

# 令和4年度診療報酬改定の概要 外来Ⅱ

## 厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

# 外来医療の強化・機能分化

4. **かかりつけ医機能の評価の推進**
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

# 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

【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

### 改定後

**（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

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を  
提供



連携強化診療情報  
提供料を算定

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、 <u>連携強化診療情報提供料が算定可能</u> )	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	<u>月に1回</u>
2	<u>以下のいずれか</u> ・ <u>200床未満の病院</u> ・ <u>診療所</u>	-	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>紹介受診重点医療機関</u> ・ <u>禁煙</u>	
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	-	<u>難病（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
		<u>てんかん（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>てんかん支援拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
5	-	妊娠中の患者	-	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜		禁煙	月に1回
	-	妊娠中の患者	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	

# 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

## 地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

- 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、
  - 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。
  - 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。
  - 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。

### 現行

#### 【地域包括診療料】

##### [対象患者]

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

##### [算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。  
ア～ケ (略)

##### [施設基準]

- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



### 改定後

#### 【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

##### [対象患者]

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、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。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

##### [算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。  
ア～ケ (略)

コ 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

##### [施設基準]

- 健康相談及び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。

# 小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

## 現行

### 【小児かかりつけ診療料】

- 1 処方箋を交付する場合
  - イ 初診時 631点      □ 再診時 438点
- 2 処方箋を交付しない場合
  - イ 初診時 748点      □ 再診時 556点



## 改定後

### 【小児かかりつけ診療料】

- (改) 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**
  - 処方箋を交付しない場合
    - (1) 初診時 **758点**      (2) 再診時 **566点**
- (改) 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**
  - 処方箋を交付しない場合
    - (1) 初診時 **747点**      (2) 再診時 **555点**

### [施設基準]

- 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
  - ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で行っていること
  - イ～エ (略)
  - オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。

### [施設基準]

#### (共通)

- **小児科を標榜**している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、**2つ**以上に該当すること。

#### (削除)

- ア～ウ (略)
- エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医**又は小学校若しくは中学校の学校医**に就任していること

**(小児かかりつけ診療料 1)** 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。

**(小児かかりつけ診療料 2)** 次のいずれかを満たしていること。

- ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
- イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

## 機能強化加算の見直し①

- 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

### 現行

#### 【機能強化加算】

##### [算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。



### 改定後

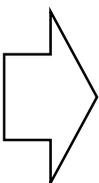
#### 【機能強化加算】

##### [算定要件]

- 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を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 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。**
  - (イ) **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、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。**
  - (ロ) **専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。**
  - (ハ) **健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。**
  - (ニ) **保健・福祉サービスに係る相談に応じること。**
  - (ホ) **診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。**

##### [施設基準]

- (1) (略)
- (2) 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、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。



##### [施設基準]

- (1) **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。**
- (2) (略)
- (3) 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、当該保険医療機関の見やすい場所**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。

## 機能強化加算の見直し②

現行		改定後		
届出 実績	次のいずれかの届出	<u>次のいずれかを満たしていること。</u>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括診療加算</li> <li>地域包括診療料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>地域包括診療加算1 / 地域包括診療料1の届出を行っていること。</u></li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p>(参考：地域包括加算1 / 診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。</li> <li>■ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。</li> </ul> </div>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2の届出を行っていること。</u></li> <li>・ <u>直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <u>地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。</u></li> <li>■ <u>在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。</u></li> </ul> </li> </ul>	
	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。</u></li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p>(参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。</li> <li>■ (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。</li> <li>■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。</li> </ul> </div>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。</u></li> <li>・ <u>以下のいずれかを満たしていること。</u> <u>過去1年間において、</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <u>(在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。</u></li> <li>■ <u>(在支病の場合) 緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。</u></li> <li>■ <u>在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。</u></li> </ul> </li> </ul>
配置 医師	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。</u> <u>ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成</u>   <u>イ 警察医として協力</u>   <u>ウ 乳幼児健診を実施</u> <u>エ 定期予防接種を実施</u>   <u>オ 幼稚園の園医等</u>   <u>カ 地域ケア会議に出席</u>   <u>キ 一般介護予防事業に協力</u></li> </ul>		

# 外来医療の強化・機能分化

4. かかりつけ医機能の評価の推進
- 5. 耳鼻咽喉科処置等の評価**
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

## 耳鼻咽喉科処置の見直し

### 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

- 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

#### (新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）

[算定要件]

- **耳鼻咽喉科を標榜**する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算**する。

#### (新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回に限り）

[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、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合**であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかると研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

### 耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 25点 → **27点**      鼻処置 14点 → **16点**      口腔、咽頭処置 14点 → **16点**

## アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

➤ アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

<b>(新) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 (月1回に限る)</b>	<b>1月目</b>	<b>280点</b>
	<b>2月目以降</b>	<b>25点</b>

## [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、**入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者**に対して、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に、月1回に限り算定**する。
- 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。
- 学会によるガイドライン等を参考にすること。

## [施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に**アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する常勤医師が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（アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることも可。
- (2) **アレルギー免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制**が整備されていること。
- (3) 院内の見やすい場所にアレルギー免疫療法を行っている旨の掲示をするなど、**患者に対して必要な情報提供**がなされていること。

## 高度難聴指導管理料の見直し

- 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

### 現行

#### 【高度難聴指導管理料】

##### [算定要件]

注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

##### [施設基準]

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。  
(中略)



### 改定後

#### 【高度難聴指導管理料】

##### [算定要件]

注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

##### [施設基準]

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。  
(中略)

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

## 外来医療の強化・機能分化

4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
- 6. 生活習慣病管理の評価**
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

# 生活習慣病管理料の見直し

## 包括範囲及び評価の見直し

- 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し、評価を見直す。

### 現行

#### 【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

#### [算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。



### 改定後

#### 【生活習慣病管理料】

- (改)** 1 脂質異常症を主病とする場合 **570点**
- 2 高血圧症を主病とする場合 **620点**
- 3 糖尿病を主病とする場合 **720点**

#### [算定要件]

- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

## 算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、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。

### 現行

#### 【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



### 改定後

#### 【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、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。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。  
**(削除)**

## 外来医療の強化・機能分化

4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

# 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、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おいて、保険医療機関が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の評価を新設する。

## 生活習慣病管理料

### **(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)**

#### [算定要件]

- 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、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の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**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- 外来患者に係る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こと。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

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

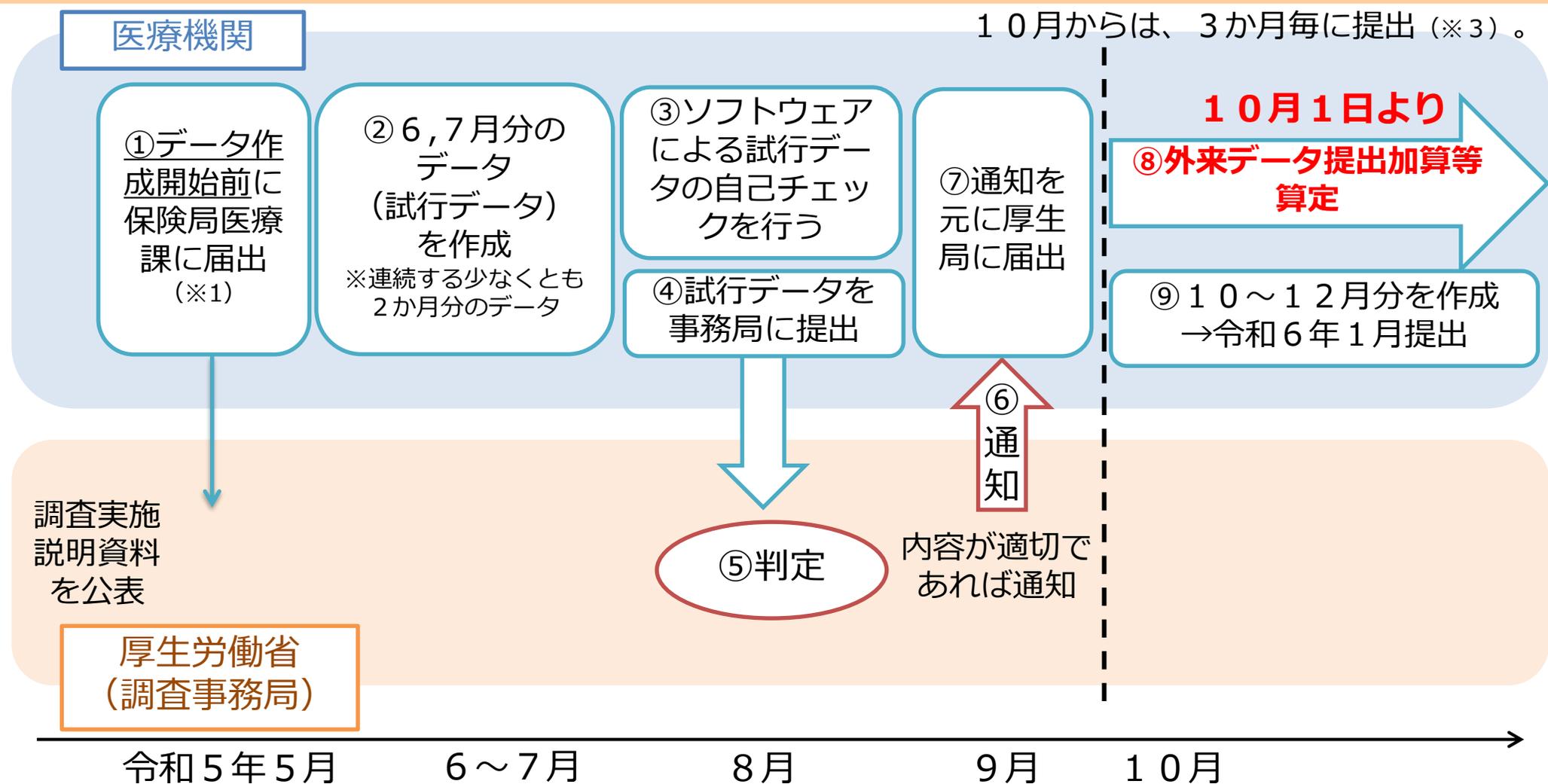
### **(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)**

## 疾患別リハビリテーション料

### **(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)**

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

# 外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

## 経過措置について（外来Ⅱ）

	区分番号	項目	経過措置
1	A000	初診料の注10に規定する機能強化加算	令和4年3月31日時点で機能強化加算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、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準を満たしているものとする。

## 施設基準の届出について

### お願い

- 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ので、ご注意願います。
- 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いたします。