2022年度
診療報酬改定説明会

ー泌尿器科関連事項を中心にー

令和4年3月26日

第75回愛知県泌尿器科医会例会

本日の内容

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の強化、機能分担

- 不妊治療の保険適用
- 質の高いがん医療の評価
- 医療技術の適切な評価

入院医療

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

救急医療管理加算の見直し

➢ 患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➢ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）
1　救急医療管理加算１　　950点
2　救急医療管理加算２　　350点

改定後

【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）
1　救急医療管理加算１　　**1,050点**
2　救急医療管理加算２　　**420点**

［対象患者］
・救急医療管理加算１の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
・救急医療管理加算２の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ　意識障害又は昏睡
ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷
ク　外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
サ　蘇生術を必要とする重篤な状態
シ　その他の重症な状態（加算２のみ）

算定要件の見直し

➢ 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
➢ DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

［摘要欄記載事項］
◆　アからサのうち該当する状態
◆　イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
◆　**イの状態に該当する場合はJCSの状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn IndexOの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算２においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
◆　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

［DPC様式１］※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点 ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。	【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） （改）イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 （改）ロ　イ以外の場合　2,718点 ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料２の見直し

- 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料２】 短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、　5,046点）	（削除）

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料１の対象手術等（38項目）

Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）（新）
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術　（新）
Ｋ８４１―２　経尿道的レーザー前立腺・蒸散術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

➢ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当の新規手術等

Ｄ４１３　前立腺針生検法　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの
Ｋ０１９－２　自家脂肪注入
Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術
Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術
Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術
Ｋ１７４　水頭症手術　３　シャント再建術
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　３　眼瞼下制筋前転法
Ｋ２２５－４　角結膜悪性腫瘍切除術
Ｋ２４２　斜視手術　６　調節糸法
Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術
Ｋ２６８　緑内障手術（２流出路再建術 イ眼内法及び ７濾過胞再建術（needle法）に限る。）
Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　４　気管支形成を伴う肺切除
Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
Ｋ５５５－２　経力テーテル弁置換術　３　経皮的肺動脈弁置換術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　４　静脈瘤切除術
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術　４　側方
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術
Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）　１　腹腔鏡によるもの
Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術
Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。（悪性腫瘍に対するものを除く。）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術（３超低位前方切除術及び４経肛門吻合を伴う切除術に限る。）
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　２　その他のもの
Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
Ｋ８２３－７　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術
Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術
Ｋ８６０－３　腹腔鏡下腟断端挙上術
Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
Ｋ８８４－２　人工授精
Ｋ８８４－３　胚移植術
Ｋ８９０－４　採卵術
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料
Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

外来医療

外来医療の強化、機能分担

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。

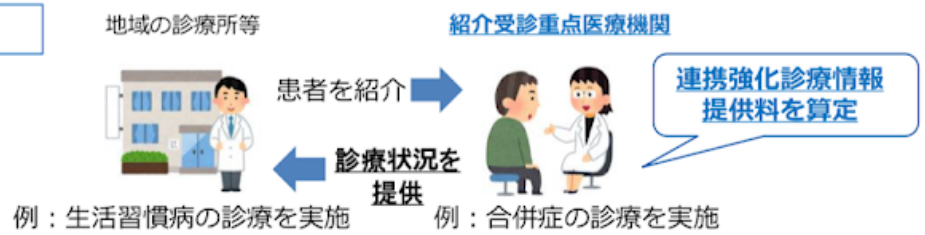
［対象患者］

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

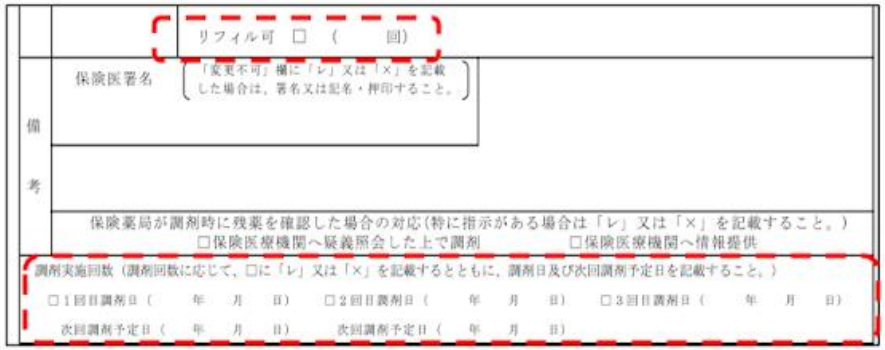
（新）



処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。



リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、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、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行	改定後
【処方箋料】 ［算定要件］ 注２ 区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	【処方箋料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合**（処方箋の複数回（３回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、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を除く。）**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

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	改定後
【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。	【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。

情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

1．初診

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえ、評価を新設
  - ✓「**初診料（情報通信機器を用いる場合）　251点」**を新設　（**対面の場合の87%**）
  - ✓施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

2．再診

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における臨時的・時限的特例の実態も踏まえ、評価を新設
- オンライン診療料は廃止
  - ✓**「再診料　情報通信機器を用いる場合　73点」**を新設
  - ✓**「外来診療料　情報通信機器を用いる場合　73点」**を新設
  - ✓施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

3．医学管理料

- 算定可能な医学管理料を整理・追加するとともに、点数を引き上げ
  - ✓**検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加**し、現行の９種類から**20種類へ増加**
  - ✓点数は、**全て対面の場合の87%**として設定

4．　在宅医療

- 在宅時医学総合管理料において活用場面を整理・拡大し、施設入居時等医学総合管理料にも対象拡大
  - ✓「**月１回の在宅診療と月１回のオンライン診療**」、「**２月に１回の在宅診療と２月に１回のオンライン診療**」の場合の点数を新設
  - ✓**施設入居時等医学総合管理料においても、同様の類型を新設**