

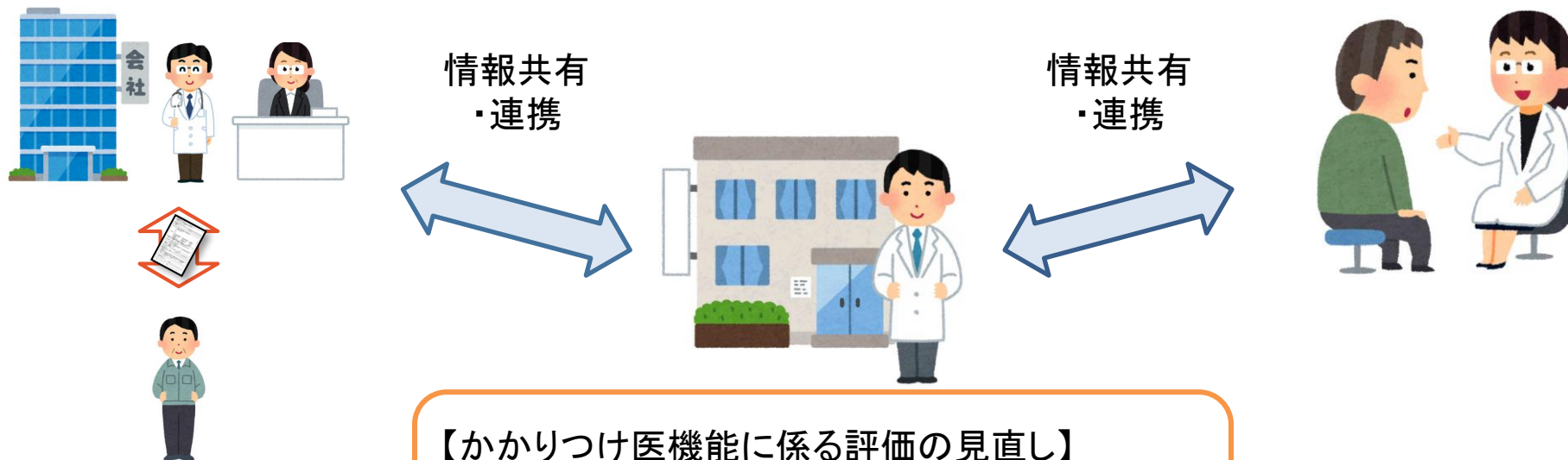
かかりつけ医機能に係る評価の充実

【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】

- 算定要件の見直し
- 対象疾患の拡大

【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】

- 紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設



【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】

- 地域包括診療加算の施設基準の緩和
- 小児かかりつけ診療料の対象年齢拡大
- 機能強化加算の要件見直し

【(参考1) 継続的な診療に係る評価の見直し】

- 生活習慣病管理料の要件見直し
- 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価の新設

【(参考2) 外来医療の機能分化の推進】

- 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大



かかりつけ医機能の推進①

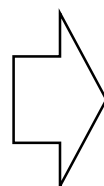
地域包括診療加算の見直し

- 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする。具体的には、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現行

[施設基準]

- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
- ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 - ウ 在宅療養支援診療所であること。



改定後

[施設基準]

- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
- ア 時間外対応加算**1、2又は3**の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 - ウ 在宅療養支援診療所であること。



【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

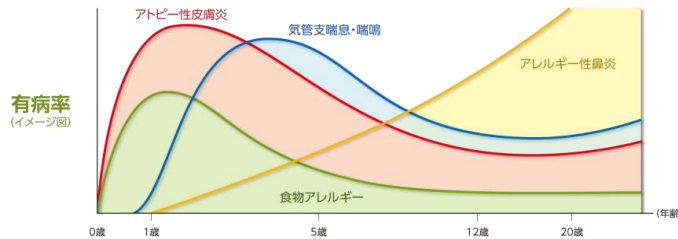
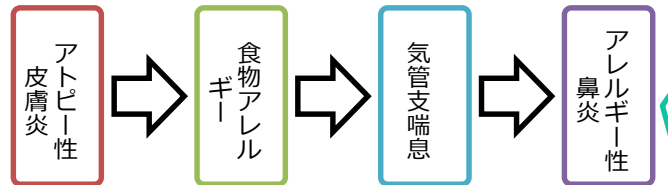
| 時間外対応加算1 | 時間外対応加算2 | 時間外対応加算3 |
|--|---|---|
| <p>○ 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。</p> | | |
| <p>○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。</p> | <p>○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。</p> <p>※ 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。</p> | <p>○ 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。</p> <p>○ 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。</p> <p>※ 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。</p> |

かかりつけ医機能の推進②

小児かかりつけ診療料の見直し

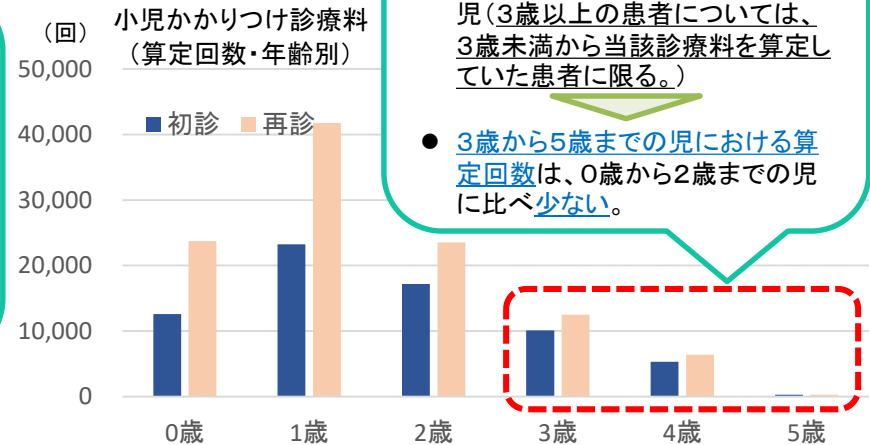
- 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**する。

(参考)



例: アレルギーマーチ

- 進行の予防のためには、**乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理**が重要。
- 小児期においては、**早期発見、早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた継続的な介入・支援**が重要。



[算定要件]

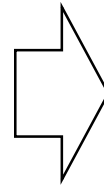
- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児(3歳以上の患者については、**3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。**)
- **3歳から5歳までの児における算定回数は、0歳から2歳までの児に比べ少ない。**

- 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行

[算定要件]

- (5) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。



改定後

[算定要件]

- (5) **当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。**

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料の算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**するとともに、院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。また、**施設基準に係る届出を求める**こととする。

かかりつけ医機能の普及の推進

➤ かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件について、以下のとおり見直す。

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。

- 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
- 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を含む地域の医療機関が検索できること。

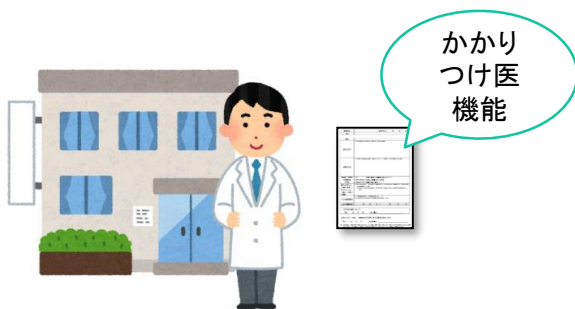
2. 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。

- 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
- 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

現行

[施設基準]

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果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及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。



改定後

[施設基準]

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果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、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

また、**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が検索可能である**ことを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果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及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、**医療機関内の見えやすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること**。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

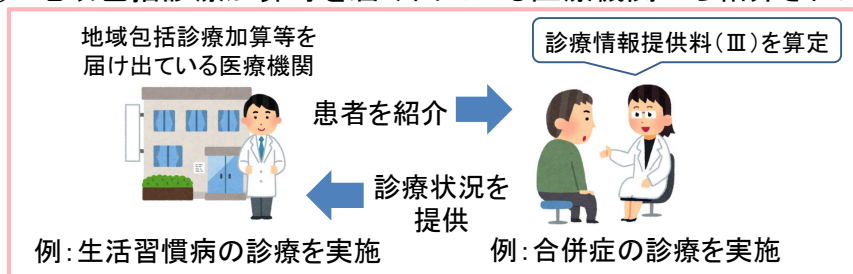
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

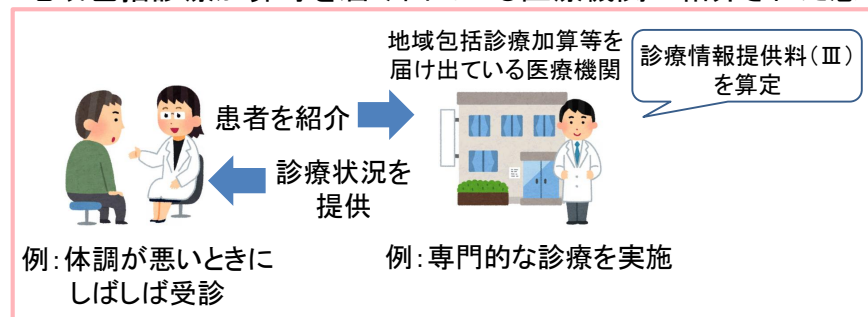
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

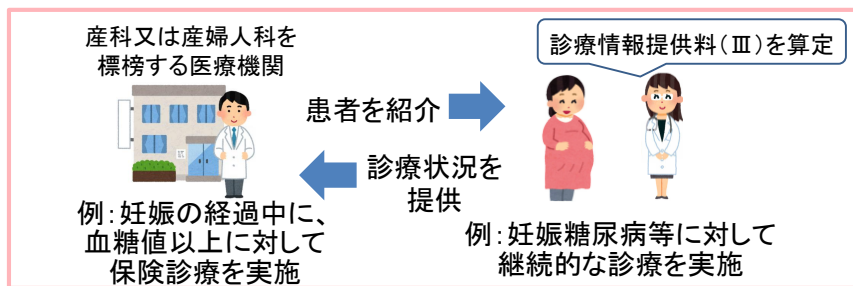
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、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(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは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。)を指す。

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料(I)の見直し

- 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

【診療情報提供料(I)】

(新設)

保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

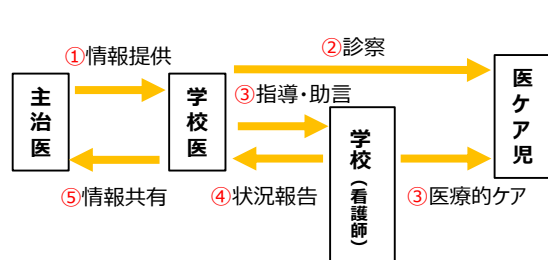
[算定要件]

- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

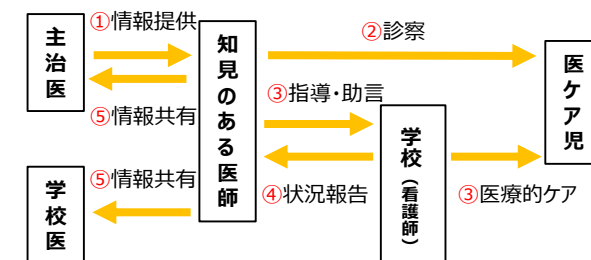


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)より抜粋

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医療的ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医療的ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

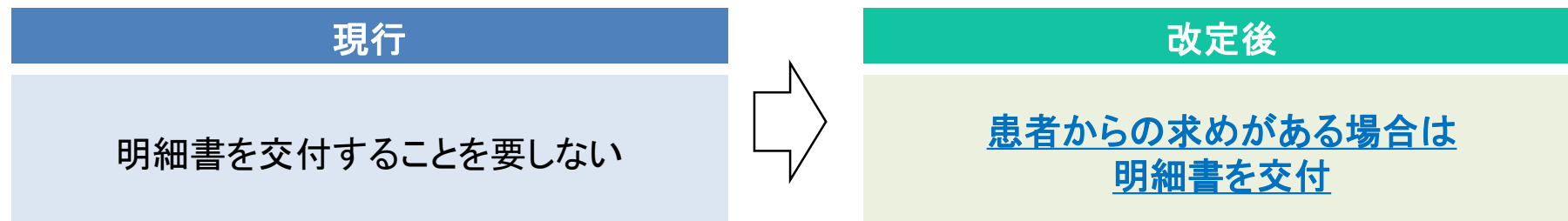
明細書発行の推進

明細書交付対象範囲の拡大

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある診療所の場合は、明細書を交付することを要しない取扱いとなっている。
- このため、患者から見てわかりやすい医療を実現する観点から、以下の対応を行う。

- ① 自己負担のない患者について、正当な理由がある場合であっても、患者からの求めがある場合は、明細書交付を義務化。

《正当な理由がある場合の取扱い》



- ② ただし、自己負担のない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機について、改修を必要とする診療所の対応が完了する期間を考慮し、施行については令和4年4月1日とする。

【※正当な理由(自己負担のない患者)】

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



現行

【摂食機能療法】

| | |
|----------------------------|------|
| 経口摂取回復促進加算1 | 185点 |
| 経口摂取回復促進加算2 | 20点 |
| (治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算) | |

[算定対象]

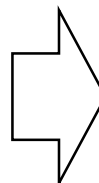
- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上



改定後

【摂食機能療法】

| | |
|-------------------|-------------|
| 摂食嚥下支援加算 | 200点 |
| (週1回に限り摂食機能療法に加算) | |

[算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者**

[算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、**摂食嚥下支援計画書を作成**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

[施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置** *の職種は、カンファレンスの参加が必須

- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
- 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
- 専任の常勤言語聴覚士 *
- 専任の常勤薬剤師 *
- 専任の常勤管理栄養士 *
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**



個別栄養食事管理加算の見直し

個別栄養食事管理加算の見直し

- 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者に**後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を追加**する。

現行

【個別栄養食事管理加算
(緩和ケア診療加算の注加算)】

[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、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

イ (略)

ロ 当該体制において、悪性腫瘍患者の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

[対象患者]

悪性腫瘍

改定後

【個別栄養食事管理加算
(緩和ケア診療加算の注加算)】

[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、**緩和ケアを要する患者**に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

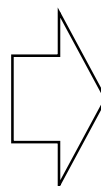
[施設基準]

イ (略)

ロ 当該体制において、**緩和ケアを要する患者**に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

[対象患者]

悪性腫瘍、**後天性免疫不全症候群、末期心不全**



治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

➤ 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。



④ 当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行う
 患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。

③・⑤ 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。



| 現行 | |
|--------------|--------|
| 療養・就労両立支援指導料 | 1,000点 |
| 相談体制充実加算 | 500点 |



| 改定後 | |
|---------------------|------|
| 療養・就労両立支援指導料(3月に限る) | |
| 1 初回 | 800点 |
| 2 2回目以降 | 400点 |
| 相談支援加算 | 50点 |

治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
 - ◆ 対象となる疾患に**脳血管疾患、肝疾患、指定難病**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**総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び労働者の健康管理等を行う保健師**を追加

相談支援加算の創設

- 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の評価を新設する。

療養・就労両立支援指導料
(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

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。

[相談支援加算の施設基準]

専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。



外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

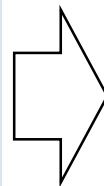
- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) **対面で行った場合** **200点**
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、**外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合**に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

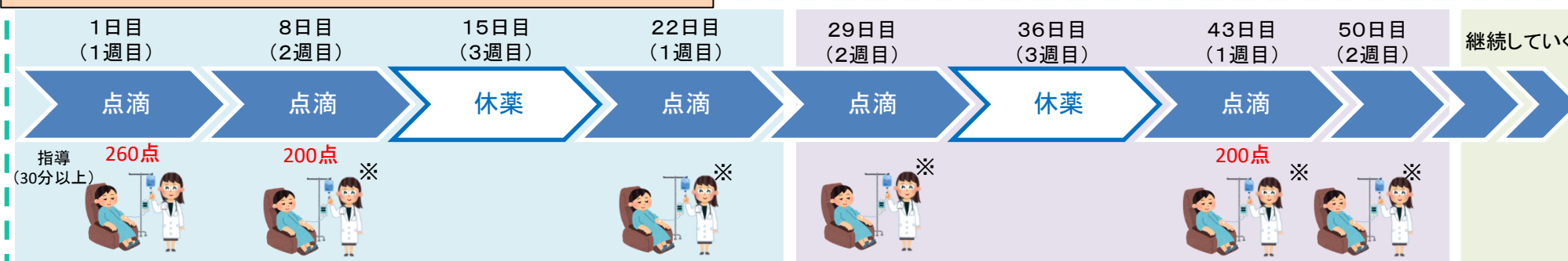
[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、**専任の常勤管理栄養士が1人以上配置**されていること。
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※:指導(時間要件なし)

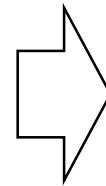


発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

| 現行 | |
|------------------|------|
| 【小児特定疾患カウンセリング料】 | |
| イ 月の1回目 | 500点 |
| ロ 月の2回目 | 400点 |



| 改定後 | |
|---------------------|------|
| 【小児特定疾患カウンセリング料】 | |
| イ <u>医師による場合</u> | |
| (1) 月の1回目 | 500点 |
| (2) 月の2回目 | 400点 |
| ロ <u>公認心理師による場合</u> | 200点 |

[公認心理師による場合の算定要件]

- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
- (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20分以上行った場合に算定できる。
- (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。



- 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。

抗菌薬適正使用
支援チーム



感染防止対策加算1

入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング
(**広域抗菌薬の種類を拡充**)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等



(新)外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への**経口抗菌薬の処方状況**を把握(年1回報告)
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「**抗微生物薬適正使用の手引き**」を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新)その他の要件

- ✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンスの場を通じて**他の医療機関に周知**。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。
(※小児かかりつけ診療料についても同様)

情報通信機器を用いた診療の活用の推進

オンライン診療料の要件の見直し

実施方法

- 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。



対象疾患

- 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する。

在宅診療

- 複数の医師が**チームで診療**を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 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。



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

- ▶ オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行

オンライン診療料

[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

改定後

オンライン診療料

[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(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。)。

現行のイメージ

(初診から最短でオンライン診療を開始する場合)

○: 対面診療(再診) ●: オンライン診療

| 1月目 | 2月目 | 3月目 | 4月目 | 5月目 | 6月目 | 7月目 | 8月目 | 9月目 | 10月目 | 11月目 | 12月目 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| 初診 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | ● | ○ | ● | ● |

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



改定後のイメージ

| 1月目 | 2月目 | 3月目 | 4月目 | 5月目 | 6月目 | 7月目 | 8月目 | 9月目 | 10月目 | 11月目 | 12月目 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| 初診 | ○ | ○ | ○ | ● | ● | ○ | ● | ● | ○ | ● | ● |

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

緊急時の対応に係る要件の見直し

- 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。

現行

オンライン診療料

[算定要件]

- (4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画(対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。)を作成する。また、当該計画の中には患者の急変時における対応等も記載する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 (2) オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有している(ただし、B001の「5」小児科療養指導料、B001の「6」てんかん指導料又はB001の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く)。



改定後

オンライン診療料

[算定要件]

- (4) オンライン診療は、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、患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画(対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。)を作成した上で実施すること。
 (5) 患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該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医療機関で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、当該計画の中に記載しておくこととして差し支えない。

[施設基準]

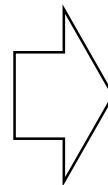
(削除)

原則は当該医療機関が対応



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

計画書



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

対象疾患の見直し

- 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す。

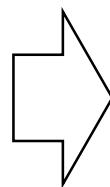
現行

オンライン診療料

[対象患者]

以下の管理料等(オンライン診療料対象管理料等)の算定対象となる患者

| | |
|--------------|--------------|
| 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 |



改定後

オンライン診療料

[対象患者]

ア オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者(変更なし)

イ 区分番号「C101」に掲げる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

ウ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者

※ ア～ウについて初めて算定又は診療した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者(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)。

※ 慢性頭痛患者の診療は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を受けた医師が行う必要がある。



慢性頭痛患者
(定期的な通院が必要)



対面診療を行う
CT・MRI等の検査で、
危険な頭痛を除外



対面診療と
組み合わせて
オンライン
診療を活用

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用①

医師の急病時等における活用

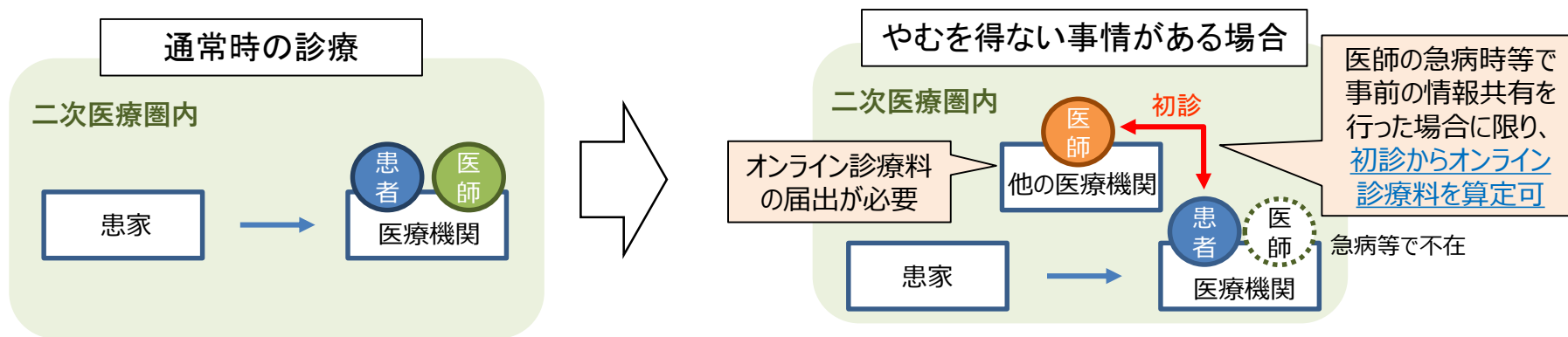
- へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

A003 オンライン診療料

(新) 注3 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物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。

※やむを得ない事情

医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、オンライン診療料を算定できる。



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用②

医師の所在に係る要件の見直し

- へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、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、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。

現行

オンライン診療料
[算定要件]

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

改定後

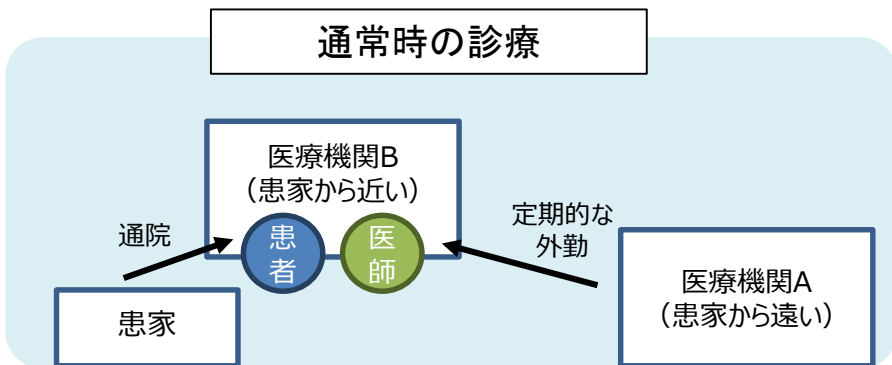
オンライン診療料

[算定要件]

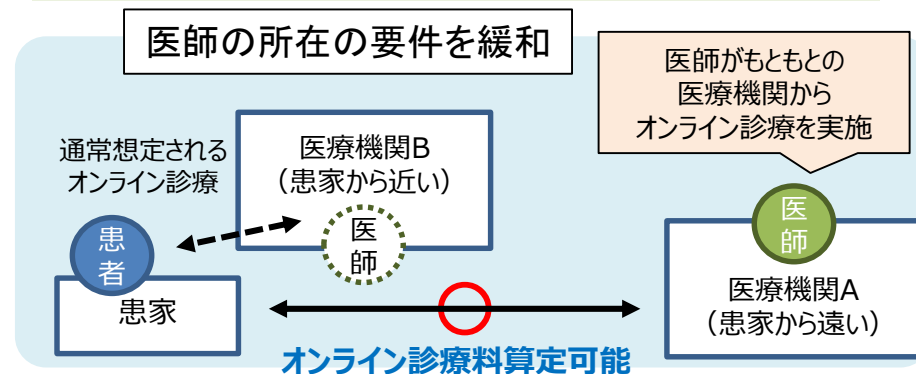
(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

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。

通常時の診療



医師の所在の要件を緩和



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

オンライン在宅管理料等の見直し

➤ オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について以下の見直しを行う。

- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。
- オンライン在宅管理料について、**月2回以上の訪問診療を行った場合**についても算定可能となるよう見直す。また、**複数の医師がチームで診療**を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数
(例:機能強化型以外の在支診・在支病の場合)

| | | 月2回以上訪問 | | 月1回訪問 |
|--------------|-------|---------|--------|--------|
| | | 重症患者 | 重症患者以外 | |
| 単一建物 診療患者 | 1人 | 4,600点 | 3,700点 | 2,300点 |
| | 2~9人 | 3,780点 | 2,000点 | 1,280点 |
| | 10人以上 | 2,400点 | 1,000点 | 680点 |

オンライン在宅管理料
の対象となる範囲

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

【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。



チームで診療を行う場合

現行

オンライン在宅管理料
[算定要件]
カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

改定後

オンライン在宅管理料
[算定要件]
カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。**ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。**

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 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、事前の十分な情報共有の上で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。

(新) 遠隔連携診療料 500点

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。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 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、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。
- ・ 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。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意



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)



情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

在宅酸素療法における記録項目の見直し

- 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、疾患ガイドラインにおける推奨事項を踏まえ、モニタリングを行う項目の一部を見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現行

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略)情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



改定後

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略)情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、**機器の使用時間及び酸素流量**等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

在宅持続陽圧呼吸療法における指導方法の見直し

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、エビデンスを踏まえ、モニタリングの結果必ずしも指導を行わなかった場合も算定できるよう見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現行

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略)情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



改定後

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略)情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合**又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合**に、2月を限度として来院時に算定することができる。



緩和ケア診療加算等の見直し

緩和ケア診療加算等の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
 1. 緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現行

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

緩和ケアチームの医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等

改定後

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

緩和ケアチームの医師は、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース

※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

外来緩和ケア管理料の見直し

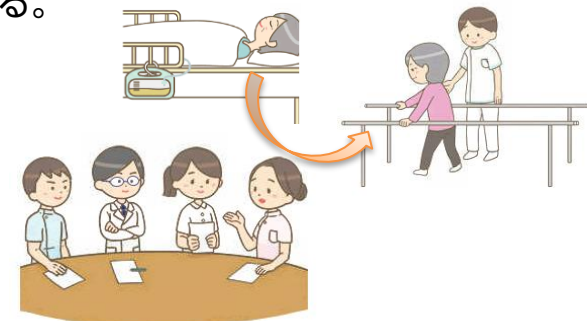
- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料の対象に末期心不全の患者を加えるとともに、当該患者を対象とする場合の要件を、緩和ケア診療加算等と同様に見直す。

排尿自立指導料の見直し

入院における排尿自立指導の見直し

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

(新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)



- <新たに算定可能となる入院料>
- ・ 地域包括ケア病棟入院料
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ・ 精神科救急入院料
 - ・ 精神療養病棟入院料 等

[算定要件]

入院中の患者であって、**尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者**又は**尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの**に対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、**週1回に限り12週**を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、**排尿ケアに関するマニュアルを作成し**、当該医療機関内に配布するとともに、**院内研修を実施**すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

外来における排尿自立指導の評価

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「**外来排尿自立指導料**」に見直す。

現行

排尿自立指導料 200点

[算定要件]

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。



改定後

外来排尿自立指導料 200点

[算定要件]

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、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、**排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する**。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

外来医療の機能分化の推進

紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大

- 外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担について、
 - (1) 紹介状なしで受診した患者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拡大する。
 - (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
- ※(2)については、(1)以外の病院であって、特別の料金を徴収する医療機関も対象とする。

現行(対象病院)

特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)

[経過措置]

自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

紹介率等の低い病院に対する初診料等減算の対象範囲の拡大

- 紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象範囲を拡大する。

[算定要件](初診料)

特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの(紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満)において、別に厚生労働大臣が定める患者(他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。))に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。(外来診療料についても同様)

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

- 器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点(3月に1回)



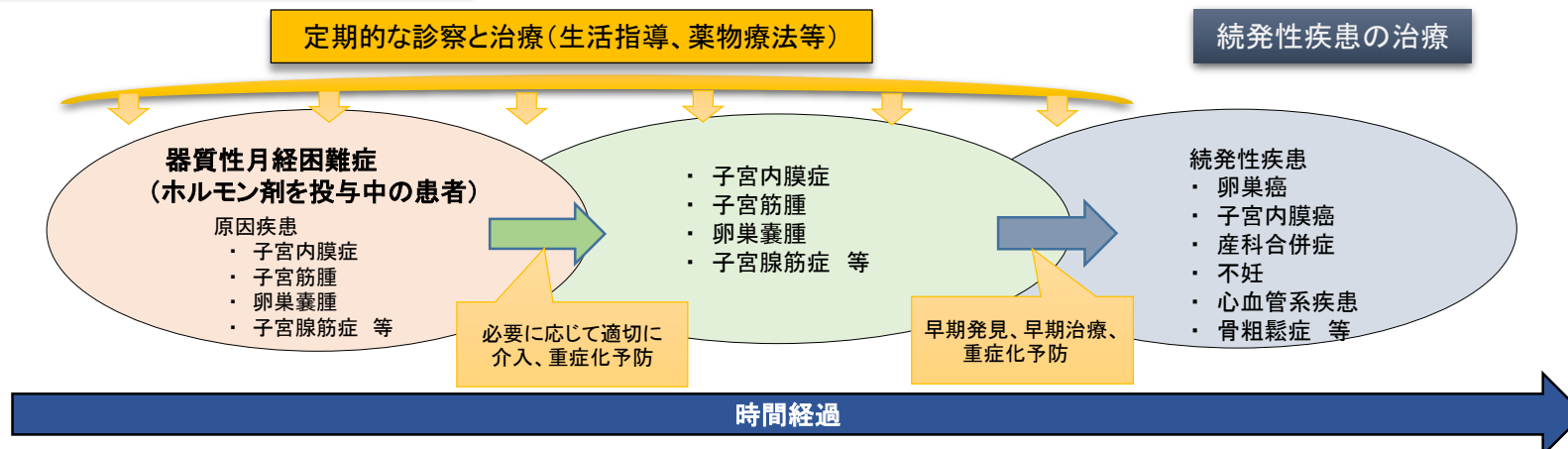
[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、**器質性月経困難症の患者**であって、**ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)**を投与している患者に対して、**婦人科又は産婦人科を担当する医師**が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**3月に1回**に限り算定すること。
- (2) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (3) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されている**ガイドライン**を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に**婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師**が1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な**研修**を修了していること。

定期的な医学管理のイメージ



栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- ▶ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

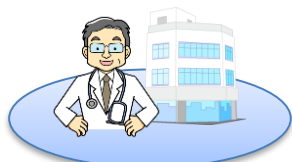
現行

【外来栄養食事指導料】

| | |
|---------|------|
| イ 初回 | 260点 |
| ロ 2回目以降 | 200点 |

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

| | |
|---------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 530点 |
| 2 単一建物診療患者が2人～9人の場合 | 480点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 440点 |



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション
他の医療機関

改定後

【外来栄養食事指導料】

| | | |
|---------------------|------------------|-------------|
| イ <u>外来栄養食事指導料1</u> | (1) 初回 | 260点 |
| | (2) 2回目以降 | 200点 |
| ロ <u>外来栄養食事指導料2</u> | (1) <u>初回</u> | <u>250点</u> |
| | (2) <u>2回目以降</u> | <u>190点</u> |

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

| | | |
|----------------------------|-------------|--|
| 1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u> | | |
| イ 単一建物診療患者が1人の場合 | 530点 | |
| ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合 | 480点 | |
| ハイ及びロ以外の場合 | 440点 | |
| 2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u> | | |
| イ <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | <u>510点</u> | |
| ロ <u>単一建物診療患者が2人～9人の場合</u> | <u>460点</u> | |
| ハイ及びロ以外の場合 | <u>420点</u> | |

【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】

診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。