

診療報酬改定セミナー

令和4年度診療報酬改定のポイント ～ 病院外来編 ～

令和4年3月4日時点

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役 細谷 邦夫

病 院 の 外 来

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 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。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円
- ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）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

- ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点
- ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 <u>7,000円</u>	
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

[対象患者]

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 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
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 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
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

[初診の場合]

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 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
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 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
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※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）

[再診の場合]

- ~~① 自施設の他の診療科を受診している患者~~
- ~~② 医科と歯科との間で院内紹介された患者~~
- ~~③ 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~~
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ~~⑥ 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~~
- ~~⑦ 治験協力者である患者~~
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※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）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**

【外来】 紹介状なし受診の定額負担の見直し

□ 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収対象医療機関の追加

- ◆ 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

（※）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

□ 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

□ 初診の場合 200点

□ 再診の場合 50点

□ 定額負担の金額の変更

□ 初診の場合 5,000円 ⇒ 7,000円

□ 再診の場合 2,500円 ⇒ 3,000円

【外来】 紹介状なし受診の定額負担の見直し

□定額負担を求めないことができる患者の要件の見直し

◆初診・再診共通

- ◆「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

◆初診の場合

- ◆「自院の他科を受診している患者」を「自院の他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」、「治験協力者である患者」を削除

□施行日等

◆令和4年10月1日から施行・適用

- ◆公立医療機関は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

【外来】 外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

□減算対象の拡大

◆紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合に初診料、外来診療料を減算

◆「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

□初診料・外来診療料の「紹介率」「逆紹介率」の算出方法、項目の定義、基準見直し

◆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（以下「紹介割合」という）等が低い保険医療機関

◆「注2」は、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%.未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く）、外来機能報告対象病院等（一般病床200床未満を除く）をいう

◆「注3」は、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%.未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く）をいう

【外来】 外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

□ 紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間

- ◆ 報告年度の前年度 1 年間（ただし、前年度 1 年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関は、報告年度の連続する 6 か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない

□ 紹介割合及び逆紹介割合の計算方法

- ◆ 紹介割合（％）＝（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数×100
- ◆ 逆紹介割合 （‰）＝逆紹介患者数÷（初診の患者数＋再診の患者数）×1,000

□ 適用年月日

- ◆ 紹介割合及び逆紹介割合の計算等は令和 5 年 4 月 1 日から適用

【外来】 外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

□初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義

◆初診の患者数

- ◆患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数
- ◆地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車で搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画で位置づけられた救急医療事業を行う場合は、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く

◆再診の患者数

- ◆患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数
- ◆地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車で搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画で位置づけられた救急医療事業を行う場合は、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く

【外来】 外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

□ 初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義

◆ 紹介患者数

- ◆ 他院（特別の関係にある保険医療機関を除く）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先医療機関で医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数

◆ 逆紹介患者数

- ◆ 診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く）に基づき他院での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他院に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む）の数

◆ 救急患者数

- ◆ 地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない）

【外来】機能強化型在宅療養支援病院の実績要件の見直し

□機能強化型の在宅療養支援病院（連携型含む）

- ◆緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする
- ◆在宅療養支援病院（機能強化型・連携型）の施設基準
 - ◆ア～サ及びス（略）
 - ◆シ 以下のいずれかの要件を満たすこと
 - ◆当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう
 - ◆（新）在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上ある
 - ◆（新）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

□（新）二次性骨折予防継続管理料（要届出）

□イ、二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点（入院中1回）

◆大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの

□ロ、二次性骨折予防継続管理料 2 750点（入院中1回）

◆イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

□ハ、二次性骨折予防継続管理料 3 500点（月1回1年限度）

◆イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

□（新）二次性骨折予防継続管理料

◆算定要件

- ◆イは入院している患者で、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに、二次性骨折の予防を目的として骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定
- ◆イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定
- ◆ロは入院している患者で、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定
- ◆ハは入院中の患者以外の患者で、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度に月1回に限り算定
- ◆ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定
- ◆診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

□（新） 二次性骨折予防継続管理料

◆算定の概要

- ◆骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防推進
- ◆骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について評価
- ◆大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行う

◆算定制限

- ◆以下の場合「イ」を算定した患者は「ロ」を算定不可
 - ◆当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に転院した場合
 - ◆同一保険医療機関のリハビリテーション医療等を担う病棟に転棟した場合
- ◆以下の場合「イ」又は「ロ」を算定した同一月に「ハ」は算定不可
 - ◆患者が退院し入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関外来を受診した場合
 - ◆当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

◆算定要件

- ◆「イ」については、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(**FLS**)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定
- ◆「ロ」及び「ハ」は、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(**FLS**)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定
- ◆当該管理料を算定すべき医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う

◆施設基準

◆職種要件

- ◆以下の職種が連携して診療を行う体制を整備

- ◆ 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師
- ◆ 専任の常勤看護師
- ◆ 専任の常勤薬剤師

- ◆ 専任の常勤薬剤師は、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

◆施設基準の続き

◆研修会要件及び病棟要件

- ◆当該保険医療機関内において、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス(**FLS**)クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有と**FLS**の意義について」の研修会を年に1回以上実施
- ◆二次性骨折予防継続管理料1は、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟
- ◆二次性骨折予防継続管理料2は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式5の13を用いる
- ◆新たに届出を行う場合は、届出日から起算して1年以内に「骨粗鬆症に対する知識の共有と**FLS**の意義について」の研修会等の開催が決まっている場合は、研修の要件を満たしているものとする
- ◆届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付

【医学管理料】 外来腫瘍化学療法診療料の新設

□ (新) 外来腫瘍化学療法診療料 (要届出)

□ 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 7 0 0 点 (月 3 回)

□ 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 4 0 0 点 (週 1 回)

□ 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 5 7 0 点 (月 3 回)

□ 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 2 7 0 点 (週 1 回)

◆ 対象患者

◆ 悪性腫瘍を主病とする患者で入院中の患者以外の患者

◆ 概要

◆ 外来化学療法加算の算定要件が整理され、抗悪性腫瘍剤を使用する場合の点数が新設された

【医学管理料】 外来腫瘍化学療法診療料の新設

□（新） 外来腫瘍化学療法診療料の加算

□連携充実加算

1 5 0 点（月 1 回）（要届出）

◆ 1 のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合

◆連携充実加算の施設基準

◆化学療法を実施している患者の栄養管理を行う必要な体制が整備されている

◆他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されている

□小児加算

2 0 0 点

◆当該患者が 1 5 歳未満の小児である場合

□バイオ後続品導入初期加算

1 5 0 点（月 1 回）（3 月限度）

◆当該患者に対しバイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合

◆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

【医学管理料】 外来腫瘍化学療法診療料の新設

□（新） 外来腫瘍化学療法診療料（要届出）

◆算定要件

◆要届出

◆別に算定できない項目

- ◆初診料（注 6 から注 8 までに規定する加算を除く）
- ◆再診料（注 4 から注 6 までに規定する加算を除く）
- ◆外来診療料（注 7 から注 9 までに規定する加算を除く）
- ◆がん患者指導管理料のハ
- ◆在宅自己注射指導管理料
- ◆1 のイ及び2 のイは、当該患者に対して抗悪性腫瘍剤を投与した場合に月 3 回に限り算定
- ◆1 のロ及び2 のロは、1 のイ又は2 のイを算定した日以外の日、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週 1 回に限り算定
- ◆退院した患者に対して退院の日から起算して 7 日以内に行った治療管理の費用は入院基本料に含まれ算定不可

【医学管理料】 外来腫瘍化学療法診療料の新設

□（新） 外来腫瘍化学療法診療料（要届出）

◆施設基準

- ◆外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されている
- ◆外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有している

◆外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法

- ◆入院中の患者以外の患者に対して、下記のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法
- ◆静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射

◆外来腫瘍化学療法診療料の新設に伴い、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

21 【注射】 外来化学療法加算の再編

□ 外来化学療法加算 1

□ ~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~□ 15歳未満 820点~~

~~□ 15歳以上 600点~~

□ 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□ 15歳未満 670点

□ 15歳以上 450点

□ 外来化学療法加算 2

□ ~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~□ 15歳未満 740点~~

~~□ 15歳以上 470点~~

□ 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□ 15歳未満 640点

□ 15歳以上 370点

◆ 外来化学療法加算の定義見直し

※抗悪性腫瘍剤の場合を分離し外来腫瘍化学療法診療料に

◆ 外来化学療法加算については、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

□ (新) バイオ後続品導入初期加算

150点 (月1回 3月限度)

◆ 外来化学療法加算の加算

◆ 当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算

◆ バイオ後続品に関する情報を提供

◆ 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

【医学管理料】 外来栄養食事指導料の加算新設

□（新） 外来栄養食事指導料注 3 の加算

悪性腫瘍の患者に対する管理栄養士の指導 2 6 0 点（月 1 回）

◆算定要件

- ◆要届出
- ◆外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者
- ◆医師の指示に基づき自院の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合

◆施設基準

- ◆悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されている

【医学管理料】療養・就労両立支援指導料の見直し

□療養・就労両立支援指導料の見直し

◆対象疾患の追加

- ◆悪性新生物、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、心疾患、糖尿病、若年性認知症、指定難病、その他これに準ずる疾患

□情報提供先の追加

- ◆産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師

【医学管理料】 がん患者指導管理料の見直し

□がん患者指導管理料（要届出）

◆イ、医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（点数変更なし）

◆算定要件の見直し

◆（略）保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合 又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（略）算定

◆施設基準の見直し

◆①がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること

◆②当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること

◆経過措置

◆令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イ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、1の（5）の基準を満たしているものとする（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く）

【医学管理料】がん患者指導管理料の見直し

□がん患者指導管理料（要届出）

- ◆口、医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（点数変更なし）
 - ◆対象職種の追加
 - ◆（略）当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する
 - ◆算定要件の見直し
 - ◆ア悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が（略）分かりやすく説明するよう努める
 - ◆イ（略）
 - ◆ウ看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない
- ◆がん患者指導管理料ハは外来腫瘍化学療法診療料の併算定不可

【医学管理料】 その他

□ ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者追加

□ ハイリスク妊産婦連携指導料 1

- ◆ (略) 精神疾患を有する 又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された 妊婦又は出産後 2 月以内であるものに対して

□ ハイリスク妊産婦連携指導料 2

- ◆ (略) 精神疾患を有する 又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された 妊婦又は出産後 6 月以内であるものに対して

□ 認知症専門診断管理料の見直し

- ◆ 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

□ 認知症専門診断管理料 2

- 基幹型又は地域型の場合 3 0 0 点
- (新) 連携型の場合 2 8 0 点

27 【在宅】救急搬送診療料の見直し

□ 救急搬送診療料

□ (新) 重症患者搬送加算

1,800点(要届出)

◆ 算定要件の見直し

◆ (1) 救急用の自動車とは以下のものをいう

- ◆ 市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車
- ◆ 自院の道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

◆ (2) 救急医療用ヘリコプター内で診療を行った場合も救急搬送診療料を算定可

◆ (3) 診療を継続して提供した場合、初診料、再診料、外来診療料は救急搬送の同一日に1回に限り算定可

◆ (4) 搬送先の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料、外来診療料は1回に限り算定し、往診料は併算定不可。ただし、患者の発生した現場に赴き診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を算定可

◆ (新) (5) 救急搬送診療料は、救急車等に同乗して診療を行った医師が所属する医療機関が算定

◆ (改) (6) 入院患者を他院に搬送した場合は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合は、入院患者でも救急搬送診療料を算定可

◆ 搬送元以外の他院の医師が救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合

◆ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置、人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者を日本集中治療医学会の定める指針等に基づき患者の搬送を行う場合

◆ (7) 新生児加算又は乳幼児加算は、新生児又は6歳未満の乳幼児(新生児を除く)に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算

◆ (8) 長時間加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が30分を超えた場合に加算

◆ (新) (9) 重症患者搬送加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算

◆ (新) (10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする

28 【在宅】救急搬送診療料の見直し

□ 救急搬送診療料

□ (新) 重症患者搬送加算 1,800点 (要届出)

◆ 施設基準

- ◆ 関係学会により認定された施設
- ◆ 日本集中治療医学会の指針等に基づき、重症患者搬送を適切に実施
- ◆ 重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関わる職員を対象として、重症患者搬送に関する研修を年2回以上実施
- ◆ 自院に以下から構成される重症患者搬送チームを設置
 - ◆ 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - ◆ 重症の小児患者を搬送する場合には、小児の特定集中治療の経験を5年以上有することが望ましい
 - ◆ 看護師
 - ◆ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましい

◆ 「適切な研修」とは

- ◆ 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法に規定する指定研修機関で行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修

◆ 臨床工学技士

- ◆ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料を届け出た病棟を有する保険医療機関で5年以上の経験を有することが望ましい

◆ 届出に関する事項

- ◆ 届出は別添2の様式20の1の2を用いる

29 【検査】 遺伝学的検査の項目追加

□ 分析的妥当性が関係学会等により確認されたものを遺伝学的検査の対象疾患に追加

◆ 根性点状軟骨異形成症 1 型及び家族性部分性脂肪萎縮症、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴う X 連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソーム β 酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症 I 型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、X 連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無 β リポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ 1、タイプ 2、タイプ 3）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低 β リポタンパク血症 1（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症、ミトコンドリア病

【検査】 遺伝カウンセリングの見直し

□遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料 注6に追加）

- ◆遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る）をいう）を行う場合は、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行う場合に限り算定する
- ◆算定要件（次ページに続く）
 - ◆（新）（10）難病に関する検査（遺伝学的検査及び角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる
 - ◆患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと

【検査】 遺伝カウンセリングの見直し

□遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料 注6に追加）

◆算定要件（前ページから続き）

- ◆患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること
- ◆患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること
- ◆当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリング加算の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であること
- ◆当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと
- ◆事前の診療情報提供については、診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない
- ◆当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる

【検査】 遺伝カウンセリングの見直し

□ 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料 注 6 に追加）

◆ 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

◆ （新） 検体検査判断料の注 6 に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準

◆ 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること

◆ 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、 検体検査判断料の注 6 に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準

◆ （1） 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること

◆ （2） 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係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

◆ 届出に関する事項

◆ （1） （略）

◆ （2） 「2」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

□検体提出時 8, 000点

□結果説明時 48, 000点



□がんゲノムプロファイリング検査

44, 000点

□（新）がんゲノムプロファイリング評価提供料

12, 000点

◆検体提出時と結果説明時を分けた

□がんゲノムプロファイリング検査

44, 000点

◆算定要件

◆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実施した場合に限り算定する

◆2、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果によりがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆算定要件

- ◆（１）固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、１００以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者１人につき１回（以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて２回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる
- ◆（略）
- ◆（３）がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること
- ◆（略）

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆算定要件

- ◆（６）「注２」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には（２）から（５）までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること

- ◆ 癌における E G F R 遺伝子検査、R O S 1 融合遺伝子検査、A L K 融合遺伝子検査
- ◆ 大腸癌における R A S 遺伝子検査
- ◆ 乳癌における H E R 2 遺伝子検査
- ◆ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
- ◆ 肺癌における M E T e x 1 4 遺伝子検査
- ◆ 悪性黒色腫における B R A F 遺伝子検査
- ◆ 固形癌における N T R K 融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査
- ◆ 胆道癌における F G F R 2 融合遺伝子検査
- ◆ 卵巣癌又は前立腺癌における B R C A 1 遺伝子及び B R C A

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

- ◆（１）～（３）（略）
- ◆（４）がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ（F A S T Q又はB A M）、解析データ（V C F又はX M L）及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C－C A T）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く）。なお、提出に当たっては、C－C A T検査データ転送システム利用規約を遵守していること
- ◆（５）臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること
- ◆（６）当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること
- ◆（７）（略）

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

- ◆（８）エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年７月１９日一部改正健発０７１９第３号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和４年２月）に基づき開催していること

◆届出に関する事項

- ◆（新）（２）当該保険医療機関における当該検査の実施件数、Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□（新）がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点（患者1人1回）

◆対象患者

◆がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者

◆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において、がんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する

◆施設基準

◆がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること

【投薬・注射】 その他

- (新) バイオ後続品導入初期加算 150点 (月1回 3月限度)
 - ◆ 外来化学療法加算、外来腫瘍化学療法診療料 (新設) の加算
 - ◆ 当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算
 - ◆ バイオ後続品に関する情報を提供
- 無菌製剤処理料が診療所でも算定可能に
 - ◆ 無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする
- 外来後発医薬品使用体制加算 (診療所のみ)
 - ◆ 加算1 85% ⇒ 90%
 - ◆ 加算2 75% ⇒ 85%
 - ◆ 加算3 70% ⇒ 75%

【リハ】 摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□ 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）（要届出）

□ 摂食嚥下機能回復体制加算 1 2 1 0 点

□ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 1 9 0 点

□ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 1 2 0 点

◆ 加算 3 は療養病棟入院料 1 又は療養病棟入院料 2 の算定患者が対象

◆ 算定要件

◆ 要届出

◆ 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）（要届出）

◆施設基準

◆（１）摂食嚥下機能回復体制加算１の施設基準

- ◆イ、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されている
- ◆ロ、摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告している
- ◆ハ、摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有している

◆（２）摂食嚥下機能回復体制加算２の施設基準

- ◆（１）のイ及びロを満たすこと

◆（３）摂食嚥下機能回復体制加算３の施設基準

- ◆イ、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されている
- ◆ロ、（１）のロを満たすこと
- ◆ハ、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟を有する病院
- ◆二、摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有している

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し

◆ 1、摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準

- ◆ (1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、**歯科衛生士が必要に応じて参加**していること

◆ ア (略)

- ◆ イ、摂食嚥下機能障害を有する患者の看護の従事経験を5年以上有する看護師で、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師**又は専従の常勤言語聴覚士**

◆ (削除) ~~専任の常勤言語聴覚士~~

◆ (削除) ~~専任の常勤薬剤師~~

◆ ウ、専任の常勤管理栄養士

◆ (削除) ~~専任の歯科衛生士~~

◆ (削除) ~~専任の理学療法士又は作業療法士~~

【リハ】 摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□ 摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し

◆ 1、摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準

◆ (2) (略)

◆ (3) **摂食嚥下支援チームの構成員**は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週 1 回以上のカンファレンスに参加していること。なお、~~歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士~~**摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種**については、必要に応じて参加することが望ましい

◆ (新) (4) 自院で経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から 1 年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において 35% 以上であること

◆ ア、他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者で自院で摂食機能療法を実施したもの

◆ イ、当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者

【リハ】 摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□ 摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し

◆ (新) 2、摂食嚥下機能回復体制加算 2 に関する施設基準

◆ 1 の (1) から (3) までの基準を満たしていること

◆ (新) 3、摂食嚥下機能回復体制加算 3 に関する施設基準

◆ (1) 専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務している

◆ (2) 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週 1 回以上のカンファレンスに参加。その他の職種は必要に応じて参加することが望ましい

◆ (3) 自院の中心静脈栄養実施患者（療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者に限る）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2 名以上であること。ただし、令和 4 年 3 月 31 日時点において療養病棟入院料 1 又は 2 を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

□摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し

◆経過措置

- ◆（３）令和４年３月３１日時点で改定前（令和４年度改定前）の摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準の届出保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り、１の（１）のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、（４）の基準を満たしているものとする

【処 置】新設項目／留意事項の追加

- ◆歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）

900点 ⇒ 1,100点

□血球成分除去療法

- ◆寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合に限り、原則として一連につき2週間に1回を限度として**48**週間に限って算定する。なお、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は**48**週間を超えて算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載
- ◆初回実施に当たっては、医学的な必要性をレセプトの摘要欄に記載

【処 置】新設項目

□血漿交換療法（点数変更なし）

◆（新）難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法

◆要届出

◆難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症とは

◆重度尿蛋白(1日**3g**以上の尿蛋白を呈するもの又は尿蛋白/尿クレアチニン比が**3g/gCr**以上のものに限る)を呈する糖尿病性腎症(血清クレアチニンが**2mg/dL**未満のものに限る)で、薬物治療を行っても血清**LDL**コレステロール値が**120mg/dL**未満に下がらない場合

◆当該療法の実施回数は、一連につき**12回**を限度として算定

◆（新）移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法

◆要届出

◆臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき**5回**を限度として算定する。なお、医学的な必要性から一連につき**6回**以上算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載する

【処 置】 算定上の留意事項の見直し等

□局所陰圧閉鎖処置（入院）

- ◆局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない
- ◆（新）「注3」の加算の所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数

□局所陰圧閉鎖処置（入院外）

- ◆局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない

【処 置】 点数の見直し等

□ 人工呼吸の再編

□ 30分～5時間までの点数に変更なし

□ 5時間を超えた場合（5日につき）819点 ⇒

□ （新）14日目まで

950点

□ （新）15日目以降

815点

□ （新）覚醒試験加算（1日につき）（14日限度）

100点

◆ 気管内挿管が行われている患者に対し、意識状態に係る評価を行った場合

□ （新）離脱試験加算（1日につき）

60点

◆ 人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合

【処 置】算定上の留意事項の見直し等

□人工呼吸の再編の続き

- ◆他院で人工呼吸器による管理が行われていた患者は人工呼吸の算定期間を通算する
- ◆自宅等で人工呼吸器が行われていた患者は、治療期間にかかわらず「口」の所定点数を算定
- ◆覚醒試験加算は人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること
 - ◆自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認する
 - ◆当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする
 - ◆意識状態の評価に当たっては、RichmondAgitation-SedationScale（RASS）等の指標を用いる
 - ◆評価日時及び評価結果をカルテに記載する
- ◆離脱試験加算は人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること
 - ◆ア、自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認する

【処 置】 算定上の留意事項の見直し等

◆ 離脱試験加算の続き

◆ イ,以下のいずれにも該当すること

◆ 原疾患が改善している又は改善傾向にあること

◆ 酸素化が十分であること

◆ 血行動態が安定していること

◆ 十分な吸気努力があること

◆ 異常な呼吸様式ではないこと

◆ 全身状態が安定していること

◆ ウ,人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること

◆ 吸入酸素濃度（FIO₂）50%以下、CPAP（PEEP） $\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$ かつPS $\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$

◆ FIO₂50%以下相当かつTピース

◆ エ,ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること

◆ 酸素化の悪化の有無

◆ 血行動態の悪化の有無

◆ 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無

◆ オ,ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し対策を講じること

◆ カ,評価日時及び評価結果をカルテに記載すること

手 術

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

実施上の留意事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf>

【手術】 時間外加算 1、休日加算 1、深夜加算 1 の見直し

□ 時間外加算 1、休日加算 1、深夜加算 1（処置・手術通則）の施設基準見直し

- ◆ 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

◆ 届出に関する事項

- ◆ 令和 4 年 3 月 31 日時点で時間外加算 1、休日加算 1、深夜加算 1 の届出保険医療機関は、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、6 の（２）のイ及び（３）の基準を満たしているものとする

【麻醉】 周術期薬剤管理加算の新設

□（新） 周術期薬剤管理加算 75点（要届出）

□質の高い周術期医療のため手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設

□ 麻醉管理料（Ⅰ）、 麻醉管理料（Ⅱ）

◆算定要件

◆要届出

◆入院患者が対象

◆自院の薬剤師が病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合

◆施設基準

◆自院内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師を配置

◆病棟薬剤業務実施加算1の届出保険医療機関

【処置・手術】 引き上げ項目

□デブリードマン

- ◆ 1 0 0 平方cm未満 1, 2 6 0 点 ⇒ 1, 4 1 0 点
- ◆ 1 0 0 平方cm以上 3,0 0 0 平方cm未満 4, 3 0 0 点 ⇒ 4, 8 2 0 点
- ◆ 3、3,000平方cm以上 1 0, 0 3 0 点 ⇒ 1 1,2 3 0 点
- ◆ (新) 超音波式デブリードマン加算 2, 5 0 0 点
 - ◆ 度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、主にデブリードマンに使用する超音波手術器を用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定
 - ◆ 噴霧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）、薬剤投与用胃瘻造設術

◆（新）経皮的内視鏡下胃瘻造設術を行う場合には予め胃壁と腹壁を固定する

□（新）内視鏡的逆流防止粘膜切除術 1 2, 0 0 0 点

□腹腔鏡下リンパ節群郭清術

□（新）4, 側方 4 1、0 9 0 点

◆（新）「4」については、直腸がんから側方リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定

□（新）腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの） 7 0, 2 2 0 点

□胆管悪性腫瘍手術

□（新）3, 肝外胆道切除術によるもの 5 0, 0 0 0 点

□4, その他のもの 8 4, 7 0 0 点 ⇒ 9 4, 8 6 0 点

◆胆管悪性腫瘍に対して膵頭十二指腸切除のみを行った場合、「4」その他のもので算定

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□腹腔鏡下直腸切除・切断術

□（新） 3,低位前方切除術 9 1,4 7 0 点

□（新） 4,経肛門吻合を伴う切除術 1 0 0,4 7 0 点

- ◆（改）注 1 から 3 までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,4 7 0 点を所定点数に加算
- ◆（新）2,側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,2 5 0 点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,3 8 0 点を所定点数に加算
- ◆（新）（1）「4」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、レセプトに手術記録を添付

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□（新）内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術 8,990点

- ◆治療上の必要があって初回実施後1週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定
- ◆一連の期間内において、食道・胃静脈瘤硬化療法、内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を実施した場合は、主たるもののみ算定し、「一連」とは1週間を目安
- ◆マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可

➤ 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】

・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下副腎摘出術

・腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）

・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

〔内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要〕

- ・ 当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。
- ・ 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。



【手術】整形外科領域手術の変更点

□骨折観血的手術

□（新）緊急整復固定加算 4,000点

- ◆ 75歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後48時間以内に骨折部位の整復固定を行った場合（一連の入院期間に二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合に限る）に、1回加算
- ◆ 当該手術後は早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行う
- ◆ レセプトの摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載

□骨切り術

□（改）患者適合型変形矯正ガイド加算

- ◆ 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器 又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器 を用いて実施した場合に、「1」の上腕又は「2」の前腕の所定点数に加算

【手術】整形外科領域手術の変更点

□（新）脛骨近位骨切り術 28,300点

- ◆変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定

□変形治癒骨折矯正手術

- ◆（改）（2）患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治癒骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に算定

□骨移植術

- ◆（改）（7）自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「3」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。なお、人工骨の移植部位について、レセプトの摘要欄に記載すること

【手術】整形外科領域手術の変更点

□ 関節鏡下肩腱板断裂手術

□ (新) 2 簡単なもの (上腕二頭筋腱の固定を伴うもの) 3 7, 4 9 0 点

◆ (新) 「2」簡単なもの (上腕二頭筋腱の固定を伴うもの) とは、腱板の断裂が 5 cm 未満の症例に対して行う手術であって、区分番号「K 0 8 0 - 7」上腕二頭筋腱固定術を併せて実施したものをいう

□ (新) 上腕二頭筋腱固定術

□ 1 観血的に行うもの 1 8, 0 8 0 点

□ 2 関節鏡下で行うもの 2 3, 3 7 0 点

◆ 上腕二頭筋腱固定術 上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷 (保存的治療が奏功しないものに限る) に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定

□ 断端形成術 (軟部形成のみのもの)、断端形成術 (骨形成を要するもの)

◆ (新) 手指又は足趾の切断術を行った場合は、断端形成術 (軟部形成のみのもの) 指 (手、足) 又は断端形成術 (骨形成を要するもの) 指 (手、足) のいずれかの所定点数により算定

【手術】整形外科領域手術の変更点

□人工骨頭挿入術

◆（新）緊急挿入加算 4,000点

◆75歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合（一連の入院期間において二次性骨折予防継続管理料1を算定する場合に限る）に、1回に限り所定点数に加算

◆当該手術後は早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行う

◆レセプトの摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載

□（新）顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 24,560点

□（新）皮下髄液貯溜槽留置術 5,290点

□筋膜切離術、筋膜切開術 840点 ⇒ 940点

【手術】脳神経外科領域手術の変更点

□頭蓋内腫瘍摘出術、内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

□（新）術中MRI撮影加算 3,990点

- ◆同一手術室内で術中にMRIを撮影した場合
- ◆関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定
- ◆MRIに係る費用は別に算定可

□水頭症手術

□脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）

□シャント手術

□（新）3シャント再建術

- 頭側のもの 15,850点
- 腹側のもの 6,600点
- 頭側及び腹側のもの 19,150点

- ◆（新）シャント再建術において、カテーテル抜去に係る費用は所定の点数に含まれ別に算定不可

【手術】脳神経外科領域手術の変更点

□脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

□（新）ローフローバイパス術併用加算

16,060点

- ◆ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合
- ◆本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定
- ◆バイパス造成用自家血管の採取料は当該所定点数に含まれ別に算定不可

□（新）ハイフローバイパス術併用加算

30,000点

- ◆ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合
- ◆本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定
- ◆バイパス造成用自家血管の採取料は当該所定点数に含まれ別に算定不可

□（新）癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

38,790点

- ◆癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）は、くも膜下腔の癒着剥離を顕微鏡下を実施し、くも膜下腔を形成した場合に算定

【手術】眼科・耳鼻科領域手術の変更点

□（新）角結膜悪性腫瘍切除術 6,290点

□（新）自家培養上皮移植術 52,600点

◆角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合に算定

◆角膜輪部組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合は、角膜・強膜縫合術の所定点数を準用する

◆口腔粘膜組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合は、粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用する

◆自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮移植の実施医療機関と口腔粘膜組織採取の実施医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、自家培養口腔粘膜上皮移植の実施医療機関が行い、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる

□斜視手術

□（新）調節糸法 12,060点

□小耳症手術

◆（新）「1」の軟骨移植による耳介形成手術においては、軟骨移植に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定不可

【手術】眼科・耳鼻科領域手術の変更点

- (新) 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術 24,490点
 - ◆ 関連学会の定める適応基準に合致する難聴患者に対して実施した場合に算定
- (新) 耳管用補綴材挿入術 18,100点
 - ◆ 保存的治療が奏功しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に耳管用補綴材を耳管内に挿入した場合に算定
- (新) 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
 - 上鼓室開放を伴わないもの 40,630点
 - 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの 52,990点
- (新) 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500点
 - ◆ 痙攣性発声障害に対してボツリヌス毒素を経皮的に内喉頭筋内に注入した場合に算定
 - ◆ 実施に当たっては、経皮的に筋電図を使用し薬剤を注入する
 - ◆ 筋電図検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定不可

【手術】 その他の領域手術の変更点

□ (新) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

2 2,1 0 0 点

- ◆半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定
- ◆頭頸部外科について5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している医師が実施する

□ (改) 経カテーテル大動脈弁置換術 ⇒ 経カテーテル弁置換術

□ (新) 3 経皮的肺動脈弁置換術

3 9,0 6 0 点

- ◆ (改) (1) 「1」及び「2」については、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定
- ◆ (新) (2) 「3」については、関連学会の定める適正使用基準に従って、経カテーテル人工生体弁セット又は経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いて肺動脈弁置換術を実施した場合に算定

□ (新) ステントグラフト内挿術（シャント）

1 2,0 0 0 点

- ◆ステントグラフト内挿術（シャント）は、人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置した場合に算定
- ◆手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定不可

【手術】その他の領域手術の変更点

□不整脈手術（左心耳閉鎖術）

□（新）口,胸腔鏡下によるもの

37,800点

- ◆（新）（3）「4」の「口」胸腔鏡下によるものは、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、実施することが適当と医師が認めた患者に対して行われた場合に限り算定
- ◆（改）「4」の「イ」開胸手術によるもの又は「**口**」胸腔鏡下によるものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む）の結果及び当該手術を行う医学的理由についてレセプトの摘要欄に記載

□（新）体外式膜型人工肺（1日につき）

□初日

30,150点

□2日目以降

3,000点

- ◆体外式膜型人工肺は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪で人工呼吸器で対応できない患者に対して使用した場合に算定
- ◆（新）人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ別に算定不可

【手術】その他の領域手術の変更点

□（新）吸着式潰瘍治療法（1日につき）

1,680点

◆ 次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用して治療を行った場合に限り算定

◆ フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者

◆ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

◆ 当該治療法の実施回数は、原則として一連につき3月間に限って24回を限度として算定

◆ レセプトの摘要欄にア及びイの要件を満たす医学的根拠について記載

□（新）痔瘻手術（注入療法）

1,660点

□ 下肢静脈瘤手術

◆ （新）4、静脈瘤切除術

1,820点

□ 血管縫合術（簡単なもの）

3,760点 ⇒ 4,210点

□ 腸瘻、虫垂瘻造設術

8,830点 ⇒ 9,890点

【手術】その他の領域手術の変更点

- (新) ハンナ型間質性膀胱炎手術 (経尿道) 9,930点

 - ◆ ハンナ型間質性膀胱炎の患者に対して、ハンナ病変の切除又は焼灼を目的として実施した場合に算定
 - ◆ 膀胱水圧拡張術に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可
- (新) 経尿道的前立腺吊上術 12,300点

 - ◆ 前立腺用インプラントを用いて実施した場合に算定
- (新) 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術 32,290点

 - ◆ 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術は、帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定
 - ◆ 続発性不妊症
 - ◆ 過長月経
 - ◆ 器質性月経困難症
- 包茎手術

 - ◆ 1、背面切開術 740点 ⇒ 830点
- 会陰 (陰門) 切開及び縫合術 (分娩時) 1,530点 ⇒ 1,710点

【手術】その他の領域手術の変更点

□（新）副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

□ 1センチメートル未満 1 6,0 0 0 点

□ 1センチメートル以上 2 2,9 6 0 点

- ◆ ここでいう 1センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう
- ◆ 関係学会の定める適正使用指針を遵守する
- ◆ 片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者で、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施する
- ◆ 副腎摘出術が適応とならない理由をレセプトの摘要欄に記載

麻 酔 ・ 輸 血 ・ 手術機器

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

実施上の留意事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf>

【麻 酔】新設と留意事項の見直し

- (改) 低体温療法（1日につき） ⇒ 体温維持療法（1日につき）（点数変更なし）

- (改) 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）
⇒ 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

□ 麻酔管理料 1 と麻酔管理料 2

□ 周術期薬剤管理加算

7 5 点

- ◆ 要届出
- ◆ 入院患者が対象
- ◆ 自院の薬剤師が棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合
- ◆ 専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等（以下「病棟薬剤師等」という）と連携して実施した場合に算定

【麻 酔】新設と留意事項の見直し

□麻酔管理料 1 と麻酔管理料 2

□周術期薬剤管理加算の続き

- ◆周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容をカルテ等に記載する
 - ◆ア、「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3）等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施する
 - ◆イ,アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。ウ時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備している
 - ◆また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にする

75 【輸 血】新設と留意事項の見直し

□胎児輸血術（一連につき）

- ◆（新）関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定

□（新）臍帯穿刺 3,800点

- ◆手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定不可
- ◆貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、胎児血の採取を行った場合に算定
- ◆関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定

76 【輸 血】 新設と留意事項の見直し

□末梢血単核球採取（一連につき）

□ 1,採取のみを行う場合 1 4,4 8 0 点

□ 2,採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合 1 9,4 1 0 点

◆（新）（1）「1」の採取のみを行う場合は、アキシカブタゲンシロルユーセル又はリソカブタゲンマラルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定

◆（新）（2）「2」の採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合は、チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定

□CAR発現生T細胞投与（一連につき）

◆（削除）~~チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者1人につき1回に限り算定~~

◆ 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算

◆ CAR発現生T細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれ別に算定不可

◆（新）アキシカブタゲンシロルユーセル、リソカブタゲンマラルユーセル又はチサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者1人につき1回に限り算定

【手術機器】新設と留意事項の見直し

□（新）切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

5,190点

- ◆ 滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定
- ◆ 算定対象となる患者
 - ◆ 特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者で、次に掲げる患者
 - ◆ アBMIが30以上の肥満症の患者
 - ◆ イ糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者
 - ◆ ウステロイド療法を受けている患者
 - ◆ エ慢性維持透析患者
 - ◆ オ免疫不全状態にある患者
 - ◆ カ低栄養状態にある患者
 - ◆ キ創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者ク手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者
- ◆ 上記のいずれに該当するかをレセプトの摘要欄に詳細に記載
- ◆ 上記以外の患者に当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ算定不可



ご静聴・ご視聴
ありがとうございました

MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行っております

拙著がじほう社より刊行予定です

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル 2022年度版』

<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx>

