

令和8年度診療報酬改定

## 7. 外来医療の機能分化・強化等



# 医療DX・オンライン診療に係る全体像



- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。
- オンライン診療について、各種形態のオンライン診療を適正に推進する観点から、情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し、D to P with Nによるオンラインの評価の明確化、遠隔連携診療料の評価の拡大、情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・見直しを行う。

## 医療DXに係る評価

- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

### (新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3 15点/9点/4点

再診時 2点

入院時 1/2 160点/80点



### (新) 電子的歯科診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2 9点/4点

再診時 2点

### (新) 電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

- 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックや救急時医療情報閲覧機能の利活用の推進

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点



## オンライン診療に係る評価

- 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- チェックリストのウェブサイトへの掲示
- 医療広告安全ガイドラインの遵守

- D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

### (新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき)

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等 2,650円

### (新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上 100点/150点

### (新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

- 遠隔連携診療料の評価の拡大 (D to P with D)

遠隔連携診療料

外来診療/訪問診療/入院診療 900点/900点/900点

- 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・明確化

(新設) 在宅療養指導料、プログラム医療機器等指導管理料

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

(明確化) 外来栄養食事指導料

# 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



### 現行

#### 【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

#### 【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点
調剤時（12月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！  
マイナ保険証



### 改定後

#### 【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

#### 再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

#### 【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

#### 【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) **診療報酬明細書を患者に無償で交付**していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、**オンライン資格確認等システム**を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) **マイナ保険証利用率**が、**30%以上**であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) **電子処方箋**を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす**電子カルテを有していること**。
  - ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
  - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
  - ア 国等が提供する**電子カルテ情報共有サービス**により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
  - イ **地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク**であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
    - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
    - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
    - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
  - ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。
    - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
    - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ(8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算の評価を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

#### 現行

- 【診療録管理体制加算1】 140点
- 【診療録管理体制加算2】 100点
- ・区分の見直し（診療録管理体制加算2→1）
- ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。
- 【診療録管理体制加算3】 30点
- ・区分の見直し（診療録管理体制加算3→2）



#### 改定後

- (削除)
- 【診療録管理体制加算1】 100点
- (削除)
- 【診療録管理体制加算2】 30点

### 入院基本料等加算

**(新) 電子的診療情報連携体制整備加算1**

**160点 (入院初日)**

**(新) 電子的診療情報連携体制整備加算2**

**80点 (入院初日)**

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 明細書を患者に無償で交付していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (6) マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
- (9) **「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。**また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
- (10) 専任の医療情報システム安全管理責任者は、**情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい。**
- (11) 非常時に備えた医療情報システムの**バックアップを複数の方式で確保**し、その一部はネットワークから切り離れた**オフラインで保管**していること。
- (12) 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての**業務継続計画（BCP）を策定**し、少なくとも**年1回程度、定期的に訓練・演習を実施**すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。



# 電子処方箋の活用の推進

## 遠隔電子処方箋活用加算の新設

- オンライン診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方薬を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

### (新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点

#### [算定要件]

- 情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウを満たした場合に月に1回に限り算定できる。
  - ア 電子処方箋管理サービスを用いて最新の薬剤情報を確認し、処方情報の登録時に重複投薬等チェック機能を活用すること。
  - イ 患者に対し、調剤を行う保険薬局を事前に確認し、当該保険薬局が電子処方箋に対応する体制があることを確認すること。
  - ウ 電子処方箋（引換番号が印字された紙の処方箋を除く。）を発行すること。

#### [施設基準]

- (1) 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
- (2) 院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること。
- (3) 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。



## 救急時医療情報取得加算の新設（再掲）

- 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、**救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを活用し、当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設**する。

### (新) 救急時医療情報取得加算 50点

#### [算定要件]

救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者（JCSⅡ-10以上若しくはGCS12点以下の患者又は無動症の患者）に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを用いて、最新の診療情報を取得した場合に、月1回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。
  - ア 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
  - イ 院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること
  - ウ 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること
- 救急時医療情報閲覧機能を有していること。



# オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

## 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- ▶ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加するとともに、向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

### 現行

#### 【情報通信機器を用いた診療】

##### [施設基準]

- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
  - (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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。
    - ア～ウ (略)
    - エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。
      - (新設)
      - (新設)
      - (新設)



### 改定後

#### 【情報通信機器を用いた診療】

##### [施設基準]

- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
  - (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ものとして、以下のア～カを満たすこと。
    - ア～ウ (略)
    - エ 以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。
      - (イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと
      - (ロ) 当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト
    - オ 医療広告ガイドラインを遵守していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
    - カ 向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いること。ただし、電子処方箋を導入していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

# D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像 (イメージ)

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問 (訪問看護)

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護の費用** (在宅患者訪問看護・指導料等)

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** (在宅患者訪問看護・指導料は算定不可)

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療

【訪看STで算定】

- ・ **指定訪問看護の費用** (訪問看護療養費)

<医療保険の訪問看護対象者>

- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】

<医療保険の訪問看護対象者以外の場合>

- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

検査：[看護師等遠隔診療検査実施料](#) (第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料) [第1節検体検査料は別途算定可](#)

注射：[看護師等遠隔診療注射実施料](#)

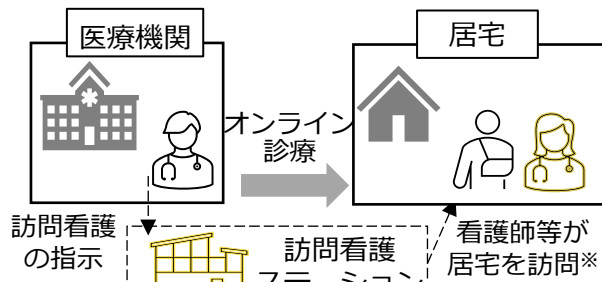
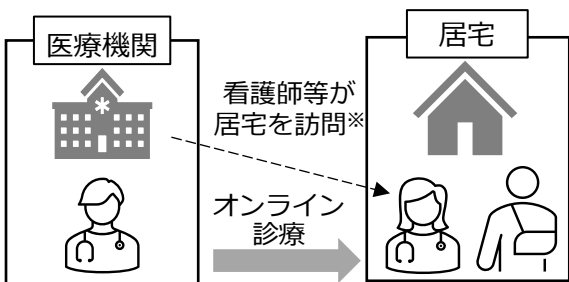
処置：[看護師等遠隔診療処置実施料](#)

**薬剤料、特定保険医療材料料は別途算定可**

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合

(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係



状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問 (訪問看護)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合</li> <li>✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合</li> </ul>
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合</li> </ul>

# D to P with N のオンライン診療の評価の明確化①

## 訪問看護遠隔診療補助料の新設

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、訪問看護を同時に実施しない場合であって、看護師等が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

### (新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 265点

#### [留意事項通知 (主なもの)]

- 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合に、月に1回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者(給付調整告示等により規定する場合を除く。)については、算定しない。
- 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうちア又はイの場合における看護師等による訪問を評価するものである。
  - ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合
  - イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合
- 当該点数を算定する場合、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C007」訪問看護指示料、「I012」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。
- 注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。
  - ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書の交付は不要。
  - イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。
  - ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
  - エ 第3部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う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]

- 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。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化②

### 訪問看護遠隔診療補助料の新設②

- 訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外で、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、診療の補助を行うことに係る評価を新設する。

### (新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 2,650円

#### [留意事項通知 (主なもの)]

- 主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
- 訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。
- 同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料は算定できない。
- 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
- 主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、居宅を訪問し診療の補助を行った場合に算定するものであり、訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。
- 居宅を訪問し診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。
- 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。
- オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- 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保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化③

### 算定方法の明確化

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

#### 現行

【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】  
[算定要件（通知）]  
（新設）

#### 改定後

【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】  
[算定要件（通知）]  
(36) 訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。



#### (新) 看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合

100点

ロ 2種類の場合

150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第3節又は第4節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、いずれかを算定する。

#### (新) 看護師等遠隔診療注射実施料

100点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて1日につき、算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。

#### (新) 看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合

100点

ロ 2種類の場合

150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。

## 遠隔連携診療料の評価の拡大①

### 遠隔連携診療料の見直し①

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

#### 現行

##### 【遠隔連携診療料】

- |              |      |
|--------------|------|
| 1 診断を目的とする場合 | 750点 |
| 2 その他の場合     | 500点 |

注1 1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、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、患者の同意を得て、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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

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、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、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、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、3月に1回に限り算定する。



#### 改定後

##### 【遠隔連携診療料】

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| 1 <b>外来診療の場合</b> | <b>900点</b> |
| 2 <b>訪問診療の場合</b> | <b>900点</b> |
| 3 <b>入院診療の場合</b> | <b>900点</b> |

注1 1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、**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、**診断又は治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるもの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、**3月に1回**に限り算定する。

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、**在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者**のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者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、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、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、**3月に1回**に限り算定する。

3 3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、**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、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者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、当該患者の入院中に、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、**3月に1回**に限り算定する。

## 遠隔連携診療料の評価の拡大②

### 遠隔連携診療料の見直し②

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

	対象患者	遠隔診療を行う保険医療機関
外来診療 の場合	・ 指定難病の患者※ <sup>1</sup>	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ てんかんの患者※ <sup>1</sup> ※ <sup>2</sup>	てんかん診療拠点機関
	・ 希少がんの患者※ <sup>1</sup>	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者※ <sup>1</sup>	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る） ・ 膠原病の患者（治療中のものに限る） ・ 慢性維持透析の患者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
訪問診療 の場合	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 外来緩和ケア管理料の対象患者	外来緩和ケア管理料を届け出た保険医療機関
入院診療 の場合	・ 指定難病の患者	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ 希少がんの患者	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者	
	・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※<sup>1</sup> 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※<sup>2</sup> 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

# 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

## 情報通信機器又は電話による追加的な指導の評価

- 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。

### 現行

#### 【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
  - イ 外来栄養食事指導料 1
    - (1) 初回 (略)
    - (2) 2回目以降
      - ① 対面で行った場合 200点
      - ② 情報通信機器等を用いた場合 180点  
(新設)
  - ロ 外来栄養食事指導料 2
    - (1) 初回 (略)
    - (2) 2回目以降
      - ① 対面で行った場合 190点
      - ② 情報通信機器等を用いた場合 170点  
(新設)



### 改定後

#### 【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
  - イ 外来栄養食事指導料 1
    - (1) 初回 (略)
    - (2) 2回目以降
      - ① 対面で行った場合 200点
      - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 180点
      - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点
  - ロ 外来栄養食事指導料 2
    - (1) 初回 (略)
    - (2) 2回目以降
      - ① 対面で行った場合 190点
      - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 170点
      - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点

#### [算定要件]

管理栄養士が(1)の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、**2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる**。なお、**指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能**である。

- 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

# 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設

## 情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

- ▶ 不随意運動症に対する脳深部刺激療法におけるオンライン診療の有用性や、「脳深部刺激療法における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料について、新たな評価を行う。

### 現行

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】  
[算定要件]  
(新設)

[施設基準]  
(新設)



### 改定後

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】  
[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、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて705点を算定する。

[施設基準]  
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

- ▶ プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）に情報通信機器を用いた場合の規定があることを踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設ける。

### 現行

【プログラム医療機器等指導管理料】  
[算定要件]  
(新設)

[施設基準]  
(新設)



### 改定後

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】  
[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、プログラム医療機器等指導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、所定点数に代えて、78点を算定する。

[施設基準]  
プログラム医療機器等指導管理料の注3の施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

# 情報通信機器を用いた療養指導の見直し

## 在宅療養指導料の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

### 現行

【在宅療養指導料】  
13 在宅療養指導料 170点

#### 【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。

2 (略)

### 改定後

【在宅療養指導料】  
13 在宅療養指導料  
イ 初回  
対面で行った場合 170点  
□ 2回目以降  
(1) 対面で行った場合 170点  
(2) 情報通信機器を用いた場合 148点



#### 【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者（**□の(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、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料のうちC101在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。**）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、□については月1回（**イを算定する月にあつては、イと□を合算して月2回**）に限り算定する。

2 (略)



### 算定の例

初回 療養指導 (対面)      療養指導 (情報通信機器)      療養指導 (情報通信機器)      療養指導 (対面)      療養指導 (情報通信機器)      療養指導 (情報通信機器)      ...

2週

2週

4週

4週

4週

...

170点

148点

148点

170点

148点

148点



※慢性心不全の患者は退院後1ヶ月以内が対象

※計画を作成  
※概ね3回に1回は  
対面による指導