

M_{ove}

変化にいち早くMOVEするための情報誌

2022年度 診療報酬改定のポイント

2022年度診療報酬改定は、新型コロナウイルス感染症への対応と、2024年度に控える診療報酬と介護報酬の同時改定を見据えた内容になりました。

重点課題の1つとして位置付けられた新興感染症等の対策については「感染対策向上加算」「急性期充実体制加算」「重症患者対応体制強化加算」などが新設され、高度急性期病院のより一層の機能強化を促すと同時に、平時からの感染防止対策の実施や、発熱外来の設置といった地域における感染症対策を担う診療所に対する評価として「外来感染対策向上加算」が新設されるなど、医療機関の連携・機能分化をさらに推進したい考えが示されました。また、医師等の働き方改革の推進も2020年度改定に引き続き重点課題に位置付けられ、評価が拡充されています。

一方、入院から在宅までの“切れ目のない”医療提供体制において重要な役割を担う地域包括ケア病棟や、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟については、算定要件等が厳格化されました。これらの機能を主とする中小病院の役割をより明確化したといえるでしょう。

外来医療では、2022年度から施行される外来機能報告制度を意識した改定内容となっています。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、いわゆる「紹介受診重点医療機関」を評価する項目を新設したほか、紹介状なしで受診する場合等の定額負担が見直されました。さらに、かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料・加算の対象疾患に慢性心不全および慢性腎臓病が追加されたことや、オンライン診療関連の評価が充実したことも注目すべきポイントです。このほか、薬剤関連では、導入後のゆくえんに注目が集まるリフィル処方箋だけでなく、これまで以上に薬業連携を促す項目の充実が図られています。

こうした変化にいち早く“MOVE”していただくために、2022年度診療報酬改定特別号をお届けします。

CONTENTS

- 入院 ■ 感染症対応の評価を拡充
- 外来 ■ 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の強化
 - 薬剤関連の改定ポイント
 - オンライン診療に関する改定のポイント

体制加算」と似ていますが、総合入院体制加算の施設基準である全身麻酔による手術件数800件／年以上に対し、急性期充実体制加算では全身麻酔による手術件数2,000件／年以上（緊急手術350件／年以上）または300床未満:6.5件／年／床以上（緊急手術1.15件／年以上）を求めており、次の条件を満たさなければなりません（表1）。

■ 表1 急性期充実体制加算の手術等の実績

ア: 右のうち、 4つ以上満たす	◆悪性腫瘍手術:400件／年以上または300床未満:1.0件／年／床以上
イ: 以下のいずれか、 かつ、右のうち、 2つ以上を満たす	◆腹腔鏡下または胸腔鏡下手術:400件／年以上または300床未満:1.0件／年／床以上
◆異常分娩:50件／ 年以上または300床 未満:0.1件／年／床 以上	◆心臓カテーテル法手術:200件／年以上 または300床未満:0.6件／年／床以上
◆6歳未満の手術: 40件／年以上または 300床未満:0.1件／ 年／床以上	◆消化管内視鏡手術:600件／年以上または 300床未満:1.5件／年／床以上
	◆化学療法:1,000件／年以上または300 床未満:3.0件／年／床以上(外来腫瘍化 学療法診療料1の届け出を行い、化学 療法のレジメンの4割は外来で実施可 能であること)

出典:厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

他にも「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算」1もしくは2を届け出ていること、「入退院支援加算」1または2を届け出ていることなどが求められており、算定可能な病院は全国でも限られる見込みです。

■ 重症患者対応体制強化加算

※救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～4

イ 3日以内の期間	750点
ロ 4日以上7日以内の期間	500点
ハ 8日以上14日以内の期間	300点

新興感染症の感染拡大など有事にも対応できる体制の構築を評価する観点から新設された項目ですが、先述の急性期充実体制加算と感染対策向上加算1の届け出が必要。また、施設基準では専従の常勤看護師1名以上（集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が

■ 表2 急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～6)の内容

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者 割合の基準 必要度Ⅰ/Ⅱ	許可病床数 200床以上	31% / 28%	27% / 24%	24% / 21%	20% / 17%	17% / 14%	測定している こと
	許可病床数 200床未満	28% / 25%	25% / 22%	22% / 19%	18% / 15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	—				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届け出にあたり入院料1の届け出 実績が必要		—		
データ提出加算		○(要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

出典:厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師)、専従の常勤臨床工学技士1名以上などが求められています。

■ 重症患者初期支援充実加算

患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」(当該患者およびその家族等が治療方針およびその内容等を理解し、治療方針等に意向を示すための支援を行う専任の担当者)の整備を評価する項目で、1日につき300点、3日まで算定できます。

■ 重症度、医療・看護必要度の見直し

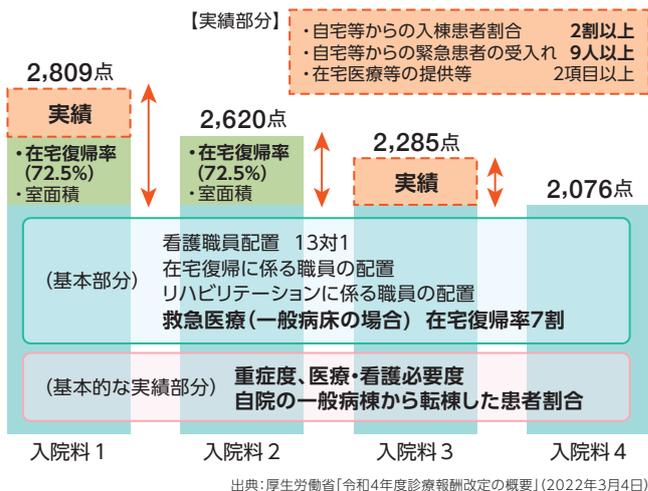
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(看護必要度)の判定に関する評価項目から「心電図モニターの管理」を廃止したほか、「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更、さらに「輸血や血液製剤の管理」が1点から2点に変更されました。2022年1月12日の中央社会保険医療協議会総会では、これらの変更によって、急性期一般入院料1の基準を満たす医療機関数が14.2%減になるとのシミュレーション結果が示されました。

また、該当患者割合の基準を許可病床数200床以上・未満で分けた上で、200床未満の基準を緩和し、急性期一般入院料の分類も7段階から6段階に再編しました(表2)。

■ 地域包括ケア病棟に求められる機能の明確化

地域包括ケア病棟・病室に求められている、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援——という3つの機能のうち②と③の強化を求める内容になりました(図2・次頁)。

■ 図2 地域包括ケア病棟入院料の施設基準(イメージ)



具体的には、許可病床数200床以上の病院が算定する地域包括ケア病棟入院料2・4について、自院の一般病棟からの転棟割合を「6割未満」とし、満たせない場合は85%に減算されます。ほかにも、地域包括ケア病棟入院料1・3、同管理料1・3に対して、自宅等から入棟した患者割合を1割5分以上から「2割以上」に、自宅等からの緊急患者の受け入れも「3月で9人以上」と厳格化されました。

在宅復帰率も地域包括ケア病棟入院料1・2、同管理料1・2で70%以上から72.5%以上になっただけでなく、同入院料3・4、同管理料3・4には新たに70%以上が求められることになりました。満たせない場合は90%に減算されます。また、100床以上の病院の同入院料および同管理料1・2については「入退院支援加算1」の届け出が要件化されています。さらに、第二次救急医療機関または救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることが要件になりました。

一見すると厳しい改定ですが、初期加算でメリハリがつけられました。改定前は、急性期病棟から受け入れた患者を対象とした「急性期患者支援病床初期加算」(150点・14日を限度)と、在宅から受け入れた患者を対象とした「在宅患者支援病床初期加算」(300点・14日を限度)が、それぞれ次のように改定されました(表3)。

■ 表3 地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

急性期患者支援病床初期加算		
算定する医療機関が 400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
	他院の一般病棟	150点
算定する医療機関が 400床未満の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
	他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算		
老人保健施設		500点
自宅・その他施設		400点

出典:厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

自院等の一般病棟からの転棟は厳しい見直しになりましたが、400床未満の地域包括ケア病棟で他院の一般病棟からの受け入れに対する加算は大幅に増加します。

在宅からの受け入れでは、老人保健施設と自宅・その他施設で評価を分けています。

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料

新規入院患者に占める重症患者の割合が、同入院料1・2で30%以上から「40%以上」に、同入院料3・4で20%以上から「30%以上」に厳格化されました。また、改定前の同入院料5を廃止した上で、同入院料6を新たな同入院料5として位置付け、届け出から2年間に限って1,678点を算定できることになりました。さらに、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または手術後の状態」(算定開始日から起算して90日以内)が追加されています。

■ 療養病棟入院基本料

医療区分とADL区分によって評価される療養病棟については、医療区分3に入る「中心静脈栄養」を実施している状態の患者に対し、嚥下機能評価等を要件化しました。患者の摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合は医療区分2に変更されます。

■ 障害者施設等入院基本料

重症度の程度によって評価が再編されました。重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、7対1または10対1入院基本料の場合、「医療区分2の患者に相当するもの」は1,345点、「医療区分1の患者に相当するもの」は1,221点となり、改定前から100点以上の減算となる場合もあります。特殊疾患入院医療管理料と特殊疾患病棟入院料においても同様の措置が実施されています。一方、「栄養サポートチーム加算」の対象病棟に障害者施設等入院基本料が追加されました。

■ 地域医療体制確保加算の対象医療機関拡大

働き方改革を推進する観点から2020年度改定で新設された「地域医療体制確保加算」が520点から「620点」に引き上げられたことに加えて、小児・周産期医療を担う病院も対象に追加されました。

■ 医師事務作業補助体制加算に経験年数の評価導入

病棟や外来など業務の実施場所に関する施設基準を削除した上で、同加算1では医師事務作業補助者の経験年数(当該保険医療機関での3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること)に着目した評価が導入されました。

外来医療の機能分化と かかりつけ医機能の強化

診療報酬改定と同時に、2022年4月から外来機能報告制度が導入されます。同制度は、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告するものであり、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を「紹介受診重点医療機関」として明確化し、かかりつけ医との役割を分け、それぞれの連携を円滑にすることを目的としています。紹介受診重点医療機関では、紹介状を持った外来患者の受け入れを前提とするため、外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減などが期待されています。

紹介受診重点医療機関を対象として新設されたのが「紹介受診重点医療機関入院診療加算」(800点・入院初日)です。地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できません。初診料等の減算規定の比較表を見ると、特定機能病院や地域医療支援病院と同等になっています(表4)。

■ 表4 初診料および外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	紹介割合50%未満または逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 または逆紹介割合20%未満
紹介割合(%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合(%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く ・救急搬送者、休日または夜間に受診した患者			
再診患者の数	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。以下を除く ・救急搬送者、休日または夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料またはB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院または診療所から紹介状により紹介された者の数(初診に限る) ・情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者の数 ・B005-11遠隔連携診療料またはB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む ・情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く			
救急搬送者の数	地方公共団体また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			

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

■ 紹介状なしで受診する場合等の 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する義務を負う医療機関の対象に、紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)が追加されました。定額負担の額も初診では2,000円引き上げられましたが、病院側の収入が増えるわけではなく、増額された定額負担分の点数を保険給付範囲から控除することになりました(図3)。そのため、病院の収入は変わりませんが、患者の負担は増えることになります。

■ 図3 定額負担の見直し(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		定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円	医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

■ 地域包括診療料・加算の対象疾患に 慢性心不全と慢性腎臓病を追加

慢性心不全や慢性腎臓病に対する治療では、かかりつけ医と専門医療機関の連携が重要とされており、かかりつけ医に疾病管理の役割が求められていることから、

従来の脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症に、慢性心不全と慢性腎臓病が加わり、6疾患になりました。

また、生活面の指導(服薬、運動、休養、栄養、喫煙や飲酒、家庭での体重や血圧の計測、その他療養を行うにあたっての問題点等)は、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行ってもよいことになりました。一方、施設基準に、健康相談に加えて「予防接種に係る相談」を実施している旨を院内掲示していることが盛り込まれました。

■ 機能強化加算の見直し

算定要件が見直され、▽他の医療機関および処方されている医薬品の把握、管理、診療録への記載▽専門医師または専門医療機関への紹介▽健康診断結果等の健康管理に関する相談——などに対応すると同時に、このような対応が可能であることを掲示し、必要に応じて患者に説明することが算定要件に追加されました。

また「地域包括診療料加算2/地域包括診療料2」の届け出を根拠として機能強化加算を届け出る場合、直近1年間に地域包括加算2/地域包括診療料2を算定した患者が3人以上か、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)または往診料を算定した患者の数の合計が3人以上のいずれかを満たすことが求められます。

■ 生活習慣病管理料の包括評価から投薬を除外

患者ごとに薬剤料が大きく異なるため、投薬に係る費用を包括評価の対象から除外した上で、点数を脂質異常症、高血圧症、糖尿病それぞれで一本化しました。また、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よいことになりました。

■ 診療情報提供料 (I) の要件緩和と対象拡大

注2における情報提供先に児童相談所を、注7における情報提供先に保育所や高等学校等をそれぞれ追加しました。また、注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援およびアレルギー疾患を有する患者が追加されました。

このほか、歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属および患者の状態に関する要件を廃止して「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」に対象が変更されています。

■ 「こころの連携指導料」の新設

孤独・孤立によって精神障害やその増悪の可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医および精神科・心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種でサポートする体制を整備している医療機関を評価する項目です。かかりつけ医側が「こころの連携指導料 (I)」(350点・月1回)を算定し、精神科・心療内科側が「こころの連携指導料 (II)」(500点・月1回)を算定します。同指導料 (I) を届け出る医師には、自殺対策等に関する適切な研修を受講していることが求められます。

■ 遠隔連携診療料の対象患者の明確化

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し、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が新設されました。

1 診断を目的とする場合	500点 → 750点
2 その他の場合	500点 (新設)

■ 初回から情報通信機器等を用いた栄養指導を評価

「外来栄養食事指導料1・2」について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直しました。

外来栄養食事指導料1 (初回)	①対面で行った場合	260点
	②情報通信機器等を用いた場合	235点
外来栄養食事指導料2 (初回)	①対面で行った場合	250点
	②情報通信機器等を用いた場合	225点

また、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき、当該保険医療機関の専門的な知識を持った管理栄養士が具体的な献立等で指導した場合、月1回に限り260点を算定できるようになりました。改定前は、レジメンによって月2回の指導ができず、算定できない場合があったことを考慮したものです。

■ 「連携強化診療情報提供料」の新設

診療情報提供料 (Ⅲ) を改称すると同時に、算定上限回数を変更します。また、紹介受診重点医療機関が、地域の診療所等から紹介された患者の診療情報を提供した (返した) 場合についても算定できるようになりました。



識者に聞く!

今回の診療報酬改定が医療機関の経営にもたらす影響について、高崎健康福祉大学健康福祉学部の木村憲洋准教授にお話をうかがいました。

まず、大病院については「感染対策向上加算1」が他の項目の施設基準に関わっていることに注目したいと思います。新設された「急性期充実体制加算」や「重症患者対応体制強化加算」は「感染対策向上加算1」を届け出ていると算定することができません。他にも「早期離床・リハビリテーション加算」と「早期栄養介入管理加算」の対象が「特定集中治療室管理料」だけでなく「救命救急入院料1~4」「ハイケアユニット入院医療管理料1、2」「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」にも拡大されたことに注目しました。以上のことから、新型コロナウイルス感染症に対応した病院を中心に、大病院には概ねプラスになると思います。

中小病院にとっては逆に「業務は増えるけれど収入は増えない」という施設が多くなりそうです。回復期リハビリテーション病棟は重症患者の割合が厳しくなり、療養病棟も中心静脈栄養を実施している患者や疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対する算定要件が厳格化されました。その中で、地域包括病棟は在宅復帰率の要件が厳しくなったものの「初期加算」の評価が細分化され、他の医療機関からの転院のケースでは点数が増加しています。今回の改定を機に、地域包括病棟に転換する病院が増えるかもしれません。

診療所では、発熱外来の取り組み等を評価した「外来感染対策向上加算」などを算定することがポイントになります。施設基準が緩和されたオンライン診療も、希望する患者を選んで取り組む姿勢が求められそうです。

保険薬局については「一包化加算」が「外来服薬支援料2」に再編されました。点数に変更はありませんが、薬局側が患者をスクリーニングし、処方医に一包化を提案することを求めたものだと考えられます。つまり、患者を見ていないと算定できなくなったということです。新設された「服薬情報等提供料3」にも積極的に取り組むべきだと思います。

薬剤関連の改定ポイント

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（骨太方針2021）の中で導入が求められ、患者からも「症状が長期に安定しているとき」や「忙しくて受診の時間が確保できないとき」などに利用したい」という声が多かった「リフィル処方箋」（反復利用できる処方箋）の導入が2022年度診療報酬改定から実現することになりました。

従来の分割調剤とは異なり、処方箋の「リフィル可」に☑するだけで発行できる（図4）など、医師側の負担や患者の通院負担を軽減することが期待されています。

■ 図4 リフィル処方箋

図4は、リフィル処方箋の様式とその詳細説明を示しています。処方箋の「リフィル可」欄は、□（ ）の形式で記載され、この欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印が必要です。また、「調剤実施回数」欄には、□1回目調剤日（年 月 日）、□2回目調剤日（年 月 日）、□3回目調剤日（年 月 日）のいずれかを選択し、それぞれに「次回調剤予定日（年 月 日）」を記載する必要があります。説明欄には、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること）と、□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤、□保険医療機関へ情報提供の選択肢が示されています。

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」（2022年3月4日）

健康保険組合連合会が2021年9月に公表した「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究V」では、40歳以上で通算180日以上にわたり処方内容の変更がない処方（長期にわたる同一処方）が生活習慣病を中心に全患者の処方延べ日数の5割程度を占めていることが指摘されています。このような症状が安定している患者がリフィル処方箋の対象となりそうです。

なお、リフィル処方箋によって、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は、処方箋料の長期投薬に係る減算規定が適用されないことになりました。一方、リフィル処方箋を受ける薬局は、患者が次の調剤を受ける予定を確認し、予定時期に来局しない場合は、電話等による状況の確認が求められます。

■ 「周術期薬剤管理加算」と「術後疼痛管理チーム加算」の新設

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として「周術期薬剤管理加算」（75点）が新設されました。マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に麻酔管理料（I）・（II）に加算します。

「術後疼痛管理チーム加算」（100点・1日につき）は術後疼痛管理チーム（麻酔に従事する医師、所定の研修を修了した看護師・薬剤師等）による疼痛管理を評価するものです。術後疼痛管理チームが介入することで、患者のQOLの向上や在院日数の短縮、麻酔科医の負担軽減などが見込まれています。

■ 副作用管理体制を評価した「外来腫瘍化学療法診療料」の新設

外来化学療法の安全な実施に必要な副作用管理体制を評価した「外来腫瘍化学療法診療料」が新設されました。同診療料1は抗悪性腫瘍剤を投与した場合に700点、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には400点を算定します。

■ 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の新設

診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められず、抗菌薬を使用しない場合に、療養上必要な指導および当該処置の結果を説明し、文書で説明内容を提供すると80点（月1回に限り）を算定できます。耳鼻咽喉科での内服抗菌薬の処方が小児科と並んで多いことが背景にあります。

■ 退院時共同指導料（調剤）の見直し

算定要件が緩和され、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能となりました。

■ 服薬情報等提供料3（調剤）の新設

入院予定の患者の持参薬を整理し、求めがあった医療機関に必要な情報を文書で提供した場合を評価した「服薬情報等提供料3」（50点・3月に1回に限り）が新設されました。関係機関との情報共有が要件となっている地域連携薬局を評価した項目と考えられます。

オンライン診療に関する改定のポイント

2018年度改定で初めて評価されたオンライン診療が大きく変わります。新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けた特例措置として初診からのオンライン診療を可能としていますが、2022年度改定で恒久化されることになり、施設基準等も大幅に緩和されました。

オンライン診療の初診の評価は、対面診療の初診料(288点)の約87%(251点)になりました。特例措置が約74%(214点)に設定されていることを踏まえ、双方の中間程度の水準となっています。施設基準の届け出は必要ですが、現行の施設基準に盛り込まれている「オンライン診療の割合を1割以下とする」などの要件は設けられません。

医学管理料については14種類が追加され(表5)、オンライン診療の初診の評価と同様に対面診療の約87%に設定されました。在宅医療においても「在宅時医学総合管理料」(施設入居時等医学総合管理料についても同様)に情報通信機器を用いた場合の評価が設定されています。

■表5 追加された医学管理料(14種類)

	現行の 対面診療に おける評価	情報通信 機器を用いた 場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料 1	240点	209点
ウイルス疾患指導料 2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料(I)	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料(II)	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料 2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要」(2022年3月4日)

INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い
人生を健やかにするために、挑みつづける。

最先端の医薬品の創造。それは長く険しい道のりです。
懸命な研究開発の99%以上は実を結ばない現実。
でも、決してあきらめない。
あなたや、あなたの大切な人の「いのち」のために、
革新的な新薬とワクチンの発見、開発、提供を
私たちは続けていきます。

MSD製薬
INVENTING FOR LIFE

MSD株式会社 www.msd.co.jp 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア