

## 遠 隔 医 療

－第2回近來技術実証特区検討会資料－

平成27年2月9日

特定非営利活動法人 日本遠隔医療協会

理事長 酒巻 哲夫

在宅の患者に対して遠隔地にいる医師が診療を行うケース（遠隔診療）について、現状と法制度の中での扱いについて説明する。

### 1) 遠隔医療の実際（DVD 上映）

DVDにて、遠隔診療の実際の場面（岡山県新見市）を紹介する。

### 2) 医師法上の遠隔医療の扱い

医師法には第20条に「**無診察診療の禁止**」がうたわれているが、TV電話などを用いた「**遠隔診療**」について、「**医師法に抵触するものではない**」と厚生労働省が**解釈通知**を発しており、DVDで紹介した診療形態が実際に可能になっている。（資料①、②）

### 3) 診療報酬制度の概要

医療においては対価としての報酬は診療報酬制度によって緻密に規定されており、診療（外来）は「初診」「再診」「往診」「訪問診療」「電話等再診」の何れかの事実該当することが原則である。上記5つの事実を基盤に、処方・注射・検査・指導などの行為が重ねられるとき、その費用が積算される（出来高制の診療報酬制度）。

TV電話による遠隔診療は、「電話等再診」（一回700円弱）の範疇にあたる。（資料③）

### 4) 「電話等再診」の限界

「電話等再診」では、実際に療養指導などが行われたとしても、それを指導料などとして積算できないという制限がある。従って、TV電話で患者の状態を詳しく知り適切な指導が行われたとしても、それに見合う報酬を請求することはできない。（資料④-1、資料④-2、資料⑤）

### 5) 「往診」「訪問診療」の距離の制約

往診には16Km以内という原則があるので、あまりに遠方の患者に対して「電話等再診」（TV電話による）を請求することも難しい。（資料④-3）

### 6) 遠隔診療の実証研究結果

このような現状の中でも、幾つかの主に過疎地においてはやむに止まれぬ事情として、実際にTV電話による遠隔診療を行っている医療機関が相当数あるので、その患者さん達のカルテを調査したところ、TV電話による診療が訪問診療に劣るとの結果は得られなかった（同等と言ってもよい）。（資料⑦）

### 7) 遠隔診療の患者ニーズ調査

TV電話による遠隔診療を受けたことの無い患者たちにアンケート調査を行ったが、約半数が受けても良いとの回答を得た。潜在的ニーズは相当数あると見える。

（資料⑦）

8) 遠隔医療の重要なニーズ

難病患者においては、専門医の数は少なく、最良の医療を受ける機会に乏しい。ICTの技術的な面はクリアされている現代においては、新たな仕組み作りが必要ではないか。(資料⑧)

以上

【遠隔医療の重要ニーズのイメージ】



# 遠隔医療

## 酒巻 哲夫

- ・群馬大学名誉教授
- ・高崎市医師会看護専門学校副校長
- ・特定非営利活動法人 日本遠隔医療協会 理事長
- ・一般社団法人 日本遠隔医療学会 副会長
- ・平成25～26年度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）  
「遠隔医療の更なる普及・拡大方策の研究」H25-医療-指定-009） 研究代表者

## 資料

資料① 医師法（20条、原文）	1
資料② 遠隔診療に関する医師法20条解釈（厚生労働省医政局通知）	3
資料③ 診療報酬の基本	4
資料④－1 診療報酬、再診料	7
資料④－2 電話等再診とテレビ電話診療	11
資料④－3 往診、訪問診療の16km制限	16
資料⑤ 電話等再診が認められない特定診療向け加算	19
資料⑥ レセ電算コード（遠隔医療向けコードの有無）	30
資料⑦ 遠隔診療の安全性の検討 （平成23年3月31日発行の医政局通知のために、収集した臨床研究情報）	31
資料⑧ 新たな遠隔医療のモデル	37

## 資料① 医師法 (20条、原文)

(昭和二十三年七月三十日法律第二百一号)

最終改正：平成二六年六月一三日法律第六九号

(最終改正までの未施行法令)

平成二十六年六月十三日法律第六十九号 (未施行)

### 第一章 総則

第一条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

### 第二章 免許

第二条 医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

第三条 未成年者、成年被後見人又は被保佐人には、免許を与えない。

第四条 次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

一 心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

二 麻薬、大麻又はあへんの中毒者

三 罰金以上の刑に処せられた者

四 前号に該当する者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正の行為のあつた者

第五条 厚生労働省に医籍を備え、登録年月日、第七条第一項又は第二項の規定による処分に関する事項その他の医師免許に関する事項を登録する。

第六条 免許は、医師国家試験に合格した者の申請により、医籍に登録することによつて行ふ。

2 厚生労働大臣は、免許を与えたときは、医師免許証を交付する。

3 医師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所（医業に従事する者については、更にその場所）その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。

第六条の二 厚生労働大臣は、医師免許を申請した者について、第四条第一号に掲げる者に該当すると認め、同条の規定により免許を与えないこととするときは、あらかじめ、当該申請者にその旨を通知し、その求めがあつたときは、厚生労働大臣の指定する職員にその意見を聴取させなければならない。

## (中略)

### 第四章 業務

第十七条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

第十八条 医師でなければ、医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。

第十九条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会つた医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があつた場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

第二十条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

第二十一条 医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたとときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

第二十二条 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認められた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。

一 暗示的効果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合

二 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合

三 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合

四 診断又は治療方法の決定していない場合

五 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合

六 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合

七 覚せい剤を投与する場合

八 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において薬剤を投与する場合

第二十三条 医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

## (以下 略)

<改正後全文>

健政発第 1075 号

平成 9 年 12 月 24 日

一部改正 平成 15 年 3 月 31 日

一部改正 平成 23 年 3 月 31 日

各都道府県知事 殿

厚生省健康政策局長

情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について

近年、情報通信機器の開発・普及に伴い、情報通信機器を応用し診療の支援に用いる、いわゆる遠隔診療（以下、単に「遠隔診療」という。）の可能性が高まりつつある。

これまでも遠隔診療は、医師又は歯科医師が患者の病理画像等を専門医のもとに伝送し、診療上の支援を受けるといった、医療機関と医師又は歯科医師相互間のものを中心に、既に一部で実用化されているところである。

これとともに、今後は、主治の医師又は歯科医師による直接の対面診療を受けることが困難な状況にある離島、へき地等における患者の居宅等との間で、テレビ画像等を通して診療を行う形態での遠隔診療が実用化されることが予想されるなど、遠隔診療の態様はますます多岐にわたるものと考えられる。

遠隔診療のうち、医療機関と医師又は歯科医師相互間で行われる遠隔診療については、医師又は歯科医師が患者と対面して診療を行うものであり、医師法第 20 条及び歯科医師法第 20 条（以下「医師法第 20 条等」という。）との関係の問題は生じないが、患者の居宅等との間で行われる遠隔診療については、医師法第 20 条等との関係が問題となる。

そこで、今般、遠隔診療についての基本的考え方を示すとともに、患者の居宅等との間の遠隔診療を行うに際して、医師法第 20 条等との関係から留意すべき事項を下記のとおり示すこととしたので、御了知の上、関係者に周知方を願います。

なお、過日、厚生科学研究費による遠隔医療に関する研究の報告が取りまとめられ、公表されたところであるので、参考までに送付する。

## 記

### 1 基本的考え方

診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、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。

医師法第20条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。したがって、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない。

なお、遠隔診療の適正な実施を期するためには、当面、左記「2」に掲げる事項に留意する必要がある。

### 2 留意事項

- (1) 初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。
- (2) 直接の対面診療を行うことができる場合や他の医療機関と連携することにより直接の対面診療を行うことができる場合には、これによること。
- (3) (1) 及び (2) にかかわらず、次に掲げる場合において、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の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。
  - ア 直接の対面診療を行うことが困難である場合（例えば、離島、へき地の患者の場合など往診又は来診に相当な長時間を要したり、危険を伴うなどの困難があり、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な者に対して行う場合）
  - イ 直近まで相当期間にわたって診療を継続してきた慢性期疾患の患者など病状が安定している患者に対し、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保した上で実施することによって患者の療養環境の向上が認めれる遠隔診療（例えば別表に掲げるもの）を実施する場合
- (4) 遠隔診療の開始に当たっては、患者及びその家族等に対して、十分な説明を行い、理解を得た上で行うこと。特に、情報通信機器の使用方法、特性等については丁寧な説明を行うこと。
- (5) 患者のテレビ画像を伝送する場合等においては、患者側のプライバシー保護には慎重な配慮を行うこと。特に、患者の映像の撮影、情報の保管方法については、患者側の意向を十分に斟酌すること。
- (6) 情報通信機器が故障した場合における対処方法について、あらかじめ患者側及び近隣の医師又は歯科医師と綿密に打ち合わせ、取り決めを交わし

ておくこと。

- (7) 診療録の記載等に関する医師法第24条及び歯科医師法第23条の規定の適用についても、直接の対面診療の場合と同様であること。
- (8) 遠隔診療においても、直接の対面診療と同様、診療の実施の責任は当然に診療を実施した医師又は歯科医師が負うものであること。
- (9) 遠隔診療を行うに当たり、医師又は歯科医師が患者又はその家族等に対して相応の指示や注意を行っているにもかかわらず、これらの者がその指示や注意に従わないため患者に被害が生じた場合には、その責任はこれらの者が負うべきものであることについて、事前に十分な説明を行うこと。

#### 別表

遠隔診療の対象	内容
在宅酸素療法を行っている患者	在宅酸素療法を行っている患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、在宅酸素療法に関する継続的助言・指導を行うこと。
在宅難病患者	在宅難病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、難病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅糖尿病患者	在宅糖尿病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血糖値等の観察を行い、糖尿病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅喘息患者	在宅喘息患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、呼吸機能等の観察を行い、喘息の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅高血圧患者	在宅高血圧患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍等の観察を行い、高血圧の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅アトピー性皮膚炎患者	在宅アトピー性皮膚炎患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、アトピー性皮膚炎等の観察を行い、アトピー性皮膚炎の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
褥瘡のある在宅療養患者	在宅療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、褥瘡等の観察を行い、褥瘡の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅がん患者	在宅がん患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、がんの療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。

### 資料③ 診療報酬の基本

- 初診
- 再診
- 訪問診療（計画に基づく）
- 往診（患者の求めに応じて）
- 電話再等再診（患者からの電話）

遠隔診療は、どこに  
位置付くか？

在宅など

対面診療

1回＝690円

電話再診につけられる加算等には大きな制限がある

第1章 基本診療料  
第1部 初・再診料

資料④-1 診療報酬、再診料 (抜粋)

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注3のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注2及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注3に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 初診料

区分

A000 初診料 270点

- 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）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において、別に厚生労働大臣が定める患者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、200点を算定する。
- 3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。ただし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点）を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に345点）を加算する。
- 6 小児科を標榜<sup>ほう</sup>する保険医療機関（注5のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点を加算する。

- 7 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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。

第2節 再診料

区分

A001 再診料

69点

- 注1 保険医療機関（許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上<sup>イ</sup>のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。
- 2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。
- 5 小児科を標榜<sup>ぼう</sup>する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。
- 6 区分番号A000に掲げる初診料の注7に規定する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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、所定点数に50点を加算する。ただし、注4のただし書又は注5に規定する場合にあつては、この限りでない。
- 7 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。
- 8 患者又はその看護に当たっている者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おいても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注7の外来管理加算は算定しない。
- 9 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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- イ 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 3点

ハ 時間外対応加算 3 1点

10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

A002 外来診療料

70点

注1 許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、52点を算定する。

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り34点（注2に規定する場合にあつては、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

4 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ 尿検査

区分番号D000からD002までに掲げるもの

ロ 糞便検査

区分番号D003に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA1c（HbA1c）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの

ニ 創傷処置

100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ホ 削除

ヘ 皮膚科軟膏処置

100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

リ 眼処置

ヌ 睫毛抜去

ル 耳処置

ヲ 耳管処置

ワ 鼻処置

カ 口腔、咽頭処置

コ 間接喉頭鏡下喉頭処置

タ ネブライザー

レ 超音波ネブライザー

ソ 介達牽引

ツ 消炎鎮痛等処置

5 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。

ただし、注6又は注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 6 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点）を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点）を加算する。
- 7 小児科を標榜<sup>ほう</sup>する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注6の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。

# 資料④－２ 電話等再診とテレビ電話診療 (抜粋)

出典：

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/5-2-3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/5-2-3.pdf)

保医発0305第1号

平成24年3月5日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

## 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等が公布され、平成24年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図らねたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）は、平成24年3月31日限り廃止する。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### <通則>

- 1 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の注3のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合並びに再診料の注2及び外来診療料の注3に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科については、この限りではない。

- 2 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- 3 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

- 4 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にある場合は、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

#### 第1節 初診料

##### A000 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、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場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医

中略 (4ページ削除)

(深夜及び休日を除く。)とし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降(土曜日  
の場合は、午前8時前と正午以降)から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間  
とする。

ウ 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注5」に係る休  
日、深夜の基準の例によるものとする。

エ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、  
「注5」の場合と同様である。

#### (19) 夜間・早朝等加算

ア 夜間・早朝等加算は、病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の  
身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯にお  
ける診療を評価するものである。

イ 表示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であ  
って、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間  
をいう。この場合において、患者が来院したとしても、診療を受けることのできない時  
間(定期的に学校医、産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や、地域活動  
や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。)は表示する診療  
時間に含まない。また、診療時間として表示している時間であっても、訪問診療に要す  
る時間以外に、常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は、表示する診療  
時間に含めない。

ウ 夜間・早朝等とは、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜  
(午後10時から午前6時までの間)及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該  
保険医療機関が表示する診療時間内の時間とする。

エ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、初診料に加えて夜間・早朝等加算  
を算定できる。

オ 夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算  
定するものであり、多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合(やむを得な  
い事情の場合を除く。)により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合  
は算定できない。

カ 診療所の夜間・早朝等の時間帯の診療を評価した夜間・早朝等加算は、主として、保  
険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療  
を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設  
けられている時間外加算、深夜加算、休日加算とは明確に区分されるものである。

キ 区分番号「D282-3」コンタクトレンズ検査料、区分番号「I010」精神科ナ  
イト・ケア、区分番号「J038」人工腎臓の注1に規定する加算又は区分番号「J0  
38-2」持続緩徐式血液濾過の注1に規定する加算を算定する場合においては、夜間  
・早朝等加算は算定しない。

## 第2節 再診料

### A001 再診料

(1) 再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度(同

一日において2以上の再診があってもその都度)算定できる。

- (2) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注2」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注3」から「注7」、「注9」及び「注10」に規定する加算は、算定できない。
- (3) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。
- (4) 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。
- (5) 外来管理加算

ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等(診療報酬点数のあるものに限る。)を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

[提供される診療内容の事例]

- 1 問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

- 2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

- 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ 診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

エ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する

保険医療機関において、外来患者が2以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、ウに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ 「注7」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

#### (6) 電話等による再診

ア 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。

イ 電話、テレビ画像等を通じた再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）については、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等を通じた指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等には、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付すること。

ウ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注3」の乳幼児加算を算定する。

エ 時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

#### (7) 時間外対応加算

以下略

## 第２部 在宅医療

## 通則

- 1 在宅医療の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前２号により算定した点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第１節又は第２節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第１節又は第２節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

## 第１節 在宅患者診療・指導料

## 区分

C 0 0 0 往診料 720点

注１ 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

## (1) 病床を有する場合

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| ① 緊急に行う往診       | 850点   |
| ② 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,700点 |
| ③ 深夜の往診         | 2,700点 |

## (2) 病床を有しない場合

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| ① 緊急に行う往診       | 750点   |
| ② 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,500点 |
| ③ 深夜の往診         | 2,500点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| (1) 緊急に行う往診       | 650点   |
| (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 | 1,300点 |
| (3) 深夜の往診         | 2,300点 |

ニ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| (1) 緊急に行う往診       | 325点   |
| (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 | 650点   |
| (3) 深夜の往診         | 1,300点 |

2 患者における診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。

3 患者において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。

4 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 往診に要した交通費は、患者の負担とする。

C001	在宅患者訪問診療料（1日につき）	
1	同一建物居住者以外の場合	830点
2	同一建物居住者の場合	
イ	特定施設等に入居する者の場合	400点
ロ	イ以外の場合	200点
注1	1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。	
2	2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、2のロについては、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（2のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。	
3	保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。	
4	3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に400点を加算する。	
5	患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。	
6	在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。	
イ	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	
(1)	病床を有する場合	6,000点
(2)	病床を有しない場合	5,000点
ロ	在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合	4,000点
ハ	イ及びロに掲げるもの以外の場合	3,000点
7	往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。	

- 8 患家において死亡診断を行った場合には、200点を加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。
- 9 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 10 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。
- 11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
  - イ 病床を有する場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点
    - (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点
  - ロ 病床を有しない場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
    - (2) 処方せんを交付しない場合 4,900点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
  - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点
  - ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点

注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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

- 2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
- 4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。
- 5 区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

C 0 0 2 - 2 特定施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
  - イ 病床を有する場合
    - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点



従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。

- (12) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成6年総務庁告示第75号）」（以下「分類表」という。）に規定する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっているとしても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の疾病名を用いることが望ましい。

## B001 特定疾患治療管理料

### 1 ウイルス疾患指導料

- (1) 肝炎ウイルス、HIVウイルス又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) HIVウイルスの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はHIVウイルスの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。

### 2 特定薬剤治療管理料

- (1) 特定薬剤治療管理料は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- ア 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
- イ てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの
- ウ 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの
- エ 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与しているもの
- オ 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの
- カ 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
- キ 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの
- ク 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免

(7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

● 4 小児特定疾患カウンセリング料 (B001-4) 月1回目 500点 2回目 400点

(1) 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(2) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

(4) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

(5) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(6) 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。

(7) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(8) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

● 5 小児科療養指導料 (B001-4) 月1回目 500点 2回目 400点

(1) 小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

(2) 小児科療養指導料の対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性

貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。

- (3) 小児科療養指導料は、当該疾病を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (4) 第1回目の小児科療養指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日又は退院の日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 指導内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 再診が電話等により行われた場合にあつては、小児科療養指導料は算定できない。

● 6 てんかん指導料 (B001-6) 250点

- (1) てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であつて入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目のてんかん指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
- (3) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 電話等によって指導が行われた場合は、てんかん指導料は算定できない。

● 7 難病外来指導管理料 (B001-7) 270点

- (1) 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目の難病外来指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
- (3) 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあつても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。
- (4) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (5) 電話等によって指導が行われた場合は、難病外来指導管理料は算定できない。

● 8 皮膚科特定疾患指導管理料 (B001-8) (I)250点 (II)100点

- (1) 皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。
- (2) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が1年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16歳以上の患者が罹患している場合に限る。）、尋常性白斑、円

形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

- (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (4) 第1回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)及び(II)は、同一暦月には算定できない。
- (6) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 電話等により行われた場合にあっては、皮膚科特定疾患指導管理料は算定できない。

#### 9 外来栄養食事指導料

- (1) 外来栄養食事指導料は、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特別食を医師が必要と認めた者等に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。
- (2) 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとするが、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量)についての具体的な指示を含まなければならない。
- (3) 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
- (4) 外来栄養食事指導料は初回の指導を行った月にあっては1月に2回を限度として、その他の月にあっては1月に1回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に2回指導を行った場合であって、初回と2回目の指導の間隔が30日以内の場合には、初回の指導を行った翌月に2回算定することができる。
- (5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食(塩分の総量が6g未満のものに限る。)及び小児食物アレルギー患者(食物アレルギー検査の結果(他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。)、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児に限る。)に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。
- (6) 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

#### 10 入院栄養食事指導料

- (1) 入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。

中略

算定することができる。

- (2) 区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

● 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (B001-18) 550点

- (1) 小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 第1回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日以降又は退院の日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (3) 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児悪性腫瘍患者指導管理料は算定できない。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料

- (1) 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
- ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往
- イ 閉塞性動脈硬化症
- ウ 糖尿病神経障害
- (2) 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、(1)の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。
- (3) 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- (4) 看護師に対して指示を行った医師は、診療録に看護師への指示事項を記載すること。
- (5) 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。
- (6) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

● 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 (B001-21) 150点

- (1) 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあつては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。
- (2) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15歳未満の患者であつて、発症から3か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の1年間において3回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。
- (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (4) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 電話等により行われた場合にあっては、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は算定できない。

## 22 がん性疼痛緩和指導管理料

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に従つて、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料の「1」は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。
- (3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

## 23 がん患者カウンセリング料

- (1) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (2) 当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。
- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

中略

る。

(2) 指導内容の要点を診療録に記載する。

#### 27 糖尿病透析予防指導管理料

(1) 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。

(2) 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、(1)の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

(3) 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

(4) 看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。

(5) 当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

(6) 同一月又は同一日においても、「注2」「注3」に規定するものを除き、第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

(7) 当該管理料を算定する場合は、別紙様式31に基づき、一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

#### ● B001-2 小児科外来診療料（処方箋交付・再診） 560点（その他）490点

(1) 小児科外来診療料は、地方厚生（支）局長に対し本診療料を算定する旨を届け出た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、3歳未満の全ての者を対象とする。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。なお、届出の様式等については別途通知する。

(2) 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

(3) 当該患者の診療に係る費用は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」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、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「C000」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。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。

- (4) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科外来診療料は算定できない。
- (5) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- (6) 同一月において、院外処方せんを交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方せんを交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (7) 常態として院外処方せん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。
- (8) 当該届出を行った保険医療機関において、3歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。
- (9) 3歳の誕生日が属する月において、3歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、3歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。
- (10) 当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した3歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。
- (11) 本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

● B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 (I) 450点 (II) 600点

- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料1については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料2については、保険医療機関が24時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ6歳未満の小児を診療した場合に算定する。
- (3) 地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した6歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (7) 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。
- (8) 入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。
- (9) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。
- (10) 地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

#### B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して区分番号「A000」初診料（「注3」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

#### ● B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200点

- (1) 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
- (3) 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

- (7) 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。
- (8) 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。
- (9) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。
- (10) 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

#### B001-2-5 院内トリアージ実施料

- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、B001-2-6「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

#### B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日に限る）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。
- (2) B001-2-5「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

#### B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- (1) 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。
- (2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を1週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は

以下 略

## 資料⑥ レセ電算コード（遠隔医療向けコードの有無）

診療行為コード	基本漢字名称	遠隔医療コード	現点数	診療報酬コード
112007950	電話等再診(200床以上の病院を除く)	○	69	A001 0
112015950	電話等再診(同一日2科目の場合)(200床以上の病院を除く)	○	34	A001 1
113001510	心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリングによる場合)	○	550	B001 12
113008070	重度喘息患者治療管理加算(1月目)	○	2525	B001 16
113008170	重度喘息患者治療管理加算(2月目以降6月目まで)	○	1975	B001 16
160059810	術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)	○	1990	N003 0
160081010	精密眼底検査(片側)	不足	56	D255
160081130	精密眼底検査(両側)	不足	112	D255
160081450	眼底カメラ撮影(通常の方法の場合)	不足	56	D256 1
160081550	眼底カメラ撮影(蛍光眼底法の場合)	不足	400	D256 2
160081610	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	不足	112	D257
160125950	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	不足	500	D212-2
160146550	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)後生体染色使用再検査	不足	48	D257
160171470	術中迅速病理組織標本作製(テレパソロジー)	○	1990	N003 1
160185110	術中迅速細胞診(テレパソロジー)	○	450	N003-2 1
160185310	細胞診断料(他医療機関作成の組織標本)	不足	200	N006 3
160199310	眼底カメラ撮影(自発蛍光撮影法の場合)	不足	510	D256 3
170015410	コンピューター断層診断	不足	450	E203
170019950	他医療機関撮影のコンピューター断層診断	不足	450	E203
170024910	遠隔画像診断管理加算1	○	70	E000
170025010	遠隔画像診断管理加算2	○	180	E000
170025810	遠隔画像診断管理加算1(写真診断)	○	70	E000
170025910	遠隔画像診断管理加算1(基本的エックス線診断)	○	70	E000
170026010	遠隔画像診断管理加算1(核医学診断)	○	70	E000
170026110	遠隔画像診断管理加算1(コンピューター断層診断)	○	70	E000
170026210	遠隔画像診断管理加算2(核医学診断)	○	180	E000
170026310	遠隔画像診断管理加算2(コンピューター断層診断)	○	180	E000
170033310	核医学診断(E101-2、E101-3に掲げる撮影の場合)	不足	450	E102 1

## 資料⑦ 遠隔診療の安全性の検討

(平成3年3月31日発行の医政局通知のために、収集した臨床研究情報)

### 1. 施設別患者数 (n=67)

4県7施設(病院・診療所)から合計67名の患者登録を行い、うち脳血管疾患は4施設38名、がんは4施設29名だった。その患者データを元に、遠隔診療の安全性を示唆する結果を得た。

	脳血管障害			がん		
	遠隔診療群	対照群	合計	遠隔診療群	対照群	合計
岡山県A	10	8	18	2	2	4
長野県B				1		1
岐阜県C				2	2	4
岡山県D				7	13	20
岡山県E	3	2	5			
長野県F	7		7			
山形県G	4	4	8			
総計	24	14	38	12	17	29

### 2 患者の年齢 (n=67)

		平均	標準偏差	最小	最大
脳血管疾患	遠隔診療群	83	9.6	60	98
	対照群	83	5.3	73	93
がん	遠隔診療群	83	5.3	74	93
	対照群	78	9.5	54	90

### 表3 患者の性別 (n=67)

男性38名(56.7%)、女性29名(43.3%)であった。

		遠隔診療群	対照群	合計
脳血管疾患	女性	8	7	15
	男性	16	7	23
がん	女性	4	10	14
	男性	8	7	15
合計		36	31	67

表4 患者の介護度 (n=48)

介護度2以上は脳血管疾患で30名中7名(23.3%)、がんで18名中17名(94.4%)であった。

		遠隔診療群	対照群	計
脳血管疾患	≤2	6	1	7
	>2	14	9	23
	計	20	10	30
がん	≤2	5	12	17
	>2	1	0	1
	計	6	12	18

表5 患者の日常生活自立度 (n=67)

脳血管疾患患者ではB2以上に多く、がん患者ではA2以下に多い。

		遠隔診療群	対照群	計
脳血管疾患	J1	1	0	1
	J2	0	0	0
	A1	3	0	3
	A2	2	3	5
	B1	1	1	2
	B2	3	5	8
	C1	4	1	5
	C2	8	4	12
	計	24	14	38
がん	J1	2	0	2
	J2	0	2	2
	A1	6	8	14
	A2	2	6	8
	B1	0	1	1
	B2	0	0	0
	C1	1	0	1
	C2	1	0	1
	計	12	17	29

表6 施設から患者宅までの距離 (km) (n=67)

		患者数	平均	標準偏差	最小	最大
脳血管疾患	遠隔診療群	13	6.8	7.2	1	20
	対照群	9	9.3	5.4	1	15
	計	22	7.8	6.5	1	20
がん	遠隔診療群	12	15	17	1	50
	対照群	17	4.9	3.9	0.5	16
	計	29	8.9	12	0.5	50

表 7 施設から患者宅までの時間 (分) (n=67)

		患者数	平均	標準偏差	最小	最大
脳血管疾患	遠隔診療群	15	18	12	5	40
	対照群	12	24	18	1	60
	計	27	21	15	1	60
がん	遠隔診療群	11	31	31	3	90
	対照群	15	13	8.8	5	40
	計	26	20	23	3	90

表 8 患者 1 人 1 ヶ月当たりの診療回数 (n=67)

計画的な訪問診療は平均 1.8 回、遠隔診療で平均 0.5 回。予定外の訪問診療は平均 0.3 回、遠隔診療はなかった。

	計画的診療				予定外診療					
	外来	訪問診療	訪問看護	遠隔診療	外来	訪問診療	訪問看護	遠隔診療	電話	入院
遠隔診療群	0.4	1.2	0.1	0.8	0	0.2	0	0	0.1	0
対照群	0.4	2.4	0.3	0	0.1	0.3	0	0	0	0
脳血管疾患	0.1	1.1	0	0.4	0	0.2	0	0	0.1	0
がん	1.2	3.5	0.6	0.8	0.2	0.5	0	0	0	0
全体	0.4	1.8	0.2	0.5	0.1	0.3	0	0	0.1	0

表 9 患者 1 人当たりの診療回数 (n=67)

	計画的診療				予定外診療					
	外来	訪問診療	訪問看護	遠隔診療	外来	訪問診療	訪問看護	遠隔診療	電話	入院
脳血管疾患	遠隔診療群	1.6	9.6	5.2	0.2	2	0.3	0.4	0.6	0.1
	対照群	0.9	13.6	0	0.8	1.3	0.1	0	0.3	0.2
がん	遠隔診療群	7.2	11.4	8.4	0.5	1.5	0	0.1	0.1	0
	対照群	3.9	16.1	0	0.8	2.7	0.3	0	0.2	0.1

表 10 観察期間終了の理由 (%) (n=67)

計画通りの終了が多かった。脳血管疾患患者では、次いで入院入所となった。がん患者では、入院入所に加えて看取りや死亡が多い。

		患者数	計画通り	入院入所	死亡	看取り	拒否	その他
脳血管疾患	遠隔診療群	24	42	33	8.3	13	8.3	21
	対照群	14	50	43	7.1	0	0	7.1
がん	遠隔診療群	12	25	42	33	17	0	17
	対照群	17	5.9	41	53	41	0	0

図1 計画診療継続曲線（脳血管疾患+がん）

Kaplan-Meier 法による分析。脳血管疾患患者とがん患者を合わせた全体では、遠隔診療群と対照群では計画診療の継続曲線（予定外の診療・入院・死亡の発生）には差が認められなかった。

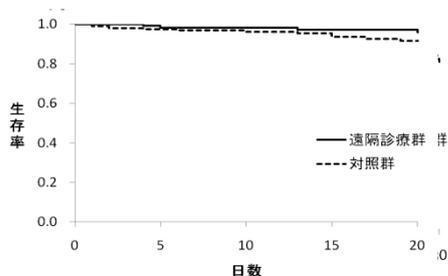


図2 計画診療継続曲線（脳血管疾患）

Kaplan-Meier 法による分析。脳血管疾患患者では、遠隔診療群と対照群では計画診療の継続曲線（予定外の診療・入院・死亡の発生）には差が認められなかった。

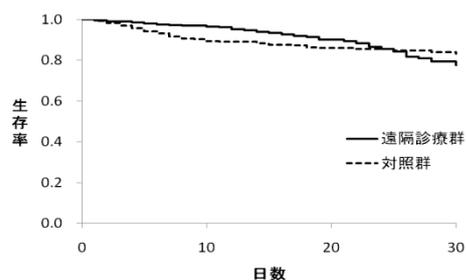


図3 計画診療継続曲線（がん）

Kaplan-Meier 法による分析。がん患者では、遠隔診療群と対照群でわずかに有意差が認められた (P=0.0042)

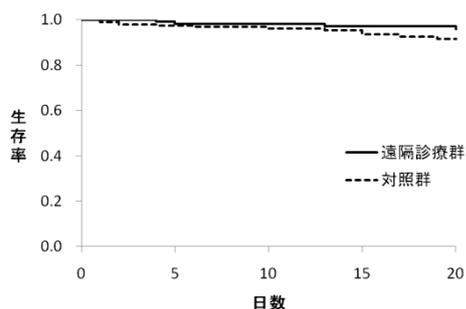


図4 死亡までの1日当たりの診療回数（脳血管疾患）

脳血管疾患患者での死亡もしくは看取りは2名で、遠隔診療群であった。

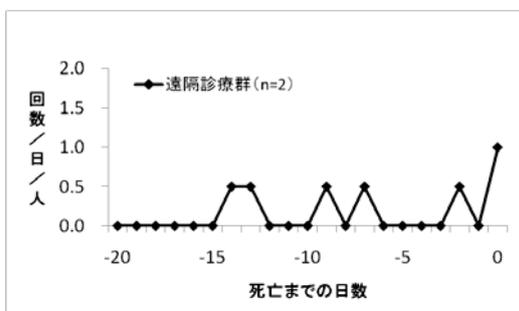


図5 死亡までの1日当たりの診療回数（がん）

がん患者での死亡もしくは看取りは11名で、遠隔診療群2名、対照群9名であった。死亡前日から当日の2日間に診療回数が増加したが、遠隔診療群と対照群の間には差は認められなかった。

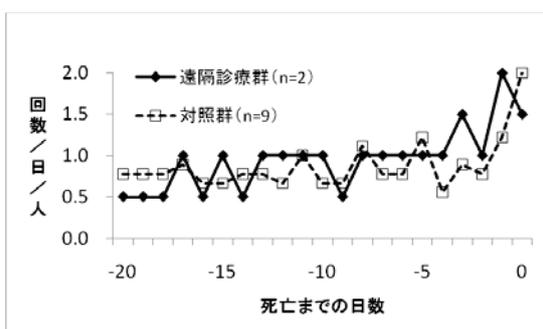


表1~10、図1~5 の 出典

題目	筆頭著者	掲載誌	巻	号	開始頁	発行年
在宅脳血管疾患・がん患者を対象とした遠隔診療—多施設後ろ向き症例対照研究—	森田浩之 (岐阜大学)	日本遠隔医療学会雑誌	7	1	39	2011

図6 患者ニーズの調査票で用いたイラスト(現実的ながら親しみやすさを工夫)

(1) テレビ電話型



(2) 生体モニタリング併用型



図7 遠隔医療実施意向

TV電話型 (n=939)

(2) 生体モニタリング併用型(n=939)

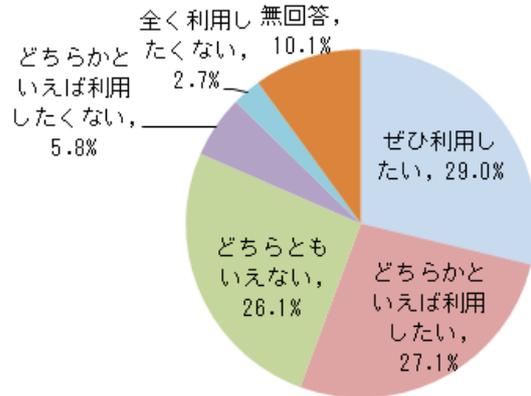
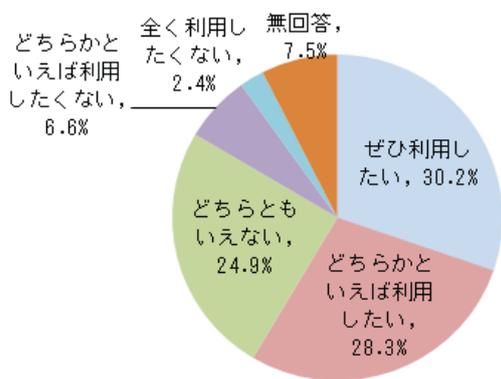
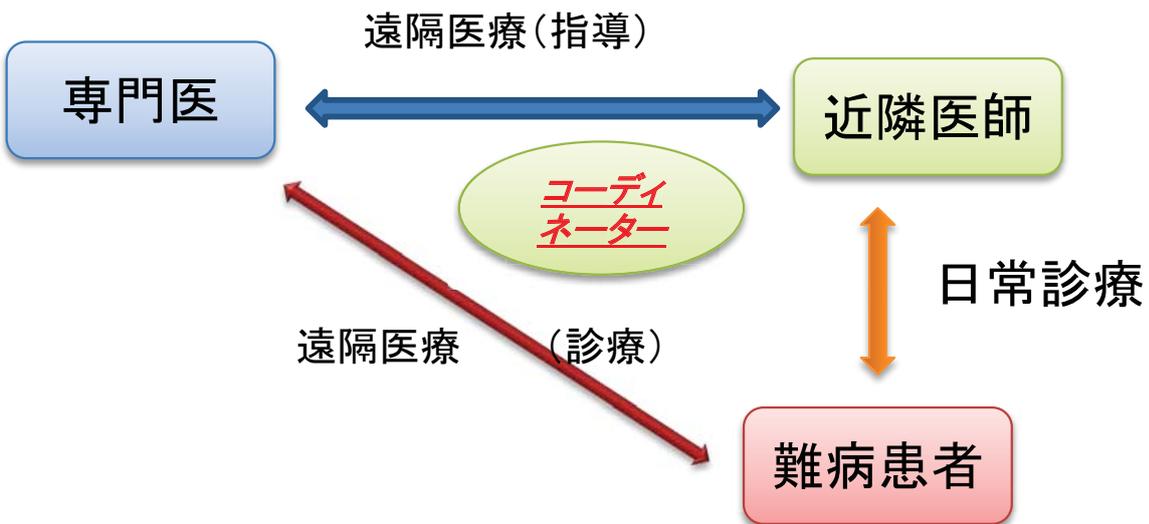


図6～7の出典

題目	筆頭著者	掲載誌	巻	号	開始頁	発行年
遠隔診療のニーズに関する研究	米澤麻子	日本遠隔医療学会雑誌	7	1	57	2011

# 資料⑧ 遠隔医療の新しいモデル



**遠隔医療で皆の課題を解決**