

令和4年度診療報酬改定の概要

個別改定事項Ⅴ

(重症化予防、後発医薬品等使用推進、
療養・就労両立支援)

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。

個別改定項目の評価

- 7. 重症化予防の取組への評価
- 8. 後発医薬品等の使用推進の評価
- 9. 療養・就労両立支援の推進

透析中の運動指導に係る評価の新設

- ▶ 人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする。)

[対象患者]

人工腎臓を実施している患者

[算定要件] (概要)

- 透析患者の運動指導に係る研修を受講した**医師、理学療法士、作業療法士**又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した**看護師**が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定
- **日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」**等の関係学会によるガイドラインを参照すること

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

- 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い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点 (入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)

ロ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点 (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)

ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点 (1年を限度として月に1回・外来において算定)

[対象患者]

- イ：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：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：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

[算定要件]

- イについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、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回に限り算定する。
- ロについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものの対して、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回に限り算定する。
- ハについては、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、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものの対して、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年を限度として、月1回に限り算定する。
- 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する。
- 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する。
- 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎トックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

- 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。なお、薬剤師については、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。
- イの施設基準に係る病棟については、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であること。
- ロの施設基準に係る病棟については、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であること。

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】

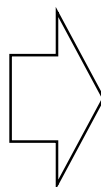
[算定要件]

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。

個別改定項目の評価

- 7. 重症化予防の取組への評価
- 8. 後発医薬品等の使用推進の評価**
- 9. 療養・就労両立支援の推進

医療機関における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後	
後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	47点	後発医薬品使用体制加算 1	(90%以上) 47点
後発医薬品使用体制加算 2	(80%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算 2	(85%以上) 42点
後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	37点	後発医薬品使用体制加算 3	(75%以上) 37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後	
外来後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	(90%以上) 5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	(75%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	(85%以上) 4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	(75%以上) 2点

バイオ後続品に係る情報提供の評価

- ▶ バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定後

【在宅自己注射管理指導料】

バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等

【外来腫瘍化学療法診療料】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（リツキシマブ製剤、トラスツズマブ製剤、ヘバシズマブ製剤）

【外来化学療法加算】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インフリキシマブ製剤

[算定要件]

- ・ 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は、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月を限度として所定点数に加算する。

個別改定項目の評価

- 7. 重症化予防の取組への評価
- 8. 後発医薬品等の使用推進の評価
- 9. 療養・就労両立支援の推進

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における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生管理者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。



現行

【療養・就労両立支援指導料】

【算定要件】

注3 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、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】

【算定要件】

注3 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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

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。