52,600点
緑内障手術	K 2 6 8 緑内障手術 1 (略) 2 流出路再建術 イ 眼内法 [新設] ロ その他のもの [新設] 3～6 (略) 7 濾過胞再建術(needle法) [新設]	(略) 19,020点 — — (略) —	(略) 14,490点 19,020点 (略) 3,440点

6項目の眼科手術が保険導入された。

54

手術等の医療技術の適切な評価

新規技術の保険導入

- 眼瞼内反症に係る手術について術式を追加する。

(新) 眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法 4,230点

- 角結膜悪性腫瘍に対する手術を新設する。

(新) 角結膜悪性腫瘍切除術 6,290点

〔施設基準あり。届出要（別添2の様式87の50）〕

- 斜視に係る手術について術式を追加する。

(新) 斜視手術（調節糸法） 12,060点

- 緑内障に対する手術について術式を追加する。

(新) 緑内障手術 流出路再建術（眼内法） 14,490点

(新) 緑内障手術 濾過胞再建術（needle法） 3,440点

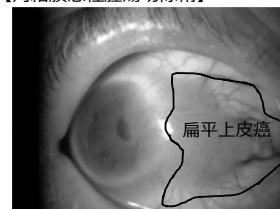
〔施設基準あり。届出要（別添2の様式54の8）〕

【眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法】



日本眼科学会提出資料から引用

【角結膜悪性腫瘍切除術】



日本眼科学会提出資料から引用

【緑内障手術 流出路再建術（眼内法）】



日本緑内障学会提出資料から引用

55

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

(新) 自家培養上皮移植術 52,600点

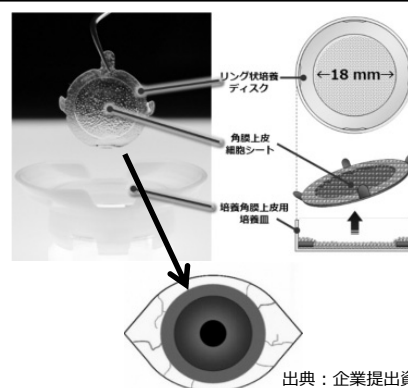
〔技術の概要〕

- 角膜上皮幹細胞疾患患者に対して、患者自身より採取した角膜輪部組織又は口腔粘膜組織から分離した角膜上皮細胞又は口腔粘膜上皮細胞をシート状に培養し、患者の眼表面に移植する。

〔関連する特定保険医療材料〕

150 ヒト自家移植組織

(3) 自家培養角膜上皮	① 採取・培養キット	4,280,000円
	② 調製・移植キット	5,470,000円
(4) 自家培養口腔粘膜上皮	① 採取・培養キット	4,280,000円
	② 調製・移植キット	5,470,000円



出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

(新) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点

〔技術の概要〕

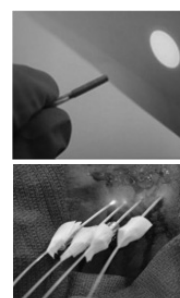
- 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌患者に対して、光感受性物質が結合した抗体であるセツキシマブサロタロカンナトリウムを投与し、腫瘍細胞にレーザー光を照射する局所療法。
- レーザー光により腫瘍細胞に結合した光感受性物質が励起され、腫瘍細胞が傷害される。

〔関連する特定保険医療材料〕

187 半導体レーザー用プローブ	229,000円
216 レーザー光照射用ニードルカテーテル	1,990円



セツキシマブ
サロタロカンナトリウム



出典：企業提出資料

56

施設基準の届出について

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、令和4年4月20日（水曜日）（必着）までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となります。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。
- 提出に必要な書式は各位の責任下にて不備なきようお願いします。

【届出を要する算定点数】[今回の改定関連]

情報通信機器を用いた初再診料（様式1、様式1の2）
外来感染対策向上加算（様式1の4）
連携強化加算、サーベイランス強化加算（様式1の5）
短期滞在手術等基本料1（様式58）
角結膜悪性腫瘍切除術（様式87の50）
緑内障手術[流出路再建術(眼内法) 及び(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)](様式54の8)
緑内障手術 濾過胞再建術(needle法)（様式54の8）
ロービジョン検査判断料（様式29の2）
外来後発医薬品使用体制加算（様式36の3）

57

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください

《医療課長通知》

- 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。
なお、令和4年4月20日(水)までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。
- 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に通知するものであること。

〔日本医師会から厚生労働省・審査支払機関に要請〕

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、厚生労働省の説明会や各地の集団指導が開催されないことから、改定内容、施設基準届出の有無など行政による周知を徹底していただくとともに、例年以上に届出漏れ・届出誤り、請求誤りが出るおそれがあるため、最大限に柔軟・丁寧な対応をしていただきたい。

日本医師会資料より

58