

Dr.武藤の連携動画講座

2022年診療報酬改定の連携トピックス

～紹介受診重点病院とかかりつけ医機能～



社会福祉法人

日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

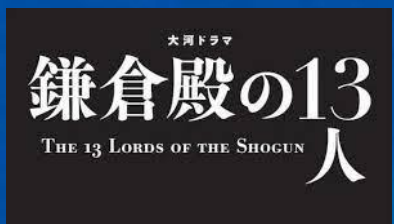
江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

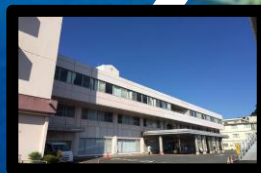
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次

- パート 1
  - 紹介受診重点病院の紹介・逆紹介
- パート 2
  - かかりつけ医と地域包括診療料
- パート 3
  - オンライン診療の見直し
- パート 4
  - 外来と在宅の連携など



パート1  
紹介受診重点病院の  
紹介・逆紹介



紹介受診重点病院

国の基準を満たす病院を  
「紹介受診重点病院」  
という新類型が出来た

「紹介受診重点医療機関」



2022年改定の  
連携課題の最大  
の目玉

## 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

### (新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

#### [算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

## 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

### 趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
  - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

### 明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
  - 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(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

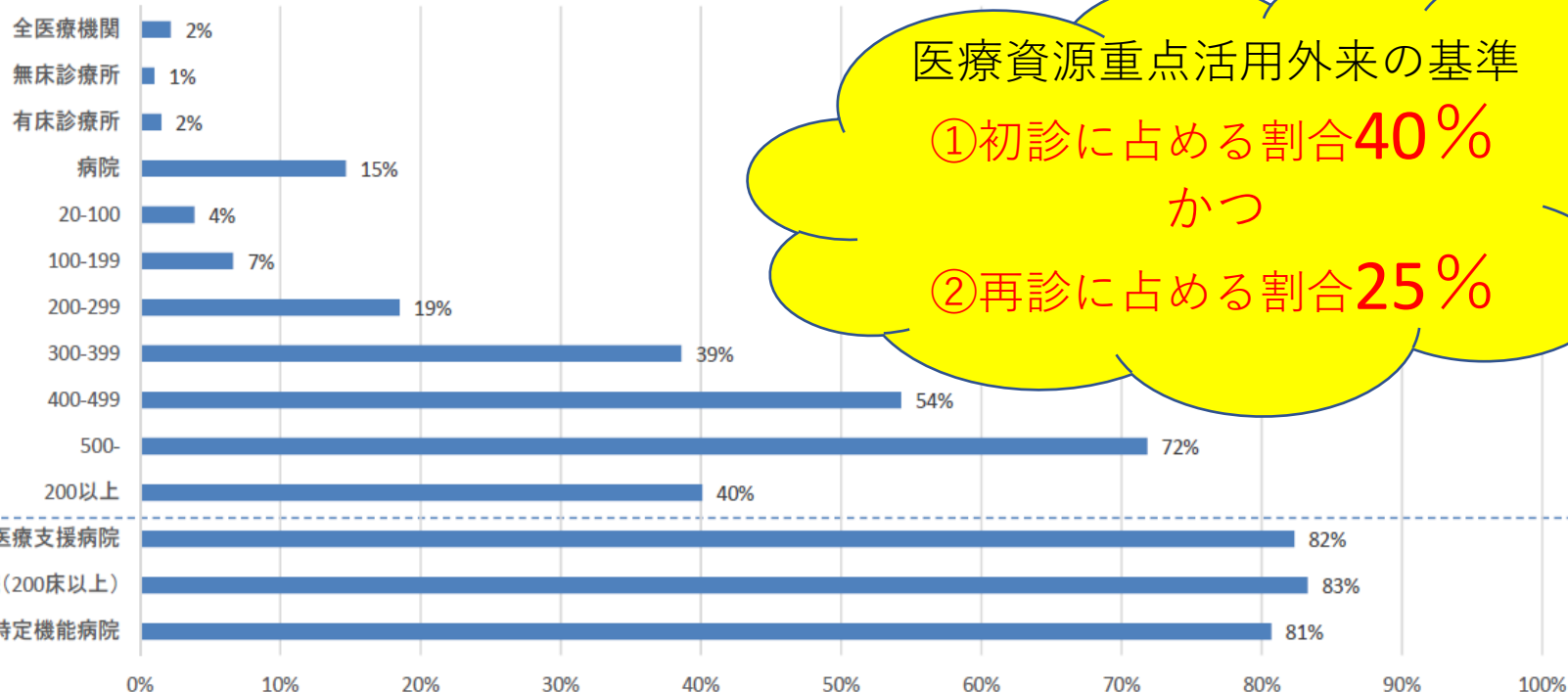
※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。



# 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合  
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数  
 施設数全体

## 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

**(参考) 定額負担の対象病院拡大について**

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)		27 (0.3%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)		693 (100%)

「拡大」  
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

200床以上一般病院  
688病院の40%、  
275病院が該当

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

## 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

### 現行制度

#### [対象病院]

- ・ 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）
- ※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

#### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

### 見直し後

#### [対象病院]

- ・ 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）**
- ※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

#### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

#### [保険給付範囲からの控除]

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する患者等**）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**

- ・ 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

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 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給（選定療養費） <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

## 初診料及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①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
  - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 (←288点) 外来診療料の注2、3 55点 (←74点)  
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	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)	<b>紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)</b>	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			<b>紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満</b>	<b>紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満</b>
<b>紹介割合 (%)</b>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<b>逆紹介割合 (%)</b>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	<b>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。</b> ・ <b>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</b>			
紹介患者の数	他の病院又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）。 ・ <b>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</b>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <b>B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</b> ・ <b>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</b>			
救急搬送者の数	地方公共団体又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。			

## ■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

### 【従来】

「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

### 【新方式】

「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

### 【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

## ■ 診療報酬改定から見るリフィル処方箋の可能性

特定機能病院

地域医療支援病院

紹介割合・逆紹介割合をアップさせたい  
(紹介外来を受ける時間の確保)

逆紹介患者数を増やす

病院から地域の診療所へ慢性疾患患者を紹介する

再診患者を減らす

逆紹介、処方箋の長期化 → リフィル処方

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

逆紹介 = 地域に患者が戻るとは限らない

逆紹介をしても、患者が地域に戻らない

地域によっては、  
専門科目診療所が少なく、受入体制が出来ていない

複数診療科目を受診していて、専門診療科目のみ地域に  
返すのは難しい

⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (2/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (3/①)
34.2%	1.3%
32.0%	0.1%
20.7%	0.0%

# 逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
  - リフィル処方を利用して再受診率の低減
  - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
  - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡して逆紹介
  - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
  - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
  - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的実施
  - 逆紹介希望患者の掘り起こし

# リフィル処方箋の仕組み

## リフィル処方箋の仕組み

- 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る。

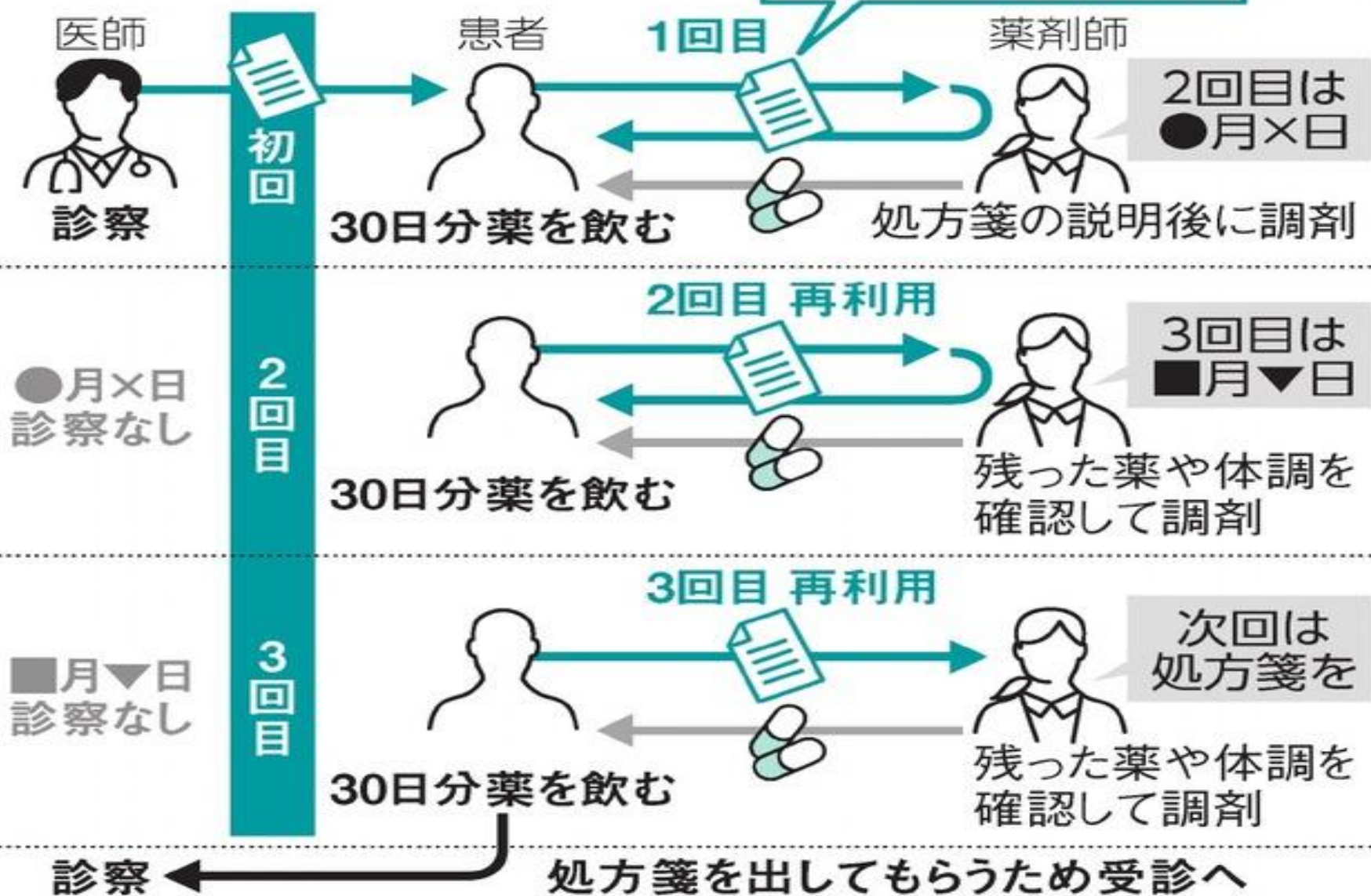
処方箋	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担番号	保険者番号
公費負担診療 の受給者番号	新保険者証・新保険 者番号の記号・番号
氏名	保険医療機関の 所在地及び名称
生年月日	電話番号
性別	保険医氏名
区分	新保険者 新被保険者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の 使用期間	令和 年 月 日
変更不可	(※)この処方箋について、保険医療機関(ジェネリック医薬品)への変更は無し。変更があると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
備考	<p>保険医署名欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p><b>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</b></p> <p>□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)</p> <p>次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)</p>
リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )	

備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )</p> <p>保険医署名欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p><b>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</b></p> <p>□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)</p> <p>次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)</p>
----	---



# リフィル処方箋のイメージ

医師が1回30日分の薬を  
3回処方してよいと判断したケース



あっちの〇〇病院は、何回も使える処方せんを出してくれるから  
何回も通院しなくてすむのに、先生は出してくれないんですか!?  
できれば半年に一回くらいの通院にしてほしいんですけど。

お金ももったいないし…

60日処方を  
3回リフィル  
でお願い

わ…分かりました。  
それなら一度出してみましようか…

心の声

本当は月一回くらい来てほしいけど…  
再診料も欲しいし・・・

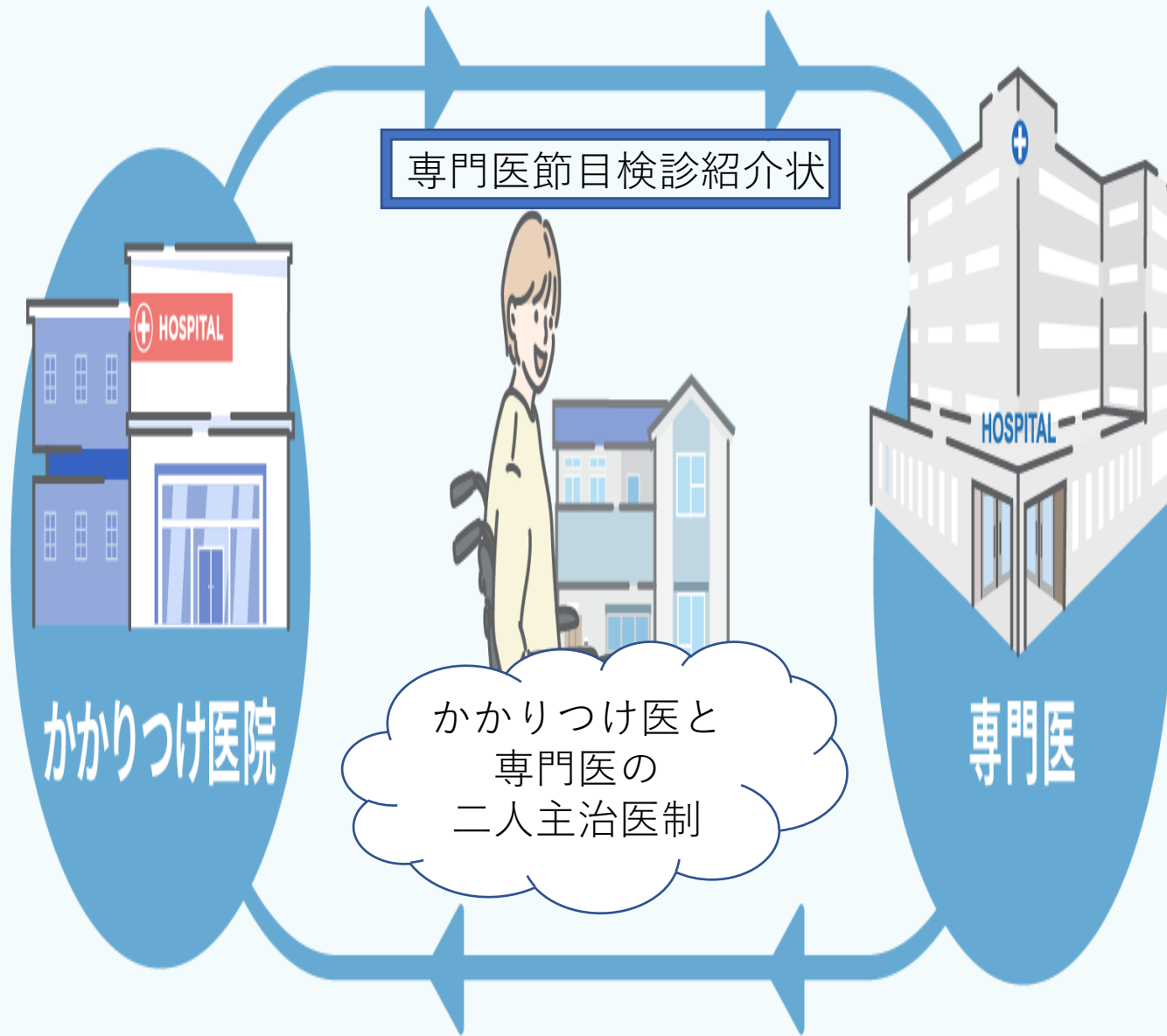
いいも同じなんだから  
いいじゃないか

イメージ図「断れますか？リフィル処方箋」

どうなる!?これからの医療・介護⑦「診察不要のリフィル処方箋」東京保険医療協会

# 循環型地域連携パス

糖尿病連携パス、がん連携パス、急性心筋梗塞連携パス、認知症連携パス



# 乳がん 診察・検査予定表

手術日：20 年 月 日

手術後	1年			2年			3年							
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月					
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術病院				●			●				●			
連携先	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
乳房検査														
マンモグラフィ (MMG)				◎				◎				◎		
乳房超音波 (US)		○		○		○		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○
婦人科				○				○				○		
骨密度		○		○		○		○		○		○		○
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射														

病院再診

病院再診

病院再診

# 逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
  - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
  - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
  - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
    - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
  - 逆紹介パターンのデータベース化
    - Uターン (紹介元に返す)
    - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
    - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
  - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

# 逆紹介外来センター

- 総合診療科に逆紹介外来センターを設置
- 地域連携室と協働
  - 逆紹介先を探し
  - 多科診療の患者の処方箋整理
  - 逆紹介状の作成など
- 逆紹介先データベースの作成
  - 診療所診療機能
  - 逆紹介パターンの把握



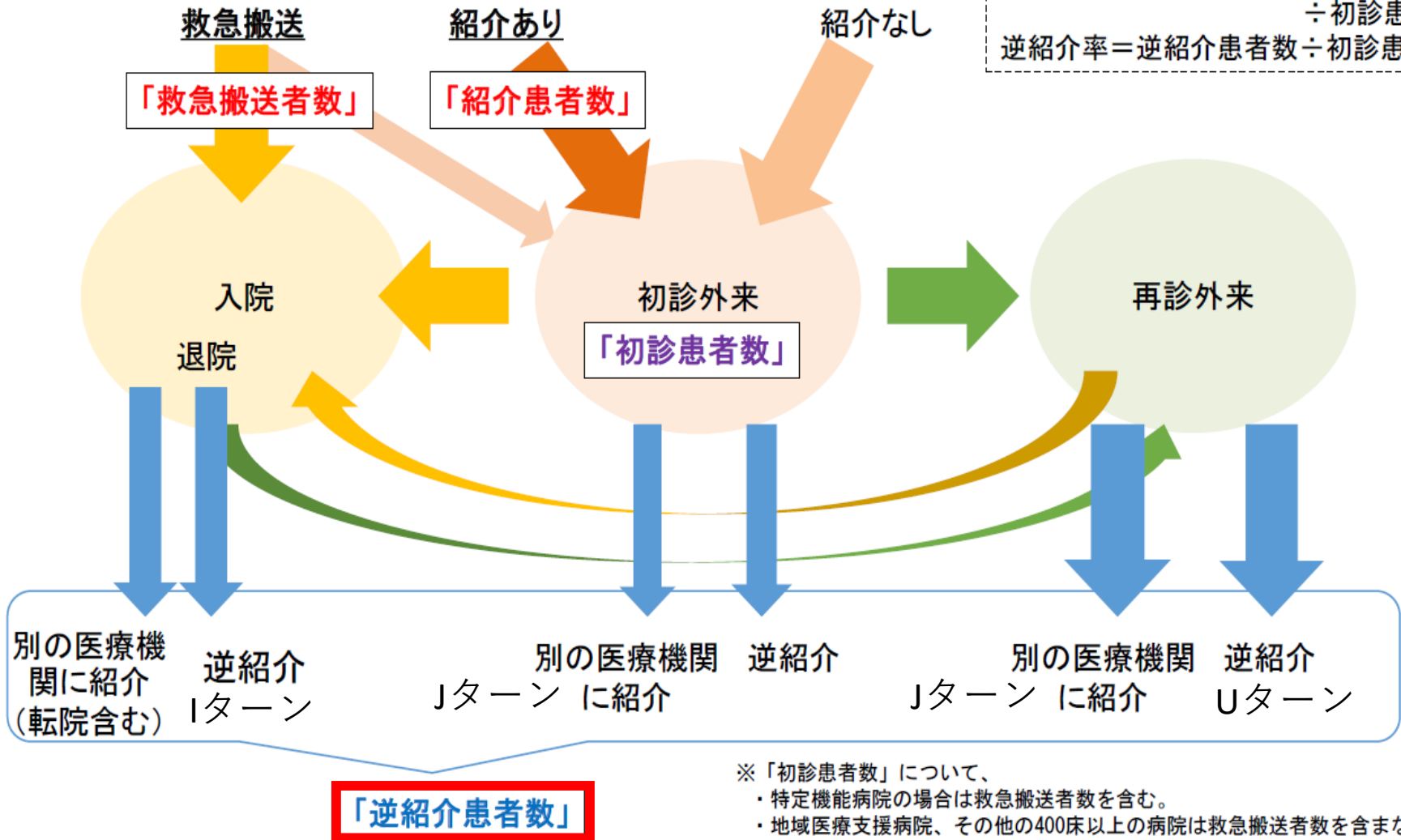
関西医科大学附属病院  
総合診療科・地域医療連携部

# 外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) \div \text{初診患者数}$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数}$$



※「初診患者数」について、  
 ・特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。  
 ・地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 37

新設

# 連携強化診療情報 提供料の評価

紹介重点型医療機関とかかりつけ医の情報共有



# 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	
<u>(改)</u> 【 <u>連携強化診療情報提供料</u> 】	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 <u>月1回</u> 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	
<u>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</u>	
<u>3</u> 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	



# 医療機関間の連携の具体例

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療機関において、糖尿病網膜症を継続的に治療する場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。

紹介受診重点病院眼科



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

糖尿病網膜症の治療に当たり紹介を行う

【診療情報提供料(Ⅰ)】  
A医療機関において算定が可能



B.糖尿病網膜症の治療を行う医療機関

診療情報の提供を眼科医療機関に求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病網膜症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供

眼科医療機関において継続的な糖尿病網膜症の管理を実施

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定できないケース

B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合

B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、専門医療機関としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

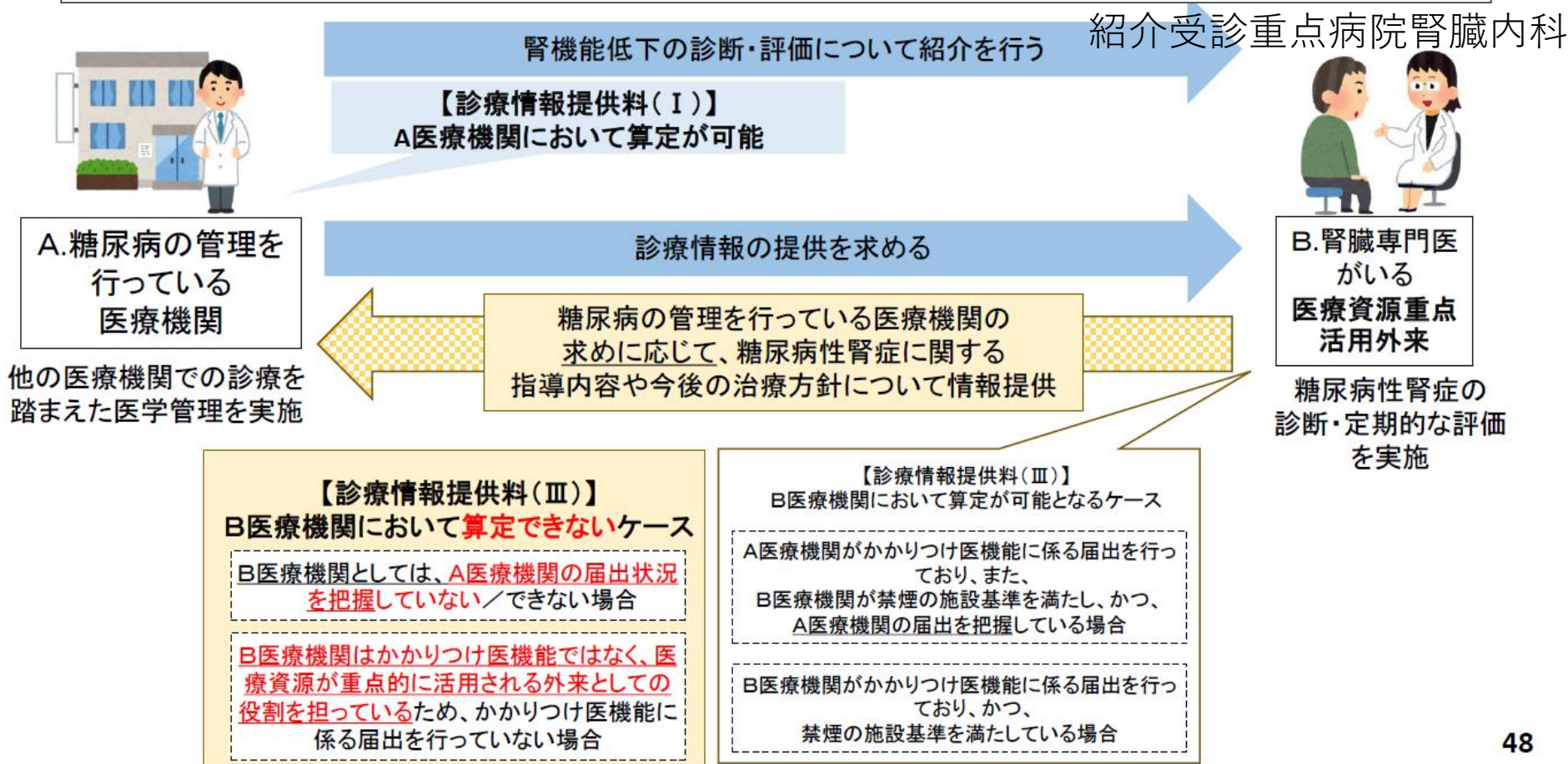
【診療情報提供料(Ⅲ)】  
B医療機関において算定が可能となるケース

A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合

B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

# 医療機関間の連携の具体例（医療資源重点活用外来の場合）

- 例えば、糖尿病で通院中の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病性腎症にかかる診断・定期的な評価等の必要性を認め、腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能である。
- 紹介先の医療資源重点活用外来において、糖尿病性腎症について定期的な評価をする場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能である。



紹介受診重点病院は  
2023年4月スタート

# 紹介受診重点病院の指定の今後のスケジュール

4月～	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関の抽出(※)</li><li>・NDBデータ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計</li></ul>
9月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関に外来機能報告の依頼</li><li>・報告用ウェブサイトの開設</li><li>・対象医療機関にNDBデータの提供</li></ul>
10月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関からの報告</li></ul>
12月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・データ不備のないものについて、集計とりまとめ</li><li>・都道府県に集計とりまとめを提供</li></ul>
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・地域の協議の場における協議</li><li>・都道府県による「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」の公表</li><li>・都道府県に集計結果の提供</li></ul>

医療資源重点活用外来の

①初診に占める割合

**40%かつ**

②再診に占める割合

**25%**

(※)無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

# パート 2

## かかりつけ医機能と 地域包括診療料



## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

# かかりつけ医機能の評価

- ①地域包括診療料（加算）
- ②認知症地域包括診療料（加算）
- ③小児かかりつけ診療料
- ④在宅患者訪問診療料
- ⑤機能強化加算



# ①地域包括診療料・加算

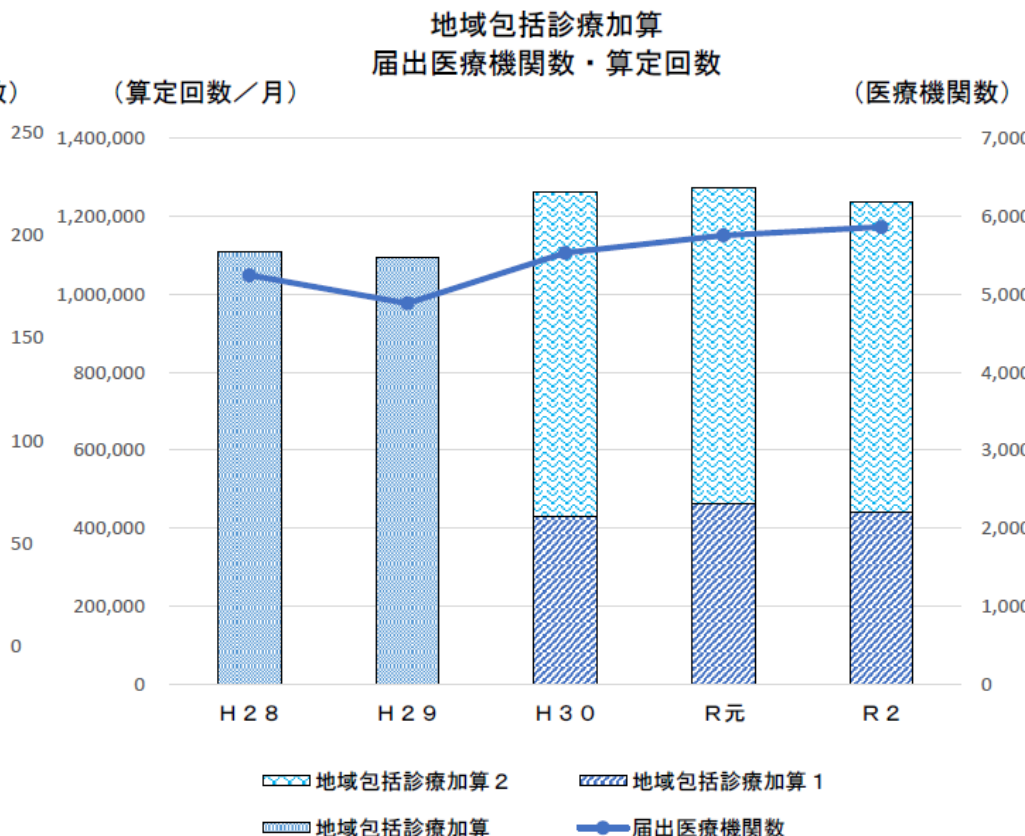
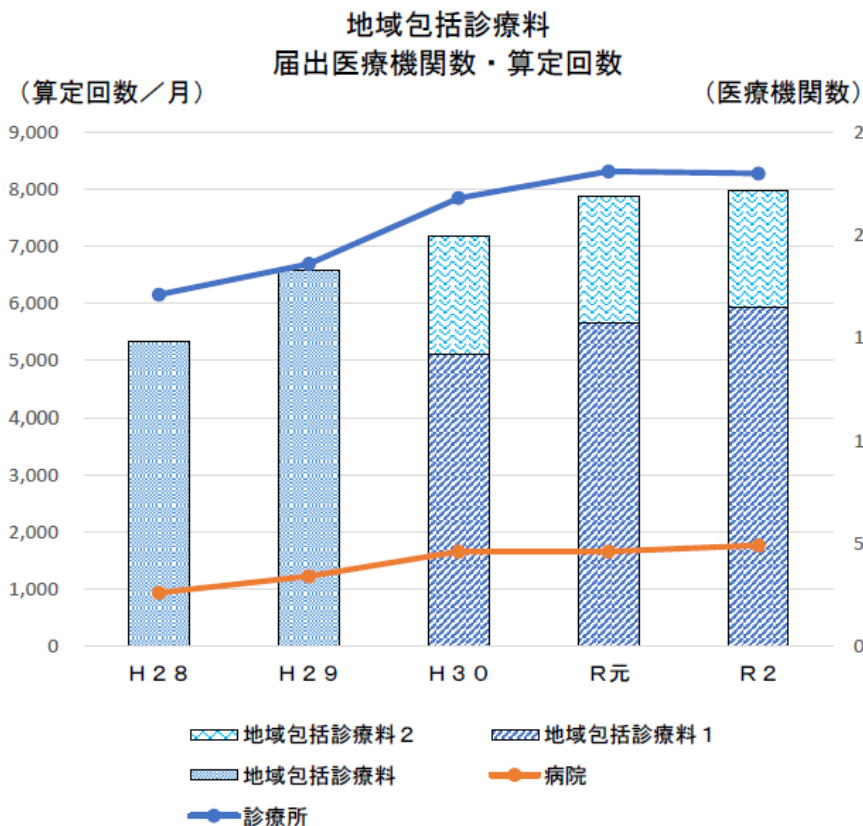
かかりつけ医



中医協 総-3 3. 7. 7 (改)		地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
		病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。	
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。 ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院		
	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所		・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

# 地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の方が、届出医療機関数・算定回数ともに多かった。



出典:  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

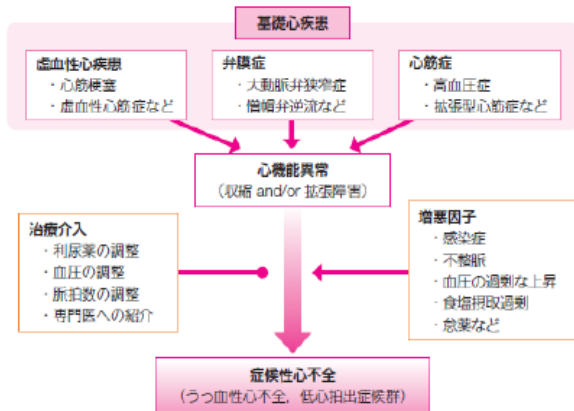
# 慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

○ 例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

(例)

## 慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ2番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。



## 慢性腎臓病（CKD）

- 日本人のCKD患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- CKDは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- CKD診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。

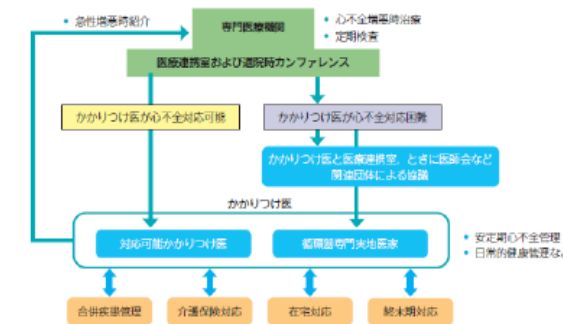


図15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート  
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を確保してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

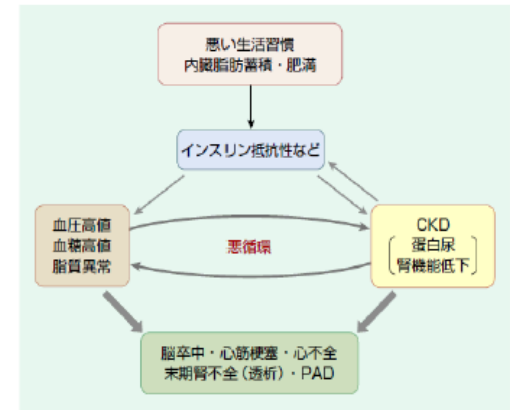


図13 生活習慣と心血管連関の概念  
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

## 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、当該対応が可能である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。

# ③小児かかりつけ診療料



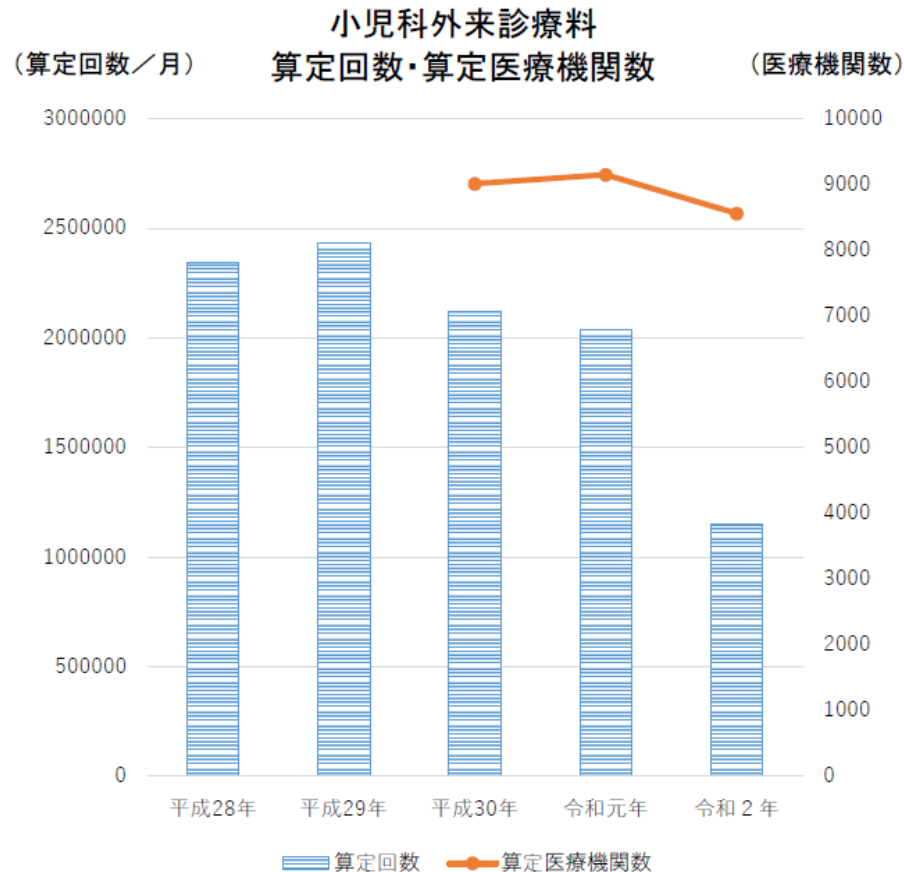
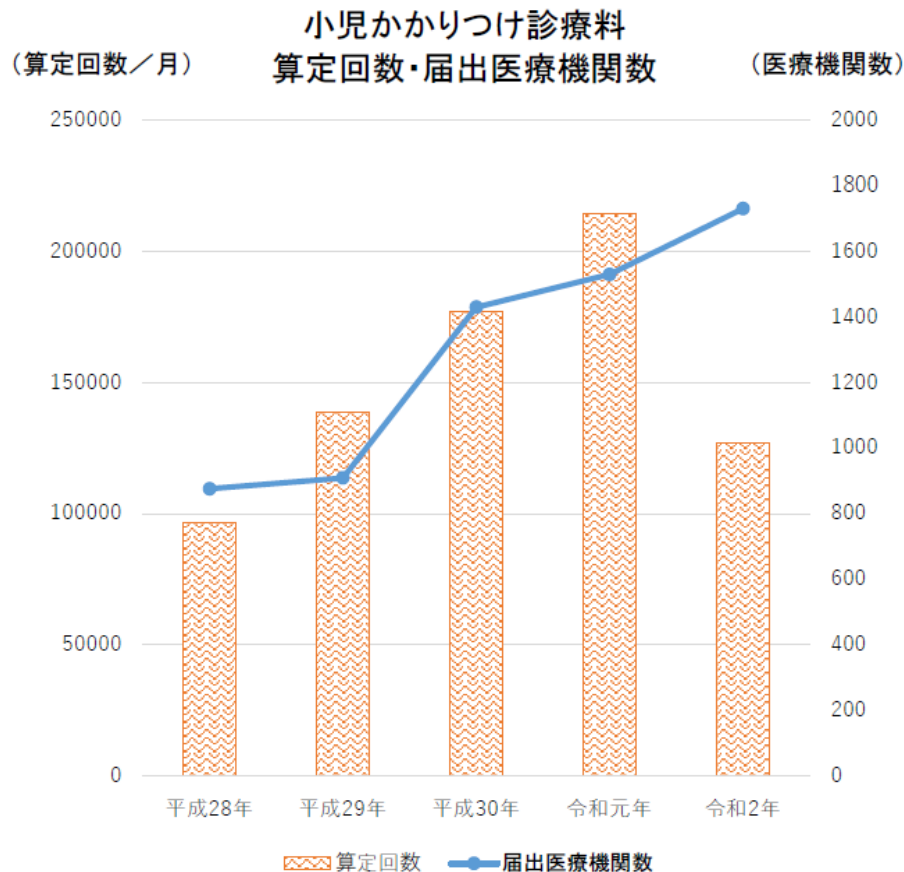
# 小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：599点、再診時：406点 2. 1. 以外の場合 初診時：716点、再診時：524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：631点、再診時：438点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：748点、再診時：556点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料 (Ⅱ) (Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料 ※ただし初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料
対象疾患	・入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る）。 ・小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリピズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であって入院中の患者以外のもの。
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導、電話による緊急の相談等への対応等を行う。等
施設基準	小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。	① 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ② 小児科外来診療料の届出を行っていること。 ③ 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。 ④ ①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回以上実施 イ. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 ウ. 定期予防接種を実施 エ. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 オ. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

# 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

中医協 総-3  
3 . 7 . 7

- 小児かかりつけ診療料の算定回数は上昇傾向であったが、令和2年において大幅に減少した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、年々減少傾向であった。令和2年においては、算定回数及び算定医療機関数が大幅に減少した。



出典:  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数、医療機関数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分  
 ※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。



## 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

#### [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。



### 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  
     □ 処方箋を交付する場合  
     (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  
     □ 処方箋を交付する場合  
     (1) 初診時 747点      (2) 再診時 555点

#### [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。

# ⑤機能強化加算

- ① 健康診断の受診勧奨及び結果等について健康管理の相談
- ② 介護・保健・福祉サービスの相談  
主治医として介護の意見書の作成
- ③ 必要に応じて「専門医・医療機関」を紹介
- ④ 夜間・休日の相談対応

## 機能強化加算

- 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めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

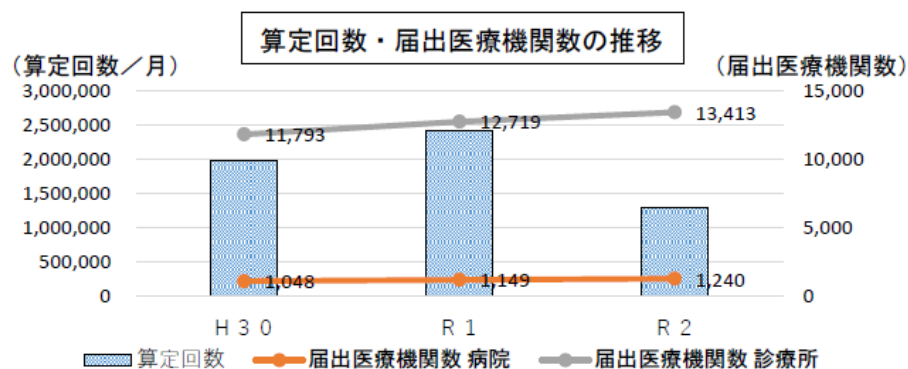
### 初診料・小児かかりつけ診療料 (初診時) 機能強化加算 80点

#### [算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料 (ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く) を算定する場合に、加算する。

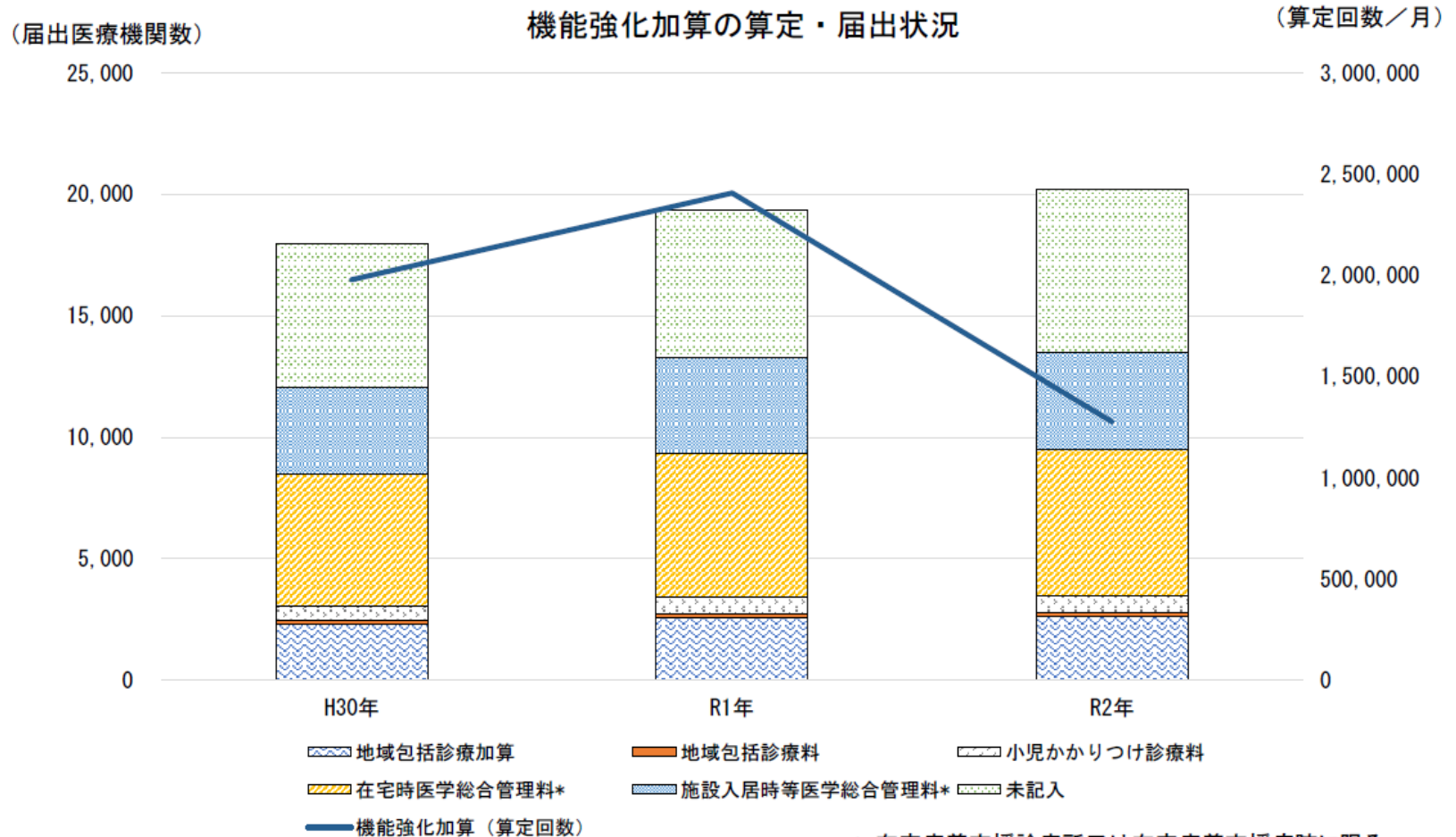
#### [施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
- ② 次のいずれかにおける届出を行っている。
  - ア 地域包括診療加算
  - イ 地域包括診療料
  - ウ 小児かかりつけ診療料
  - エ 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
  - オ 施設入居時等医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
- ④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
- ⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。



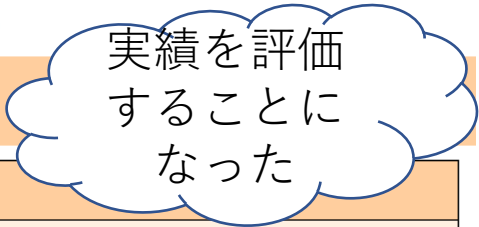
# 機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出施設は、平成30年から令和2年にかけて増加している。
- うち、在宅時医学総合管理料を算定している医療機関が最も多く、地域包括診療料が最も少なかった。



※各年7/1時点の届出状況を基に医療課で作成

※算定回数は社会医療診療行為別統計より。R2年のみNDBより集計。



## 機能強化加算の見直し②

現行		改定後	
	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 solid black; padding: 5px; margin-top: 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>
届出・実績	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>在宅時医学総合管理料</li> <li>施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)</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 solid black; padding: 5px; margin-top: 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>	

# パート3 オンライン診療



医師法20条の  
「対面診療の  
原則」

表 オンライン診療の政府方針・運用を巡る経緯(日医総研資料を改変)

年月	TOPIC
1997年12月	旧厚生省事務連絡により遠隔診療が医師法の無診察診療に該当しない考えを提示 「遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである」 ・対象を例示(離島、へき地。慢性期疾患の患者など病状が安定している患者(在宅患者))
2003年3月	対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないことを確認(厚労省事務連絡)
2015年8月	離島、へき地があくまで例示であることを確認(厚労省事務連絡)
2018年3月	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定 <b>初診は原則対面診療</b>
2018年4月	2018年度 診療報酬改定 <b>オンライン診療料等を新設</b>
2020年2月	新型コロナウイルス感染症対応 ・新型コロナウイルス感染症疑い患者に対し初診からオンラインで行うことは困難(遠隔健康医療相談とオンライン受診勧奨は可) ・慢性疾患を有する定期受診患者に対し、オンライン診療を行って電話等再診を算定し、処方を行うことが可能
2020年4月	2020年度 診療報酬改定 ・オンライン診療料等の要件の見直し、対象患者の拡大 ・オンライン服薬指導の評価(2020/9~)
2020年4月	<b>初診対面原則の時限的・特例的対応</b> 以下のケースについて対応可能(情報通信機器、電話とも) 1 既に診断され、治療中の慢性疾患で定期受診中の患者に対し、新たに別の症状についての診療・処方を行う場合 2 過去に受診履歴のある患者に対し、新たに生じた症状についての診療・処方を行う場合 3 過去に受診履歴のない患者に対して診療を行う場合(初診対面原則の緩和) 4 過去に受診履歴のない患者に対し、かかりつけ医等からの情報提供を受けて、新たに生じた症状についての診断・処方を行う場合
2020年10月	関係3閣僚が「初診含めたオンライン診療の原則解禁」で合意 田村憲久厚労相、河野太郎規制改革担当相、平井卓也デジタル改革担当相が、映像によるオンライン診療を初診を含め原則解禁することで合意

4月10日  
通知

# オンライン診療料・オンライン医学管理料共に様々な制約があり、かつ、診療報酬も低い

## 2018年診療報酬改定

### 算定できる点数

- ・ オンライン診療料（1月1回まで）： **71点**（オンライン診療時に算定可能）
- ・ オンライン医学管理料（1月1回まで）： **100点**（次回対面診療時に算定可能）

### 算定要件

- ・ **3ヶ月間連続でのオンライン診療料の算定は不可**
- ・ 厚生労働省が定めた算定可能な患者以外は本診療料は算定不可  
具体的には以下の医学管理加算を算定している患者のみ対象  
**特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅時医学総合管理料**
- ・ 一定期間対面診療を同疾患にて継続していることが条件
- **上記の医学管理加算を算定以降、6月連続で対面診療を受診**
- **上記の医学管理加算を算定以降、12月以内に6回以上対面診療を受診**
- ・ 当該保険医療機関内にて診察を行うこと（保険診療のみ）
- ・ 情報機器の運用に要する費用については、別途徴収可能

これまでオンライン診療は規制でがんじがらめ特に初診からは不可  
初診料も対面288点に対して71点と25%と低い



# オンライン診療料を算定できない患者が満たせない要件

中医協 総-2  
元. 11. 8

- 治療上の必要性のためオンライン診療の適応となり得るが、診療報酬の要件を満たせないために算定できない患者について、満たせない要件をみると、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること」を満たせない患者が最も多かった。

治療上の必要性のためオンライン診療の適応となり得るが  
「診療報酬の要件を満たせないために算定できない患者」について  
満たせない要件ごとの患者数

患者数(人)

	平均値	標準偏差	中央値
① オンライン診療料の対象となる管理料を算定していること	8.5	15.4	0.0
② 初診から6月以上（又は直近12月で6回以上）同一医師による対面診療が必要であること	3.8	7.9	0.0
③ ②の実績を有する医師がオンライン診療を行う必要があること	1.0	3.7	0.0
④ 3月ごとに対面診療を行うこと	3.5	13.3	0.0
⑤ 緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であること	12.7	53.0	0.0
⑥ オンライン診療は対面診療を行った保険医療機関内で行う必要があること	1.0	5.3	0.0
⑦ オンライン在宅管理料が在宅時医学総合管理料の月1回訪問診療を行っている場合に限った加算であること	2.7	9.0	0.0
⑧ その他	0.3	1.0	0.0
施設数（診療所）	32施設		

【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

○ オンライン診療料の届出施設 1,281施設、未届出施設 1,000施設について、それぞれ1施設当たり、オンライン診療を受診している患者3名、オンライン診療を受診していない患者2名を対象として調査を実施。

# 医師がオンライン診療と相性の良い疾患は多数あるが、オンライン診療が活用できる疾患は限定的である

診療報酬改定以前にオンライン診療が活用されてきた疾患

オンライン診療料の対象疾患

## 内科系疾患

循環器	消化器	呼吸器	神経	代謝・内分泌	アレルギー・膠原病
高血圧 慢性心不全	慢性胃炎 潰瘍性大腸炎 逆流性食道炎 IBS 便秘症	COPD 喘息 睡眠時無呼吸 症候群 ニコチン依存	てんかん 認知症 めまい 頭痛	糖尿病 脂質異常症 甲状腺機能亢進/低下症 高尿酸血症	スギ花粉症 アレルギー性鼻炎 膠原病

## その他疾患

皮膚科	泌尿器科	整形外科	精神科	婦人科
アトピー性皮膚炎 尋常性ざ瘡 蕁麻疹 白癬 口唇ヘルペス 男性型脱毛症 びまん性脱毛症	過活動膀胱 前立腺肥大 勃起不全	骨粗鬆症 変形性膝・ 股関節症 関節リウマチ	パニック障害 強迫性障害 うつ病 不安障害 双極性障害 適応障害 不眠症	月経困難症 不妊治療 避妊相談 更年期障害

オンライン診療の適応も限られている

# J+INTEREST

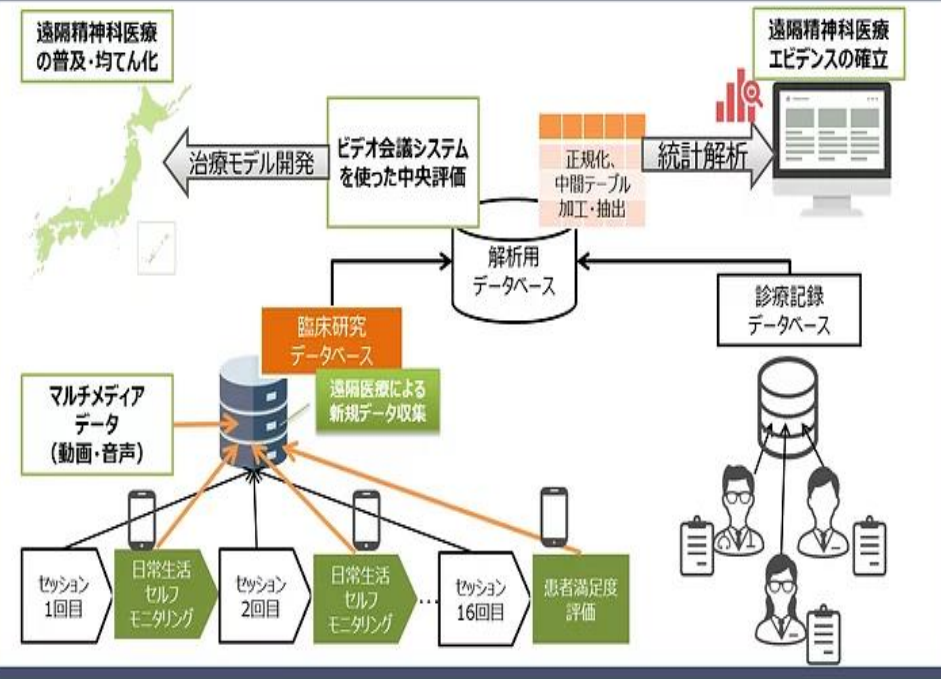
Japanese Initiative for Diagnosis and Treatment Evaluation Research in Telepsychiatry

1) 4つの臨床研究を通じた遠隔精神科診療の診断信頼性、有効性、安全性、利用者満足度の検証



遠隔精神科医療

## 2) 遠隔精神科医療臨床研究のデータベースモデルの構築・運用



## 3) 遠隔精神科医療の手引書の策定

- 1) 海外のガイドラインを参照
- 2) 臨床研究で得られた我が国独自の知見を反映
- 3) 関連学会・ステークホルダーとの共同作業
- 4) 定期的な更新（ガイドライン策定過程は原則公開）



# 規制改革推進会議が オンライン初診を突破



- 2020年4月、コロナ渦の中で、感染リスクを避けるため、現在は認められていない初診患者に対する診療実施などを厚生労働省に求めた。
- 「初診からオンライン診療を認めれば、通院を省け、患者も医療従事者も院内感染から守れる」
- 4月2日、規制改革推進会議の特命タスクフォースは、きつむる厚労省、医師会置き伏せ「オンライン診療」を突破した。

記者会見する規制改革推進会議の小林議長

事務連絡  
令和2年4月10日

各  
〔都道府県  
保健所設置市  
特別区〕  
衛生主管部（局） 御中

新型コロナ感染拡大で  
**4月10日通知**

**オンライン  
初診解禁！**

厚生労働省医政局医事課  
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の  
時限的・特例的な取扱いについて

今般、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（令和2年4月7日閣議決定）において、「新型コロナウイルス感染症が急激に拡大している状況の中で、院内感染を含む感染防止のため、非常時の対応として、オンライン・電話による診療、オンライン・電話による服薬指導が希望する患者によって活用されるよう直ちに制度を見直し、できる限り早期に実施

# オンライン診療の 恒久化を



「オンライン診療」原則解禁  
電話でなく映像で

2020年10月9日

河野行革担当相 オンライン診療

平井デジタル相、田村厚労相と会談  
→初診も含めて原則解禁など合意

規制改革実施計画では  
かかりつけ医が原則、  
かかりつけ医以外の医  
師でも患者状態が把握  
できれば可

34 オンライン診療・オンラ  
イン服薬指導の特例措置  
の恒久化

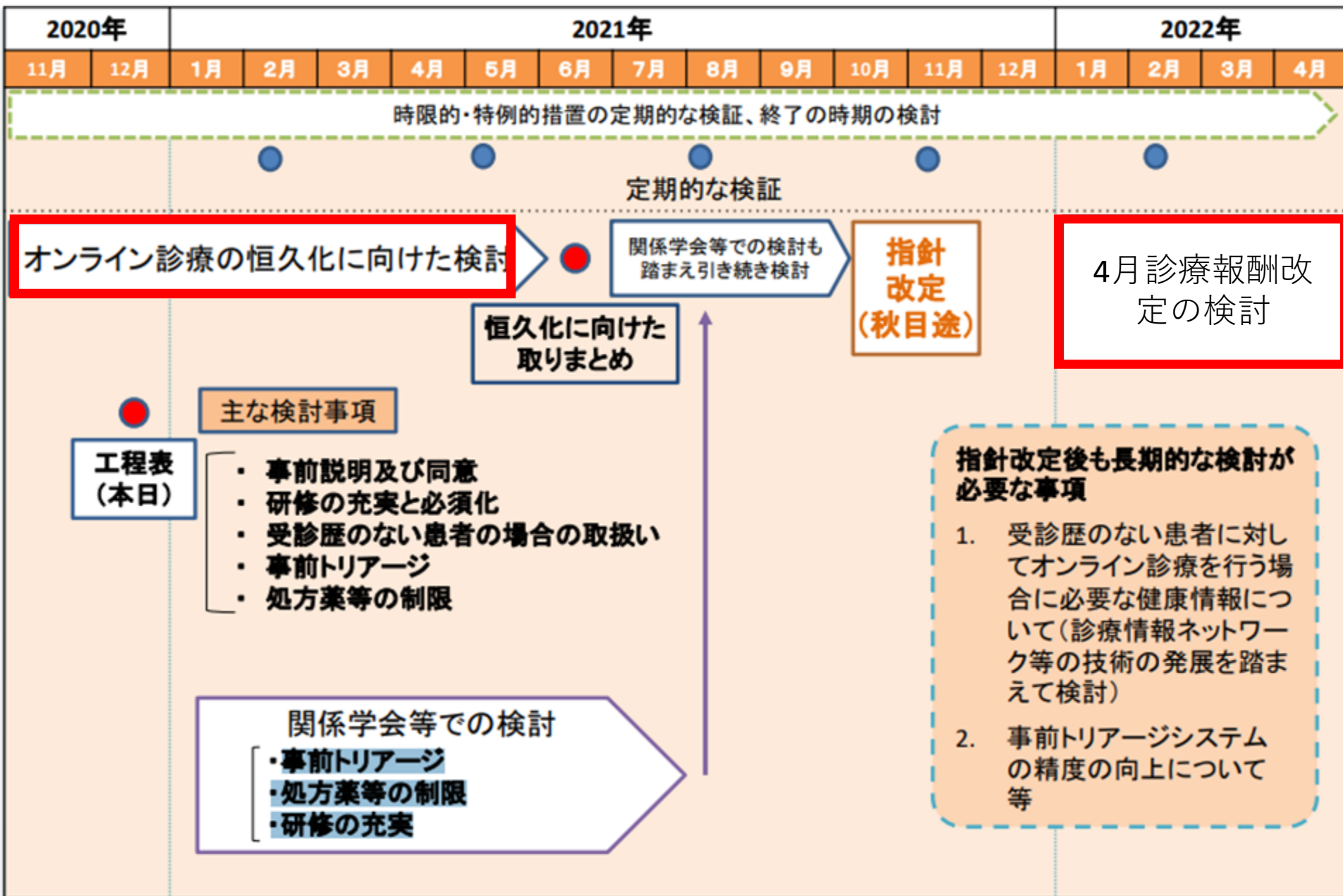
c 情報通信機器を用いたオンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施（かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む。）とする。

健康な勤労世代等かかりつけ医がいない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者については、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやりとりの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患、現在の状況等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にはオンライン診療を認める方向で一定の要件を含む具体案を検討する。その上で、対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める。

a : 新型コロナウイルス感染症が  
するまでの間、  
的に措置  
b~e: 令和3年  
ら検討開始、令  
年度から順次  
(電子処方箋  
テムの運用に  
ては令和4年  
途措置)



# 今後のオンライン診療に関する検討のスケジュール(案)



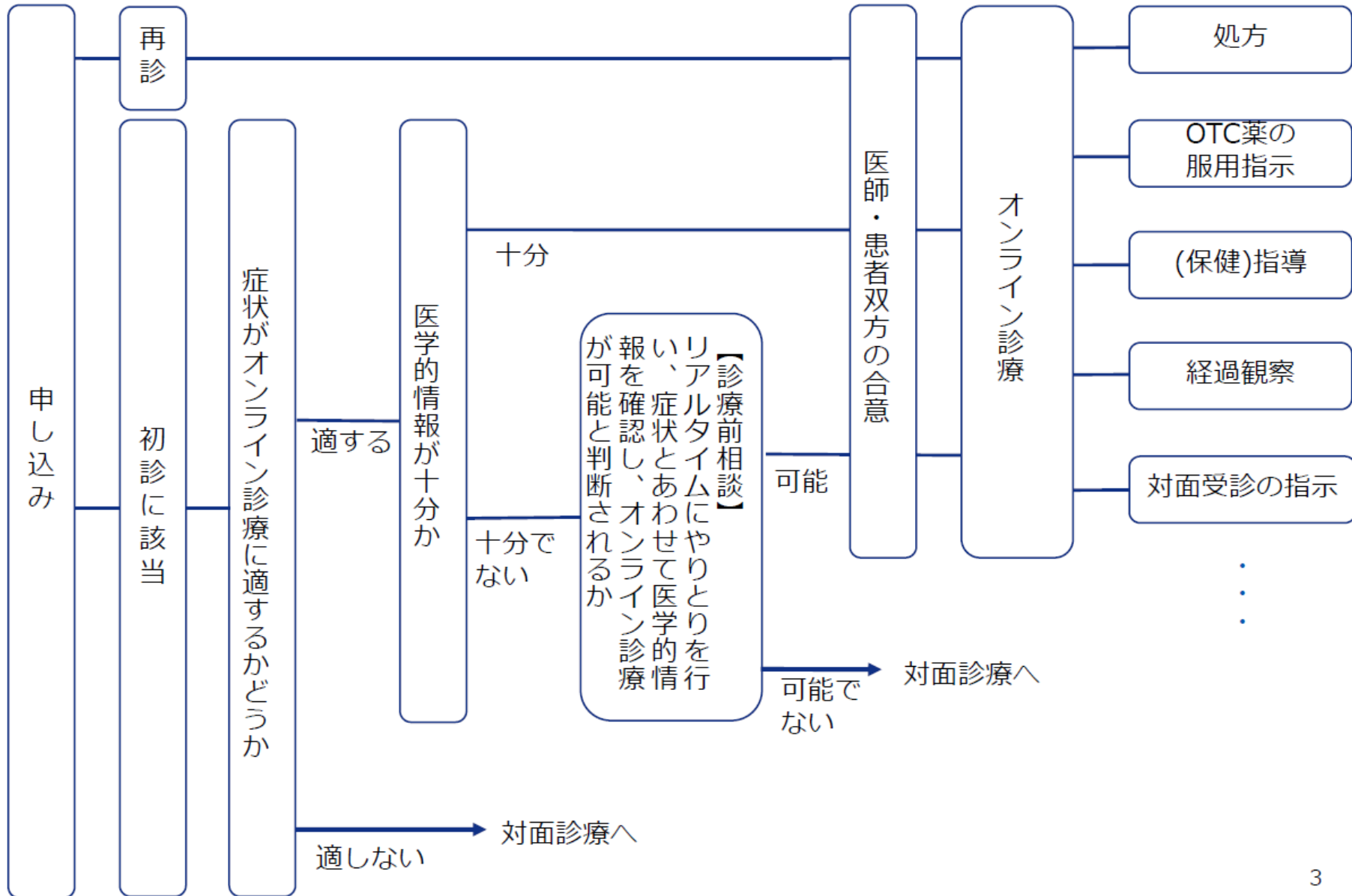
「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（座長 山本隆一）

**「初診からのオンライン診療」**

（2021年11月10日）



# オンライン診療の申込みから診療までの流れ（イメージ）

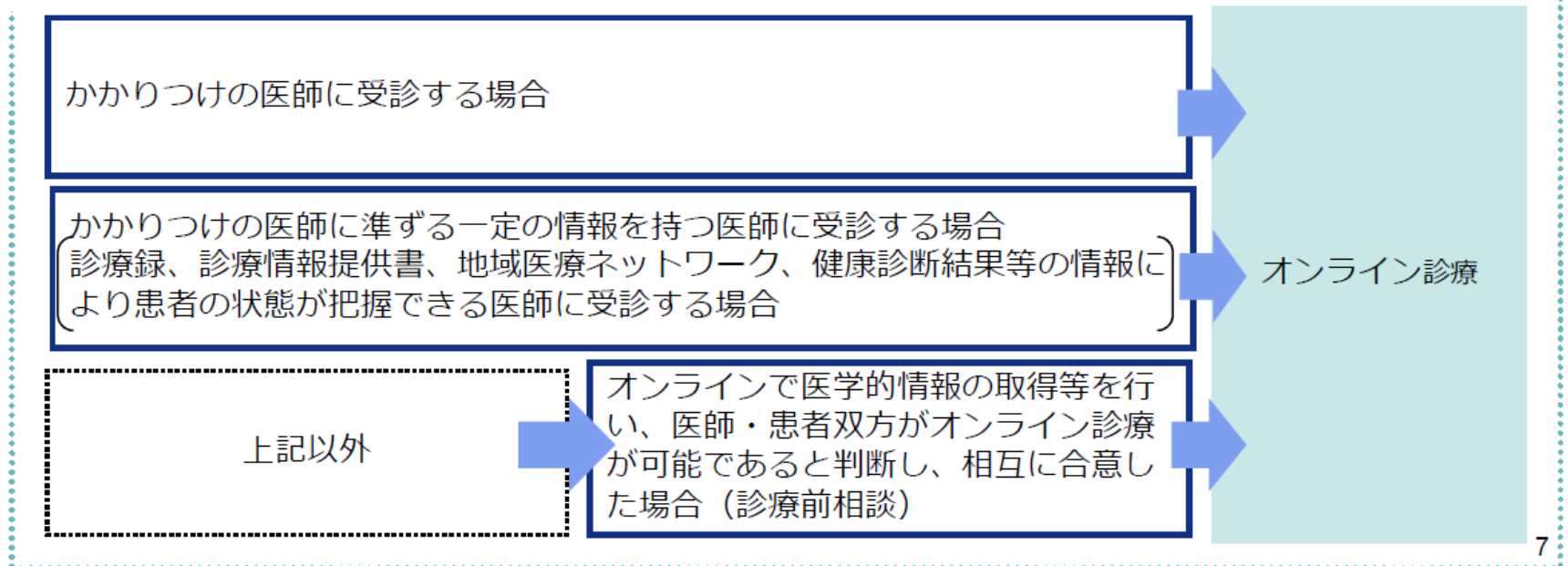


## 初診からオンライン診療が可能な場合について

### 初診からのオンライン診療が可能な場合の整理

- オンライン診療に先だって行う「オンラインでのやりとり」（以下、診療前相談という）は、受診歴がなく、十分な医学的情報も得られていない患者に対し、診療を行おうとすることから、個別の症状から勘案し、問診及び視診を補完するべくオンライン診療に必要な患者の医学的情報を丁寧に得ることで安全性及び信頼性を担保することを目的とした枠組み。
- そのため、患者の心身の状態に関する適切な情報を聞き取り、医師-患者間での信頼関係を構築する観点から医師本人と患者本人がリアルタイムで行う必要がある。

### 初診からのオンライン診療が可能な場合の整理のイメージ



# オンライン初診に適さない症状 (日本医学会連合)

## 各論

### Ⅰ 内科系の症状

#### 1. 緊急性により初診からのオンライン診療に適さない状態

##### (1) 呼吸器系の症状

- ア 急性・亜急性に生じた息苦しさ、または呼吸困難
- イ 安静時の呼吸困難
- ウ 咯血（大量の血痰）
- エ 急性の激しい咳
- オ 喘鳴
- カ 急性・亜急性に生じた嘎声

##### (2) 循環器系の症状

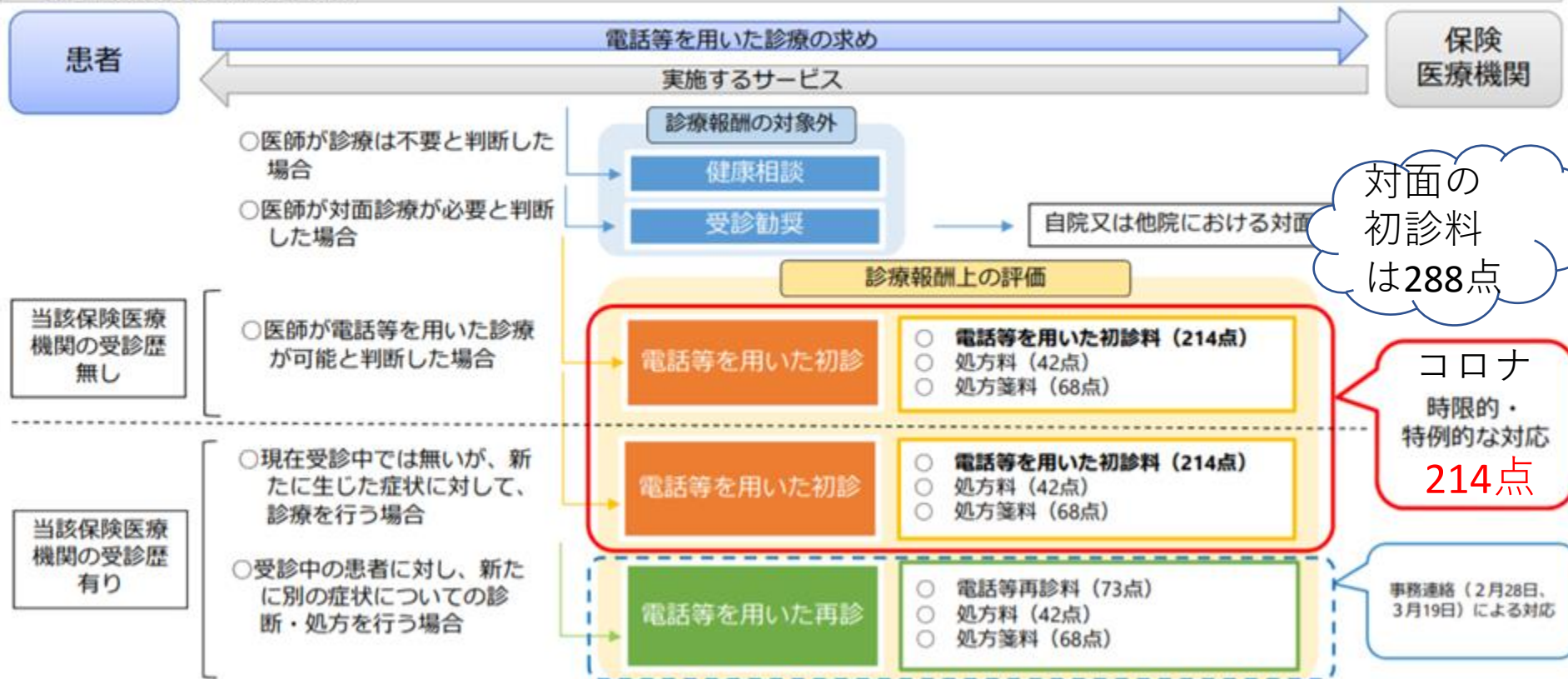
- ア 強い、あるいは悪化する胸痛/胸部圧迫感
- イ 突然始まる動悸
- ウ 症状を伴う血圧上昇

##### (3) 消化器系の症状

- ア 強い腹痛
- イ 強い悪心/嘔吐
- ウ 吐血
- エ 血便/下血

# 新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話等を用いた診療に対する診療報酬上の臨時的な取扱いについて①

- 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑み、時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）が発出されたことを踏まえ、当該事務連絡に関連する診療報酬の取扱いについて、以下の対応としてはどうか。



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点（※）を算定することとしてはどうか。
- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとしてはどうか。

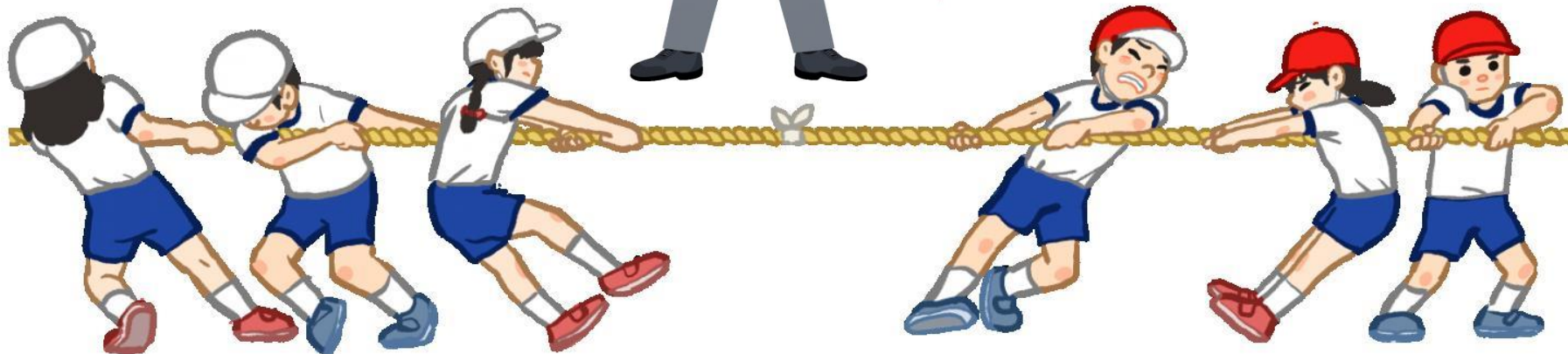
※算定告示B000「特定疾患療養管理料」の注に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数

# 2022年1月26日中医協で公益裁定

診療側  
特例の214点

251  
点

支払い側  
対面の初診料  
288点



# オンライン初診料、公益裁定へ

- 中央社会保険医療協議会・総会（2022年1月26日）で、オンライン診療の点数と要件について公益裁定で決着
- 対面の初診料288点とコロナ特例214点の間の綱引きがあった
  - 点数については「対面診療と比べて得られる情報が少ない、検査や処置などができない」といった診療側の主張を踏まえ251点へ（288点の87%）
  - 一方「患者宅との距離要件」などは支払い側の主張を取り入れ削除した



## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料（情報通信機器を用いた場合）	251点
(新)	再診料（情報通信機器を用いた場合）	73点
(新)	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）	73点

初診は対面の87%、  
再診は100%

### [算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
  - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
  - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) (8) 略

### [施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

廃止

# オンライン診療料等について① 2021年

中医協 総 - 3  
3 . 7 . 7

## オンライン診療料 71点(月1回)



※青字部分は令和2年度改定において見直し等を実施

### [主な算定要件]

- (1) 対面診療とビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療(オンライン診療)を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診療を行った場合に算定。連続する3月の間に対面診療が一度も行われない場合は算定できない。
- (2) 日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象として実施すること。患者の急変時等の緊急時には、原則、当該医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、やむを得ず対応できない場合は、事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載しておくことでよい。
- (3) オンライン診療を行う医師は、対面診療を行った医師と同一の医師であること。
- (4) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針(オンライン診療の適切な実施に関する指針)に沿って診療を行うこと。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。ただし、医療資源が少ない地域等に所在する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、オンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。
- (7) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏に所在するオンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、月1回に限り算定する。

### [対象患者]

オンライン診療料が算定可能な患者は以下①～②について3月以上診療を行っており、かつ、オンライン診療を実施する直近3月の間、毎月対面診療を行っている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)

- ① 下表の医学管理料等を算定する患者

特定疾患療養管理料	てんかん指導料	糖尿病透析予防指導管理料	認知症地域包括診療料	在宅時医学総合管理料	在宅自己注射 指導管理料*
小児科療養指導料	難病外来指導管理料	地域包括診療料	生活習慣病管理料	精神科在宅患者支援管理料	

- ② 事前の対面診療・画像検査等で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者

※糖尿病、肝疾患(経過が慢性なもの)又は慢性ウイルス肝炎に限る。

### [施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- (2) 一月あたりの再診料等(電話等再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

### 令和2年度診療報酬改定の主な改定事項

#### ○オンライン診療料の要件見直し

- ・事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- ・緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。
- ・オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。

#### ○オンライン診療のより柔軟な活用(医療資源の少ない地域等)

- ・やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする。
- ・医師の所在に係る要件を緩和。

#### ○かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価(遠隔連携診療料の新設)

- ・希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の情報共有の上、遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

# オンライン診療の報酬は「対面と同等以上」が海外では標準だ

## コロナ前から同等以上の国・地域

オーストラリア、ブラジル、カナダ、エジプト、インド、イタリア、南アフリカ、スペイン、台湾、トルコ、英国、米国

## コロナ後に同等以上に

デンマーク、ドイツ、韓国

## コロナ後も低い

日本

(注) 慶大の木下翔太郎助教らの論文を基に作成、精神科の報酬を比較

## 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

### 医学管理等に係る評価の見直し

➤ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

検査がはず  
された！

精神がはず  
された！

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

# 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

## 医学管理等に係る評価の見直し

▶ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

▶ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

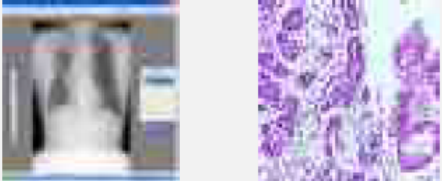


	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
<b>B000 特定疾患療養管理料</b>		
1 診療所の場合	225点	<b>196点</b>
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	<b>128点</b>
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	<b>76点</b>
<b>B001 5 小児科療養指導料</b>	270点	<b>235点</b>
<b>B001 6 てんかん指導料</b>	250点	<b>218点</b>
<b>B001 7 難病外来指導管理料</b>	270点	<b>235点</b>
<b>B001 27 糖尿病透析予防指導管理料</b>	350点	<b>305点</b>
<b>C101 在宅自己注射指導管理料</b>		
1 複雑な場合	1,230点	<b>1,070点</b>
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	<b>566点</b>
ロ 月28回以上の場合	750点	<b>653点</b>

点数は  
87%へ

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

## オンライン診療の進展② オンライン診療に係る診療報酬上の対応

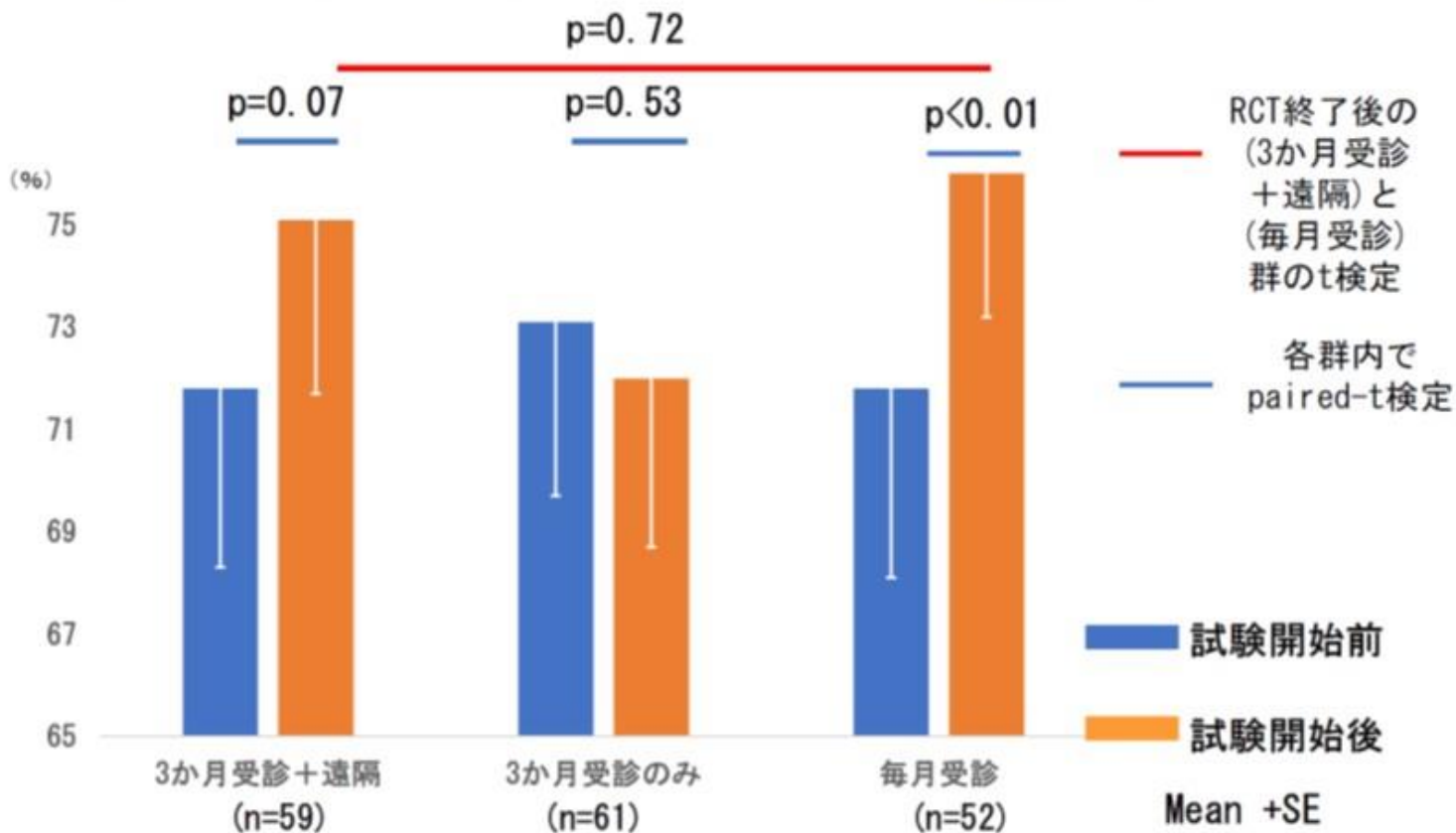
### 診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態	診療報酬での対応
<b>医師対医師</b> (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い 特定領域の専門的な知識を持っている医師と 連携して診療を行うもの 	<b>【遠隔画像診断】</b> ・ 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断 結果を受信した場合  <b>【遠隔病理診断】</b> ・ 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・ <b>（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能</b>
<b>医師対患者</b> (D to P)	医師が情報通信機器を用いて 患者と離れた場所から診療を行うもの 情報通信機器を用いた診察 	<b>【オンライン診療】</b> ・ <b>（新）オンライン診療料</b> ・ <b>（新）オンライン医学管理料</b> ・ <b>（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料</b> 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合  <b>※電話等による再診</b> （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し （定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 	<b>【遠隔モニタリング】</b> ・ <b>心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算）</b> 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合  ・ <b>（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算）</b> ・ <b>（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算）</b> 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

# 遠隔モニタリングで 睡眠時無呼吸症候群の 治療実績と患者満足が上がる



CPAP4時間以上使用率の変化と  
RCT終了後の[3か月受診+遠隔]と[毎月受診]群のCPAP 4時間以上使用率の比較



「3か月+遠隔」の群のCPAP 4時間以上使用率は「毎月受診」の群とおおむね同等と考えられる

出典：厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業報告資料解析終了分（有効性と安全性を維持した在宅呼吸管理の対面診療間隔決定と機器使用のアドヒアランスの向上を目指した遠隔モニタリングモデル構築を目指す検討）



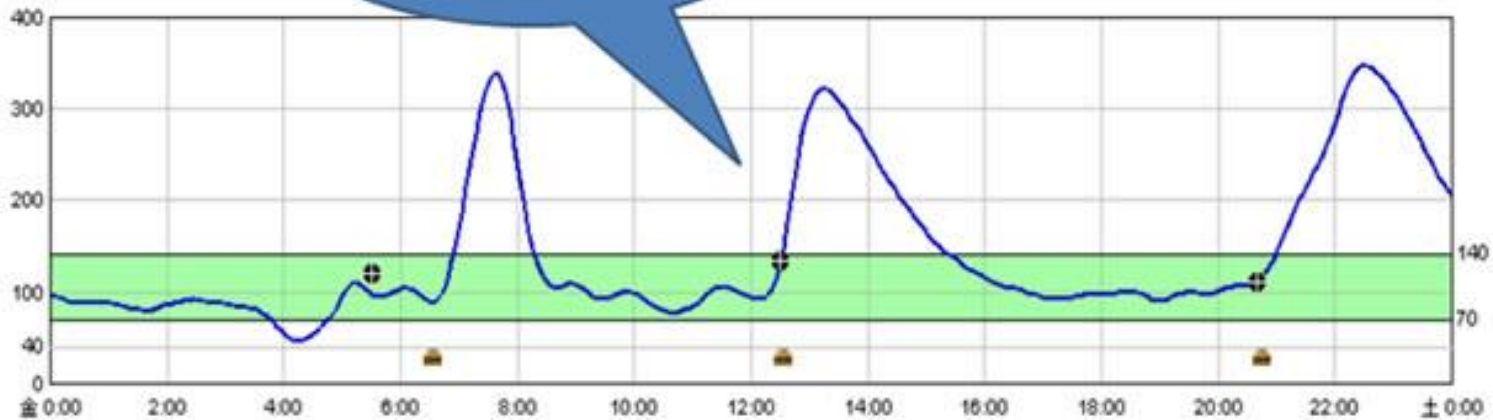
# 生活習慣病管理料でも オンライン診療と持続的血糖測定器と 連動しては？

オンライ  
ンモニタ  
リングが  
必要



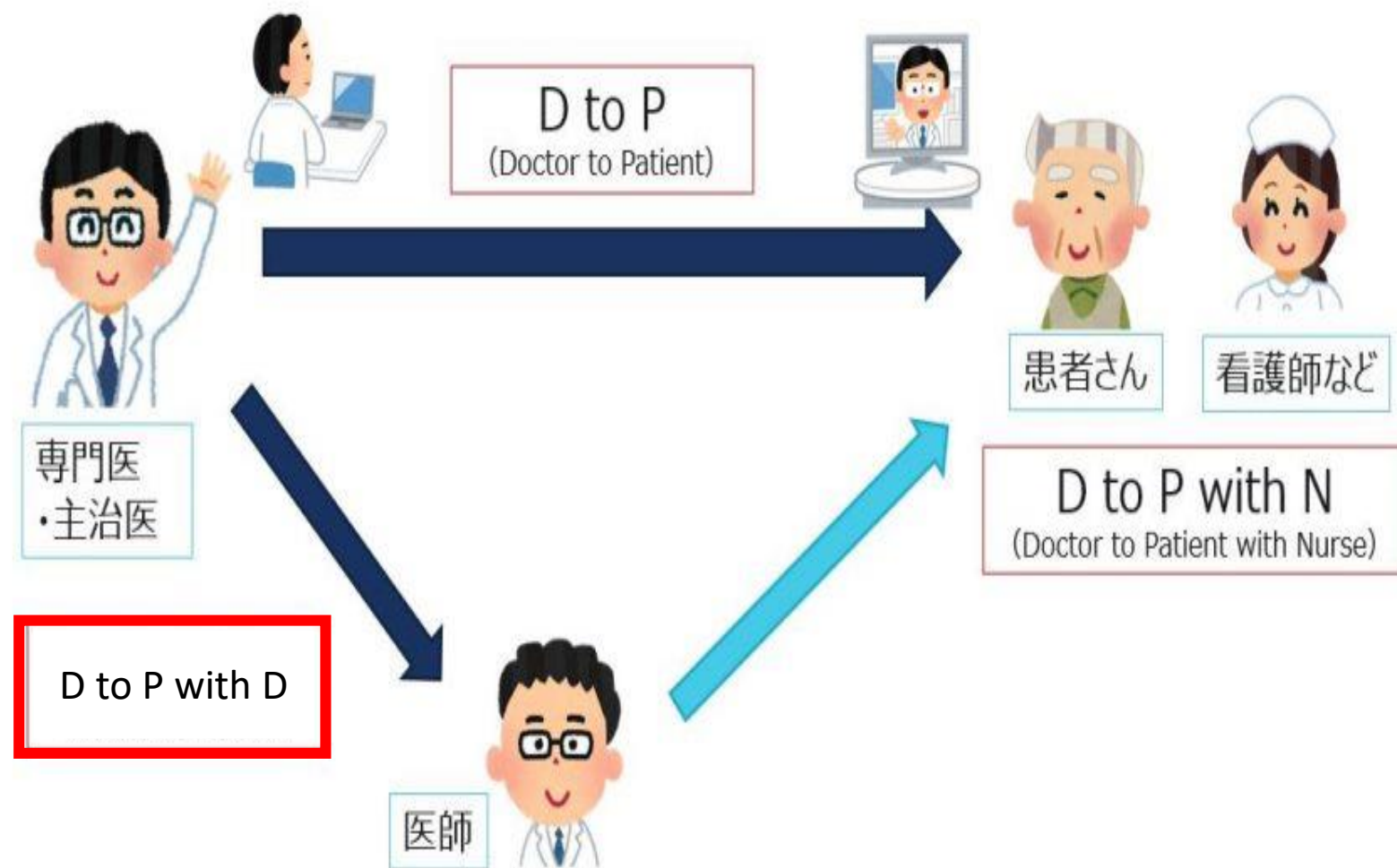
持続血糖測定器

血糖値の変化を  
グラフでみるこ  
とができます。



今後、オンラインモニタ  
リングとオンライン診療  
の併用を認めるべき

# 遠隔連携診療料



# オンライン診療料等について②

中医協 総 - 3  
3 . 7 . 7

## 情報通信機器を用いた場合の医学管理料 100点 (1月につき)

○令和2年度改定において、オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直し。

- 情報通信機器を用いた場合の評価が設けられている管理料
- ・特定疾患療養管理料、地域包括診療料、小児科療養指導料、認知症地域包括診療料、てんかん指導料、生活習慣病管理料、難病外来指導管理料、在宅時医学総合管理料、糖尿病透析予防指導管理料、精神科在宅患者支援管理料
  - ・在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性なものに限る。)又は慢性ウイルス肝炎の患者

(例: 特定疾患療養管理料の場合)

[算定要件]

- (1) 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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。
- (2) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- (3) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

[施設基準]

オンライン診療料の届出を行っていること。

## 遠隔連携診療料 500点 ※令和2年度改定において新設

[算定要件]

- (1) 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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
- (2) 遠隔連携診療料の算定に当たっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- (3) 遠隔連携診療料が算定可能な患者は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病又はてんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者に限ること。
- (4) 他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」(平成29年4月14日健難発0414 第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知)に規定する難病診療連携拠点病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528 第1号)に定めるてんかん診療拠点機関であること。
- (6) 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- (7) 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料(I)は別に算定できない。
- (8) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診も可)



# D to P with D

## 電話等による再診 ※平成30年度改定において、オンライン診療料新設にあたり整理

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

# 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

## 遠隔連携診療料の評価等の見直し

- 遠隔連携診療料の対象患者に、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、知的障害を有するてんかん患者について、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を新設する。

### 現行

#### 【遠隔連携診療料】

500点

#### [算定要件]

注1 略  
(新設)

#### [施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者

### 改定後

#### 【遠隔連携診療料】

(改) 1 診断を目的とする場合 **750点**

(改) 2 その他の場合 **500点**

#### [算定要件]

注1 略

2 2については、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、てんかん(知的障害を有する者に係るものに限る。)の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

#### [施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ てんかん(外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。)の疑いがある患者



## 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

### 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- ▶ 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。
- ▶ 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設する。

#### 現行

【オンライン在宅管理料】  
月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。



#### 改定後

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**を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

	1人	2～9人	10人～
①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点
②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点
③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	<b>3,029点</b>	<b>1,685点</b>	<b>880点</b>
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	<b>1,515点</b>	<b>843点</b>	<b>440点</b>

## 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について②

※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
在宅時医学総合管理料	①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
	③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	<u>3,029点</u>	<u>1,685点</u>	<u>880点</u>	<u>2,789点</u>	<u>1,565点</u>	<u>820点</u>	<u>2,569点</u>	<u>1,465点</u>	<u>780点</u>	<u>2,029点</u>	<u>1,180点</u>	<u>660点</u>
	④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
	⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	<u>1,515点</u>	<u>843点</u>	<u>440点</u>	<u>1,395点</u>	<u>783点</u>	<u>410点</u>	<u>1,285点</u>	<u>733点</u>	<u>390点</u>	<u>1,015点</u>	<u>590点</u>	<u>330点</u>
施設入居時等医学総合管理料	①月2回以上訪問（重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,900点	3,240点	2,880点	3,900点	3,240点	2,880点	3,900点	3,240点	2,880点
	②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	<u>2,249点</u>	<u>1,265点</u>	<u>880点</u>	<u>2,069点</u>	<u>1,175点</u>	<u>820点</u>	<u>1,909点</u>	<u>1,105点</u>	<u>780点</u>	<u>1,549点</u>	<u>910点</u>	<u>660点</u>
	④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
	⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	<u>1,125点</u>	<u>633点</u>	<u>440点</u>	<u>1,035点</u>	<u>588点</u>	<u>410点</u>	<u>955点</u>	<u>553点</u>	<u>390点</u>	<u>775点</u>	<u>455点</u>	<u>330点</u>

対面とオンライン組み合わせで対面の50～70%安価

# パート4

## 外来と在宅との連携など



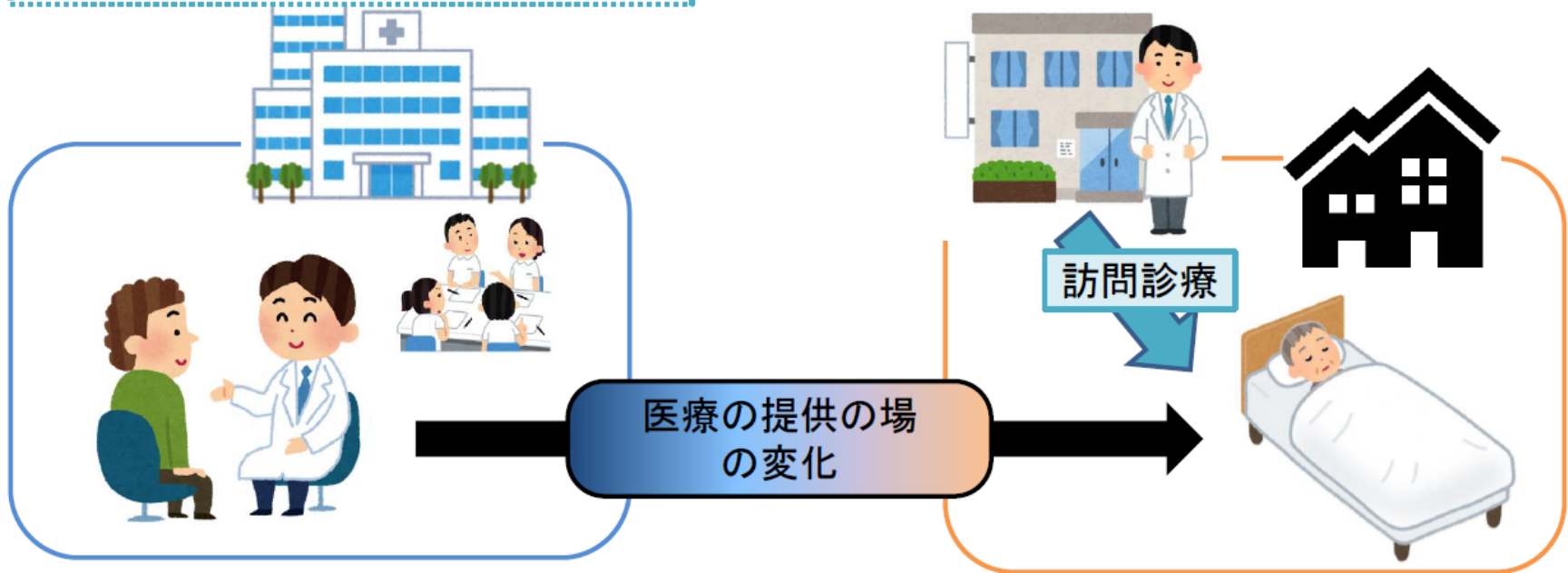


# 外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

- ・患者に対して継続的に外来医療を提供している
- ・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

- ・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)

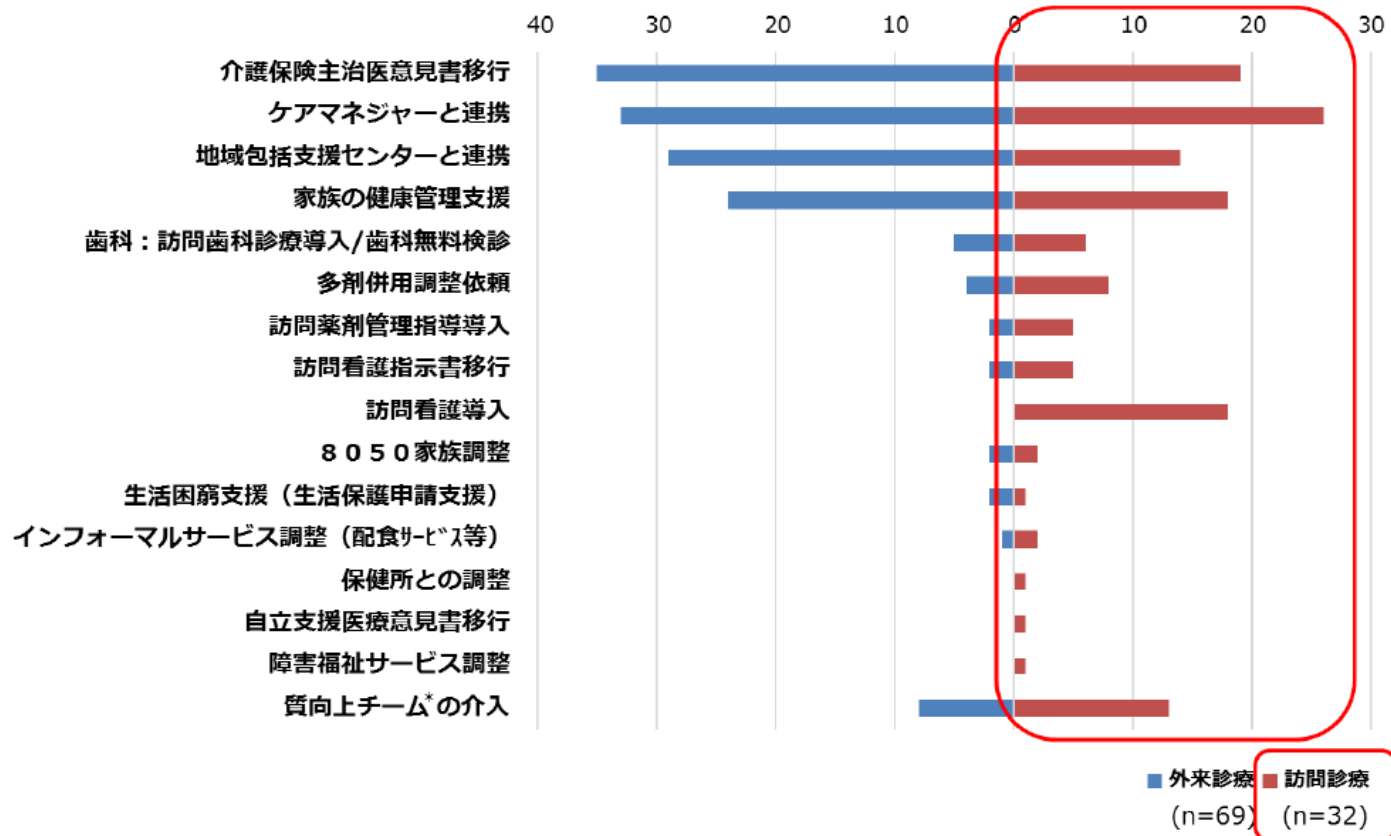


- ・外来に継続的に通院していた患者
- ・経過中、「通院困難な者」となる

# 外来から在宅への移行について

○ 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場においても求められている内容である。

## 調整内容（重複あり）



\*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

## 外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

- 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

### (新) 外来在宅共同指導料

<u>外来在宅共同指導料 1</u>	<u>400点</u>	<u>(在宅療養を担う保険医療機関において算定)</u>
<u>外来在宅共同指導料 2</u>	<u>600点</u>	<u>(外来において診療を行う保険医療機関において算定)</u>

#### [対象患者]

- 外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

#### [算定要件]

- 外来在宅共同指導料 1  
 保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- 外来在宅共同指導料 2  
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



外来から在宅医療への  
移行についても多職種  
の連携を評価する必要あり

# DPC外れ値問題と 地域連携

# DPC外れ値問題とは？

- DPC外れ値問題とは？

- 診断群分類別包括支払い制度（DPC/PDPS）では、以前から医療資源投入慮が極端に少ない、在院日数が極端に短いなど、いわゆる「DPC外れ値病院」が問題となっていた。

- DPC外れ値はDPC病院全体に影響する

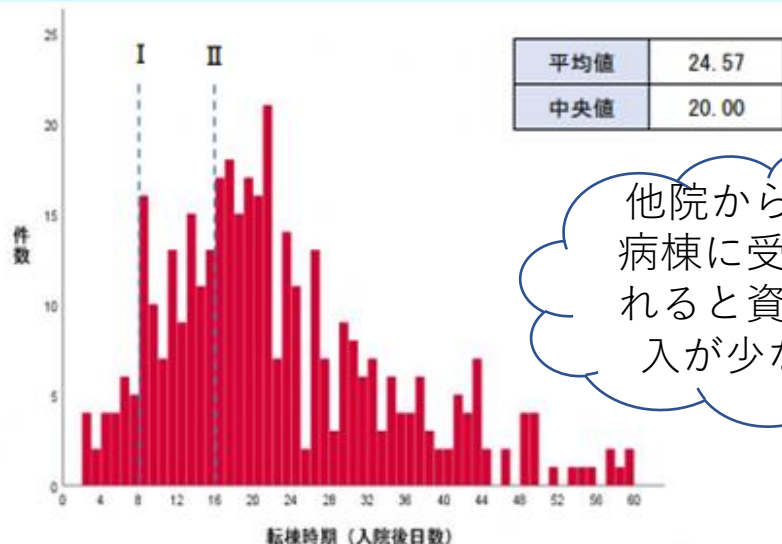
- 制度ではDPCに参加する全病院の診療実績データを基に点数や係数を設定している。このため不適切に医療資源投入量を著しく低く抑えている病院があれば、資源投入量の平均値が下がり、DPCの点数も低くなる
- これは不適切に資源投入量を抑えてDPC点数の差益を多く受け取っている病院には利益だが、他の重症患者を受け入れているため、多くの資源投入を行っている病院では収益が下がり投入コストを回収できないという不利益を被るということだ

# 脳梗塞患者を他の急性期病院から 自院のDPC病棟に受け入れる



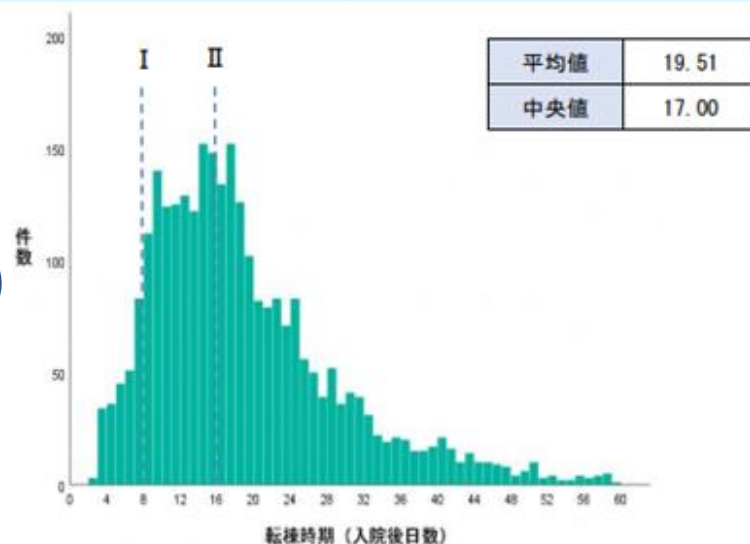
# 脳梗塞において症例数の多い診断群分類(010060xxCCPM02)の分析

## 他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



他院からDPC  
病棟に受け入れ  
られると資源投  
入が少ない

## 自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



出典：令和2年度DPCデータ

※ 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)



## 診断群分類点数表の見直し③

### 他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

- 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

現行の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
050030xx99000x	急性心筋梗塞	手術、処置等なし
050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査あり
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等あり
050130xx9900xx	心不全	手術、処置等なし
160800xx99xxxx	股関節・大腿近位の骨折	手術なし

## まとめと提言

- ・ 紹介受診重点病院が2023年度から始まる
- ・ 紹介受診重点病院では  
逆紹介外来センターが必要
- ・ 地域包括診療料の疾患に心不全、CKDが  
加わり、機能強化加算に実績値も  
加わった
- ・ 初診からのオンライン診療が恒久化され  
点数もアップした
- ・ オンライン診療を活用しよう

# 医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



武藤正樹 「医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！」

### 第1章

- ・ コロナと医療提供体制

### 第2章

- ・ 規制改革会議と医療DX

### 第3章

- ・ 規制改革会議と科学的介護

### 第4章

- ・ 規制改革会議と医薬品・医療機器

### 第5章

- ・ 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)