

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2022年度 診療報酬改定の押さえておくべきポイント

病院の役割の明確化に伴う診療所への影響

作成：日医工株式会社 地域連携推進部長（MPSチーム統括）松平哲也
（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第5021号

参考資料：2022年3月4日 厚生労働省「令和4年度診療報酬改定について」

2022年3月4日に公表された告示資料から、MPS資料として編集しています。厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

資料No.20220325-1192(3)

- 病院の機能分化、役割の明確化が鮮明に
 - 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し
 - 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
 - 紹介・逆紹介割合について、病院における基準や算定方法が改定
- 診療所は病院との連携（紹介・逆紹介）と
かかりつけ機能の強化が重要に
 - 連携強化診療情報提供料の新設で情報連携を双方向に
 - かかりつけ医機能についても評価が充実

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

改定前	改定後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>※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</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 5,000円、歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>※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</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診：医科 7,000円、歯科 5,000円 ・再診：医科 3,000円、歯科 1,900円 <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>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の患者等の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4一部編集

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 7,000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)

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

改定案

地域医療支援病院入院診療加算 (入院初日) 1,000点

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 (入院初日) 800点

[算定要件]

- ・外来機能報告対象病院等である保険医療機関に入院している患者について、**入院初日**に限り所定点数に加算
- ・地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない

外来機能報告対象病院は、
2022年4月から開始となる、外来機能報告制度に基づき、都道府県により
下記外来医療を提供する基幹的な病院として公表される病院

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来

紹介・逆紹介率（⇒割合）について、病院における基準や算定方法が改定

紹介状なしで受診した患者の初診料、外来診療料、30日以上投薬を行った場合の処方箋料が減算となる病院

改定前		改定後	
特定機能病院 地域医療支援病院	紹介率が50%未満 かつ 逆紹介率が50%未満	特定機能病院 地域医療支援病院 外来機能報告対象病院等	紹介割合が50%未満 又は 逆紹介割合が30%未満
400床以上の病院 (一般病床200床未満除く)	紹介率が40%未満 かつ 逆紹介率が30%未満	400床以上の病院 (一般病床200床未満除く)	紹介割合の実績が40%未満 又は 逆紹介割合が20%未満

逆紹介率 (%)
逆紹介患者数 / 初診患者数

逆紹介割合 (%)
逆紹介患者数 / 初診の患者数 + **再診の患者数** × 1000

【例】逆紹介率（現行）と逆紹介割合（改定後）の試算

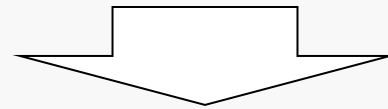
ケース① 外来患者：1000名/日（初診:50名、再診:950名、逆紹介:30名）の場合
 (現行) 逆紹介30名/初診50名 = 60%
 (改定後) 逆紹介30名/初診50名 + **再診950名** = 3% = **30%**

ケース② 外来患者：500名/日（初診:20名、再診:470名、逆紹介:10名）の場合
 (現行) 逆紹介10名/初診20名 = 50%
 (改定後) 逆紹介10名/初診20名 + **再診470名** = 2% = **20%**

※%。(パーミル) = 千分率 = 1000分の1を1とする単位

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 病院の機能分化、役割の明確化が鮮明に
 - 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し
 - 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
 - 紹介・逆紹介割合について、病院における基準や算定方法が改定



- 紹介外来が中心となる病院の外来受診には、病院と連携する地域のかかりつけ機能を有する診療所への受診が必要に
- 逆紹介患者が、地域のかかりつけ医機能を有する診療所で継続して質の高い診療を受けられる体制が必要に

連携強化診療情報提供料の新設

改定前	改定後
<p>診療情報提供料Ⅰ…紹介先医療機関に対する診療情報の提供 診療情報提供料Ⅱ…「セカンドオピニオン」を希望する患者についての診療情報の提供 診療情報提供料Ⅲ…紹介元医療機関に対する診療情報のフィードバック</p>	
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】150点</p> <p>〔算定要件〕 他の保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、 提供する医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定</p> <p>〔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</p> <p>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</p>	<p>（改）【連携強化診療情報提供料】150点</p> <p>〔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、 提供する医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定</p> <p>〔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</p> <p>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</p> <p>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</p>

地域包括診療料・地域包括診療加算

改定前	改定後
<p>[対象患者]</p> <ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症のうち2以上の疾患を有する患者 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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算定（追加） 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと（追加） <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。 	<p>[対象患者]</p> <ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、<u>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。）</u>認知症のうち2以上の疾患を有する患者 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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算定 <u>なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該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</u> 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと <u>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</u> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康相談 及び<u>予防接種に係る相談</u>を実施している旨を院内掲示していること

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

生活習慣病管理料

改定前	改定後
<p>(1 : 処方箋を交付する場合 / 2 : それ以外の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脂質異常症を主病とする場合 650点 / 1,175点 ・高血圧症を主病とする場合 700点 / 1,035点 ・糖尿病を主病とする場合 800点 / 1,280点 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <ul style="list-style-type: none"> ●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。 	<p>(改)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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、<u> </u>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 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ●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)

(初診料) 機能強化加算

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(新設)</p>	<p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関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 ・機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・専門医師又は専門医療機関への紹介を行う ・健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる ・保健・福祉サービスに係る相談に応じる ・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

様式1の3

機能強化加算に係る届出書添付書類

1 診療体制等（適合する全ての口に「✓」を記入すること。）

要件	該当
ア 地域包括診療加算1に係る届出を行っている。	<input type="checkbox"/>
イ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療加算2に係る届出を行っている。 (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上 ② 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上	<input type="checkbox"/>
ウ 地域包括診療料1に係る届出を行っている	<input type="checkbox"/>
エ 以下のいずれも満たす。 (イ) 地域包括診療料2に係る届出を行っている。 (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療料2を算定した患者が3人以上 ② 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上	<input type="checkbox"/>
オ 小児かかりつけ診療料1又は2に係る届出を行っている。	<input type="checkbox"/>
カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院である。	<input type="checkbox"/>
キ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 (イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上 ② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上 (ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。	<input type="checkbox"/>

- | | |
|---|--|
| ① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上 | |
| ② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上 | |

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての口に「✓」を記入すること。）

常勤医師の氏名		該当
ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている	<input type="checkbox"/>
イ	警察医として協力している	<input type="checkbox"/>
ウ	母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査(市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査)を実施している	<input type="checkbox"/>
エ	予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項に規定する予防接種(定期予防接種)を実施している	<input type="checkbox"/>
オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している	<input type="checkbox"/>
カ	「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席している	<input type="checkbox"/>
キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している	<input type="checkbox"/>

改定前
次のいずれかの届出

- ・ 地域包括診療加算、地域包括診療料
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
(在支診又は在支病に限る)

改定後

(新) 初診料	電子的保健医療情報活用加算	<u>7点</u>
再診料	電子的保健医療情報活用加算	<u>4点</u>
外来診療料	電子的保健医療情報活用加算	<u>4点</u>

[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、当該患者に係る薬剤情報又は特定健診情報等診療情報等**を取得した上で診療を行った場合に、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っては、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。